

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

**HISTÓRIA DA COLÔNIA DE MULHERES NO ENGENHO DE**  
**DENTRO (1911-1932)**

**CARINE NEVES ALVES DA SILVA**

**RIO DE JANEIRO**

**2022**

**CARINE NEVES ALVES DA SILVA**

**HISTÓRIA DA COLÔNIA DE MULHERES NO ENGENHO DE DENTRO  
(1911-1932)**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rachel da Fonseca

Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Teresa Venancio

Rio de Janeiro

2022

**CARINE NEVES ALVES DA SILVA**

**HISTÓRIA DA COLÔNIA DE MULHERES NO ENGENHO DE DENTRO  
(1911-1932)**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Rachel da Fonseca (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Teresa Venancio (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Coorientadora

---

Prof. Dr. Rafael Huertas (Instituto de Historia/ Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid)

---

Prof. Dra. Yonissa Wadi (Centro de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Estadual do Oeste do Paraná)

---

Prof. Dr. Pedro Felipe Muñoz (Departamento de História/Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro).

---

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiana Facchinetti (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

**SUPLENTES**

---

Profa. Dra. Viviane Borges (Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História/Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC).

---

Prof. Dr. Flávio Edler (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Rio de Janeiro  
2022

S586h Silva, Carine Neves Alves da.  
História da Colônia de mulheres no Engenho de Dentro  
(1911-1932) / Carine Neves Alves da Silva. – Rio de Janeiro,  
2022.

771 f. : il.

Orientadora: Maria Rachel Fróes da Fonseca.

Tese (Doutorado Acadêmico em História das Ciências e da  
Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz.

Bibliografia: f. 717-771.

1. Violência de Gênero. 2. Mulheres. 3. Saúde Mental.
4. Hospitais Psiquiátricos. 5. História do Século XX. 6.  
Brasil.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica  
da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Responsável pela Ficha Catalográfica: Marise Terra - CRB-6-351

Dedico este trabalho às mulheres loucas ou consideradas como tais, em especial àquelas que passaram pelo manicômio de Engenho de Dentro.

Também o dedico à minha mãe e ao meu pai, por todo amor e apoio.

## AGRADECIMENTOS

Nessa longa conversa com e sobre a loucura pude contar com muitas pessoas especiais. Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha coorientadora, Ana Teresa Acatauassú Venancio, que me abriu as portas da Fiocruz e, conseqüentemente, para a História da Psiquiatria. Sou grata também à minha orientadora, Maria Rachel Fróes da Fonseca, que abraçou minhas ideias e confiou no meu trabalho e que me apoiou incondicionalmente para o Doutorado Sanduíche. Agradeço à coordenadora do PPGHCS (2017-2021), Gisele Porto Sanglard, pelo suporte dispensado aos alunos durante todas as etapas da Seleção Interna do Programa Institucional de Internacionalização dos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu da Fiocruz (PrInt Fiocruz-CAPES) de 2019. Assim, também agradeço à CAPES pela bolsa de Doutorado Sanduíche através do programa CAPES/PrInt e ao Instituto de História do Centro de Ciências Humanas e Sociais do Conselho Superior de Investigações Científicas (CSIC-Madri) pela disponibilização de toda infraestrutura necessária para o desenvolvimento do meu projeto.

Agradeço profundamente ao meu supervisor do Doutorado Sanduíche, Rafael Huertas García-Alejo, que me proporcionou uma das experiências mais significativas de minha vida acadêmica e pessoal. Obrigada, Rafa, por ter compartilhado comigo a sua paixão pela (outra) Psiquiatria e seu inestimável conhecimento. Agradeço ao também professor do Instituto de História do CSIC, Ricardo Campos, e a Olga Villasante Armas, a Ana Conseglieri Gámez e a Ruth Candela Ramírez, estudiosas da história do Manicomio de Leganés, pelos comentários enriquecedores feitos sobre o meu trabalho durante minha estada em Madri. Minha gratidão aos colegas do despacho 2C8 do CSIC, Maria Luisa Pardo e Alberto Núñez, que me ofereceram amizade e dicas sobre Madri.

Aos meus professores do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS), registro aqui a minha gratidão por tudo o que aprendi e pelas sugestões que recebi, principalmente para aqueles de quem fui aluna: Cristiana Facchinetti, Kaori Kodama, Nara Azevedo, Simone Kropf, André Felipe Cândido da Silva, Carlos Henrique Paiva, Fernando Pires-Alves, Luiz Antônio Teixeira, Robert Wegner, e também ao Allister Dias e à Eliza Toledo, excelentes professores convidados e amigos.

Do mesmo modo, sou muito grata a todos os professores externos (Rafael Huertas García-Alejo, Yonissa Marmitt Wadi e Pedro Felipe Neves de Muñoz) e internos (Cristiana Facchinetti e Luiz Otávio Ferreira) que gentilmente aceitaram integrar a banca

de qualificação e defesa e cujas contribuições foram decisivas para a elaboração final deste trabalho. Agradeço também à professora externa Viviane Trindade Borges e ao professor da COC Flávio Coelho Edler por aceitarem o convite para compor a banca de avaliadores suplentes.

Sou especialmente grata ao professor Luiz Otávio Ferreira, por compartilhar os seus conhecimentos, por me mostrar os encontros necessários e possíveis entre a assistência médica e a assistência psiquiátrica na História da Saúde, e ao professor Mariano Ruperthuz, professor da Faculdade de Psicologia da Universidad Andrés Bello, Santiago do Chile, pelo estímulo e pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação, às quais espero ter feito jus. Agradeço à professora Dilene do Nascimento por ter me ajudado a pensar a mortalidade na colônia e a Monica Moraes pela leitura da versão anterior do texto do primeiro capítulo, assim como pela indicação de fontes e referências bibliográficas. A Beatriz Gang Mizrahi, pela interlocução no que diz respeito à psicanálise e à saúde mental, serei eternamente grata.

Agradeço à equipe da Secretaria Acadêmica, Sandro Hilário, Maria Cláudia, Paulo Chagas e Amanda Gutierrez, por sua eficiência e gentileza no trato pessoal. Quero dizer um muito obrigada especial aos amigos do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC) por vivenciaram importantes momentos dessa longa jornada comigo. Agradeço, especialmente, a Danielle Fialho, minha irmã de doutorado, por rir e chorar comigo; a Eliza Toledo, pela conexão e por ser uma grande inspiração para mim; a Fernanda Freitas, pela amizade e incentivo; e a José Roberto Saiol, por sua sensibilidade ímpar, poética, eterna que abraça com as palavras. Meu muito obrigada ao Sérgio Marcondes pelas contribuições com a escrita do texto e pela revisão atenta em diferentes etapas do meu trabalho. Sem dúvida, seu apoio foi fundamental para que eu pudesse concluir este trabalho.

Agradeço à querida Cátia Maria Mathias, chefe da Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho (IPUB/UFRJ), pela serenidade e ajuda sempre que precisei.

Agradeço a todos os funcionários do Instituto Municipal de Atenção à Saúde-Nise da Silveira (IMAS-NS), especialmente a Érika Ponto e Silva, sua diretora, a Paula Barros Dias, presidente do Centro de Estudos, a Daniele Ribeiro, coordenadora do Centro de Documentação e Memória (CDM), a Robson de Jesus Rua, bibliotecário da Biblioteca Alexandre Passos e, especialmente, a Andressa Coelho, ex-estagiária do CDM, por ter me auxiliado com tanto profissionalismo durante toda a minha pesquisa.

No Instituto Municipal de Atenção à Saúde-Juliano Moreira, meu agradecimento vai para Alexandre Ramalho, seu diretor, Fernanda Souza, presidente do Centro de Estudos, e Márcio Pereira, arquivista, pela imensa disponibilidade e parceria no meu trabalho.

Agradeço ao Governo do Estado do Rio de Janeiro, que, através da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro (SEEDUC), autorizou a minha licença para estudo, permitindo-me realizar o Doutorado Sanduíche na Espanha. Sou grata também aos diversos colegas e alunos das escolas estaduais e municipais com que trabalhei nesses anos pelas palavras, risadas e abraços sempre na hora certa.

Sou grata à minha família, aos meus pais, Luiz Juvenal e Maria da Glória, a quem dedico esta tese, pelo amor e apoio incondicional; aos meus irmãos, Thiago e Monalisa, e à minha cunhada-irmã, Bárbara, pelo incentivo e carinho; aos meus sobrinhos, Thiago, Cauã, Pedro, Luna e Manuela, por me mostrarem sempre que “o essencial é invisível aos olhos”; ao meu ex-companheiro Júnior Peixoto, pelo tempo que esteve comigo me dando amor e forças para vencer os desafios do doutorado; às minhas de longa data, Raquel Teixeira e Verônica Anjo, por serem esse eterno descanso na loucura. Obrigada a todos vocês por terem me oferecido, de diversas maneiras, apoio e afeto.



Le mille metamorfosi  
le molte primavere perdute  
nei giardini del manicomio  
adesso io voglio star sola.  
Ho concimato due terre  
una non ha dato frutto  
ma l'altra mi ha dato l'alloro  
e con questo cingerò il mio capo di  
vergine,  
che ha chinato il collo sul ceppo  
perché io sono una martire  
e dopo andrò davanti all'altare  
povera di ogni miséria  
e mi darò al mio Signore  
ma adesso, si proprio adesso  
io voglio finalmente stare sola. (Alda  
Merini, L'altra verità. Diario di una  
diversa)

Tentaram nos enterrar, mas não sabiam  
que éramos sementes... (Provérbio  
mexicano)

## RESUMO

Esta pesquisa investiga as condições de criação, o funcionamento e o papel da primeira instituição psiquiátrica feminina do país, a Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, localizada no subúrbio do Rio de Janeiro e destinada a alienadas classificadas como indigentes transferidas do Hospital Nacional de Alienados, do ano de sua criação em 1911 até o ano de 1932, quando se encerrou a gestão do diretor Gustavo Riedel. Tem como objetivos específicos: (i) averiguar a implantação do modelo colonial na administração do médico Braule Pinto (1911-1918); (ii) pesquisar a organização de um extenso programa de higiene mental na instituição durante a gestão do médico e fundador da Liga Brasileira de Higiene Mental, Gustavo Riedel (1918-1932); (iii) compreender o lugar social da loucura feminina; e (iv) analisar o saber-poder-fazer psiquiátrico bem como explorar, de um lado, as perspectivas particulares dos psiquiatras e, de outro, as experiências e subjetividades das internas. A estratégia de pesquisa apoiou-se na análise de um grande corpus documental: histórias clínicas presentes em dossiês de internação, contendo, na maioria dos casos, o prontuário, a Guia de Recolhimento de Enfermos para o HN da Polícia do Distrito Federal e o resumo da observação médica feita no Pavilhão de Observação do Hospício Nacional de Alienados; em livros de observação, com anexos como exames laboratoriais, ofícios, relatórios e cartas de pacientes; livros de matrícula; documentos administrativos e econômicos; artigos, relatórios e correspondências médicas; e reportagens de jornais e revistas. A pesquisa documental possibilitou analisar os dados das pacientes sob uma perspectiva quantitativa e qualitativa.

## **ABSTRACT**

This research investigates the conditions of creation, functioning and the role of the first female psychiatric institution in the country – Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro –, located in Rio de Janeiro's suburbs and aimed at alienated women classified as indigent, that were transferred from the National Hospital for Alienated People. The period analyzed goes from the year of its creation in 1911 until the year 1932, when director Gustavo Riedel's tenure ended. The specific objectives are: (i) to investigate the implementation of the colonial model in the administration of the doctor Braule Pinto (1911-1918); (ii) research the organization of an extensive mental hygiene program at the institution during the management of the doctor and founder of the Brazilian League of Mental Hygiene, Gustavo Riedel (1918-1932); (iii) understand the social place of female madness; and (iv) analyze the know-how and power of the psychiatrists, as well as exploring, on the one hand, the particular perspectives of psychiatrists and, on the other, the experiences and subjectivities of inmates. The research strategy was based on the analysis of a large corpus of documents: clinical histories present in hospitalization dossiers, containing, in most cases, the medical record, the Sick Collection Guide for the HN of the Federal District Police and the summary of the medical observation carried out in the Observation Pavilion of the National Hospice for the Alienated; in observation books, with annexes such as laboratory tests, letters, reports and letters from patients; registration books; administrative and economic documents; articles, reports and medical correspondence; and texts from newspapers and magazines. The documental research has made possible an analyze of patient's data under a quantitative and qualitative perspective.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Figuras

Figura I – Charge de <i>O Malho</i> sobre a transferência para a Colônia de Engenho de Dentro de cinquenta alienadas	40
Figura II – Planta da Colônia de Engenho de Dentro em 1911 (planta n. 1)	55
Figura III – Planta com a proposta de reforma do diretor Braule Pinto (planta n. 2)	55
Figura IV – Desenho sobreposto das plantas 1 e 2	57
Figura V – Desenho da planta técnica da Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro na escala 1:100 (1915)	57
Figura VI – Postal da colônia feminina do Engenho de Dentro (interior dos dormitórios)	58
Figura VII – Fotografia das alienadas em trabalho na Colônia de Engenho de Dentro	79
Figura VIII – Fotografia da Seção de Alienadas – Dormitório das alienadas que não trabalham	105
Figura IX – Fotografia da Seção de Alienadas – Dormitório das alienadas que trabalham	105
Figura X – Fotografia de Gustavo Riedel (A benção dos internos do HN, 1908)	126
Figura XI – O Dr. Gustavo Riedel, como representante do continente sul-americano, no 1º Congresso Internacional de Higiene Mental, em Washington (1930)	134
Figura XII – Fotografia de Gustavo Riedel no laboratório	138
Figura XIII – Fotografia da inauguração do Ambulatório Rivadávia Corrêa em 13 de junho de 1920	163
Figura XIV – Fotografia do Ambulatório Rivadávia Correia (vista frontal)	165
Figura XV – Fotografia do Ambulatório Rivadávia Correia (vista lateral no seu conjunto)	166
Figura XVI – Charge de <i>O Malho</i> sobre inauguração do Ambulatório Rivadávia Corrêa	170
Figura XVII – Fotografia da entrada do Serviço de Profilaxia das doenças mentais e nervosas	173
Figura XVIII – A herança do alcoolista ou do sífilítico – a hidrocefalia – o cérebro do idiota (imagem do Folheto do ARC)	188
Figura XIX – A herança do sífilítico ou do alcoolista – O idiota (imagem do Folheto do ARC)	189
Figura XX – A herança do degenerado (imagem do Folheto do ARC)	191
Figura XXI – As paralisias na infância (imagem do Folheto do ARC)	198
Figura XXII – Anfiteatro da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto	243
Figura XXIII – Pavilhão da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto	244
Figura XXIV – Pavilhão Ana Nery, internato das alunas da Escola Profissional de Enfermeiras	246
Figura XXV – Diplomadas pela Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto – Visitadoras sociais de 1929	251
Figura XXVI – Fotografia das enfermeiras Palmira Dias Guimarães e Carlota Tavares Santiago	254
Figura XXVII – Seção de Assistência Heterofamiliar	279
Figura XXVIII – Tipo de “bungalows” da Assistência Heterofamiliar	279
Figura XXIX – Planta dos terrenos a desapropriar para o desenvolvimento dos serviços de assistência familiar	280
Figura XXX – Visitadora social em um dos lares da Assistência Heterofamiliar do Engenho de Dentro	284

Figura XXXI – Pavilhão da Fundação Gaffrée-Guinle – Serviço de profilaxia da sífilis, especialmente da sífilis nervosa	294
Figura XXXII – Cartão do Ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée e Guinle	303
Figura XXXIII – Laboratório de Psicologia Experimental	312
Figura XXXIV – Prof. Radecki, chefe do Serviço de Psicologia e as monitoras de higiene mental	329
Figura XXXV – Seção de profilaxia mental – Pavilhão Presidente Epitácio – A primeira clínica aberta para psicopatas, inaugurada no Brasil	331
Figura XXXVI – Pavilhão Presidente Epitácio – Jardim interno e refeitório	331
Figura XXXVII – Pavilhão Presidente Epitácio – Enfermaria	334
Figura XXXVIII – Pavilhão Presidente Epitácio – Quarto de isolamento	335
Figura XXXIX – Fotografia da paciente mais antiga da colônia	346

### **Gráficos**

Gráfico I – Do número de pacientes ingressadas na colônia por ano	355
Gráfico II – Do número da população total da colônia por ano (população manicomial)	356
Gráfico III – Da proporção de pacientes na colônia entre 1911 e 1932 segundo a cor	358
Gráfico IV – Número de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro diagnosticadas com histeria, síndrome histeroide e histeria de conversão por ano de entrada no HN	516
Gráfico V – Número de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro diagnosticadas com loucura/psicose maníaco-depressiva e psicose periódica por ano de entrada no HN	528
Gráfico VI – Número de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro diagnosticadas com demência precoce, esquizofrenia e parafrenia por ano de entrada no HN	537
Gráfico VII – Do tempo de permanência das pacientes brancas e não-brancas na Colônia de Engenho de Dentro	551

### **Quadros**

Quadro I – Produção da Colônia de Engenho de Dentro (1915, 1919, 1921-1924, 1927)	68
Quadro II – Especificação da produção da Colônia de Engenho de Dentro (1922, 1924, 1927-1929, 1935)	71
Quadro III – Agrupamento dos trabalhos realizados pelas pacientes da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932)	86
Quadro IV – Diagnóstico dos pacientes estudados na seção de moléstias mentais e nervosas do ARC em 1924	210
Quadro V – Demonstrativo do movimento anual do ARC (1922-1924, 1927, 1929, 1932, 1934, 1935)	217
Quadro VI – Do aproveitamento das pacientes encaminhadas para a AHF por diagnóstico (1920-1932)	281
Quadro VII – Demonstrativo do movimento mensal do consultório de moléstias da pele e sífilis	299
Quadro VIII – Demonstrativo do movimento anual do consultório de moléstias da pele e sífilis (1922-1924, 1927, 1929, 1932, 1934, 1935)	299
Quadro IX – Agrupamento dos diagnósticos únicos das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932)	508-9
Quadro X – Agrupamento dos diagnósticos “múltiplos” das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932)	510-11
Quadro XI – Saída das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932)	552

Quadro XII – Quadro das justificativas comportamentais para a transferência de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro para o HN	558
--	-----

**Anexos**

ANEXO I – Postais da Colônia de Engenho de Dentro	693
ANEXO II – Quadro do total de créditos (orçamentários e suplementares) votados para os anos de 1914 a 1922 para o Hospital Nacional de Alienados e para as colônias de mulheres e de homens	699
ANEXO III – Quadro demonstrativo da produção agrícola da Colônia e seus respectivos valores – Consumidos na Colônia – 1922	699
ANEXO IV – Quadro das doações recebidas de particulares (1ª prestação de contas da Policlínica dos Subúrbios)	700
ANEXO V – Quadro de subvenções e auxílios às policlínicas do Subúrbio, de Botafogo e Geral do Rio de Janeiro (1919-1930)	700
ANEXO VI – Poster de diplomadas pela EPEAP (1923)	701
ANEXO VII – Poster de diplomadas pela EPEAP (1927)	702
ANEXO VIII – Quadro da folha de pagamento do pessoal do ARC no mês de novembro de 1920	703
ANEXO IX – Quadro da demonstração do débito do pessoal do ARC e do PPEP	704
ANEXO X – Quadro do movimento de doentes entre 1911-1918 na Colônia de Engenho de Dentro	705
ANEXO XI – Quadro do movimento de doentes entre 1919-1929 na Colônia de Engenho de Dentro	706
ANEXO XII – Lista dos diagnósticos dos livros de matrícula da Colônia de Engenho de Dentro classificados em únicos e “múltiplos” (1911-1932)	707
ANEXO XIII – Quadro das justificativas médicas para a transferência de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro para o HN	715

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABHM – Arquivos Brasileiros de Higiene Mental

AHF – Assistência Heterofamiliar

AMLA – Assistência Médica e Legal de Alienados

ANM – Academia Nacional de Medicina

ARC – Ambulatório Rivadávia Corrêa

CJM – Colônia Juliano Moreira

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DP – Distrito Policial

FMRJ – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

HN – Hospital Nacional

IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ

IMAS-JM – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira

IMAS-NS – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

PO – Pavilhão de Observação

PPEP – Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa

RCP – Repartição Central da Polícia

SBNPML – Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SPC – Sala Paulo Costa

# SUMÁRIO

## INTRODUÇÃO

1 Apresentação inicial .....	1
------------------------------	---

## PARTE I – ASILAMENTO E PREVENÇÃO NA COLÔNIA DE ALIENADAS DE ENGENHO DE DENTRO

### CAPÍTULO 1 – O NASCIMENTO DO ALIENISMO EM ENGENHO DE DENTRO. .... 10

1.1 – Sob o eco das críticas ao Hospício Nacional de Alienados e às colônias da Ilha do Governador.....	13
1.2 – O nascimento do alienismo no Engenho de Dentro .....	29
1.3 – A adaptação e a instalação da Colônia de Engenho de Dentro.....	41
1.4 – A terapia pelo trabalho: história e historiografia.....	72
1.5 – A terapia pelo trabalho a partir das fontes clínicas.....	85
1.6 – Questões médico-sanitárias.....	109

### CAPÍTULO 2 – A HIGIENE MENTAL NA INSTITUIÇÃO DE ENGENHO DE DENTRO .....

2.1 – Gustavo Riedel: dados biográficos e trajetória profissional.....	125
2.2 – Trajetória intelectual e profissional do médico Gustavo Riedel: do laboratório à higiene mental.....	137
2.3 – A criação e a institucionalização da Policlínica dos Subúrbios e do Ambulatório Rivadávia Corrêa.....	151
2.4 – O funcionamento e a organização da Policlínica dos Subúrbios e do Ambulatório Rivadávia Corrêa (1919-1939).....	199

### CAPÍTULO 3 – OS SERVIÇOS (E SABERES) ANEXOS DA COLÔNIA DE ALIENADAS .....

3.1 – Ciência e comunidade científica na Colônia de Engenho de Dentro.....	234
3.1.1 – Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto .....	242
3.1.2 – Assistência Heterofamiliar.....	266
3.1.3 – Ambulatório n.2 da Fundação Gaffrée e Guinle.....	293
3.1.3.1. – Pacientes da Colônia de Engenho de Dentro e tratamentos antissifilíticos feitos pelo Ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée e Guinle .....	301
3.1.4 – Laboratório de Psicologia Experimental.....	311
3.1.5 – Serviço Aberto do Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa.....	322

## PARTE II – ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E GÊNERO

### CAPÍTULO 4 – AS MULHERES E SEUS INTERNANTES..... 352

4.1 – A colônia feminina e sua população internada em números (1911-1932).....	354
4.2 – Perfil sociodemográfico das pacientes.....	361
4.3 – As mulheres e seus internantes.....	369
4.3.1 – Classe, procedência e instituição internante.....	369
4.3.2 – Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.....	372
4.3.3 – Polícia do Distrito Federal.....	379
4.3.4 – Patrões e patroas.....	396
4.3.5 – Juizado de Menores do Distrito Federal.....	419
4.3.6 – Membros da família e a própria paciente.....	438



4.3.6.1 – Internadas por homens da família.....	445
4.3.6.2 – Internadas por mulheres da família.....	484
4.3.6.3 – Internadas por vontade própria.....	502
<b>CAPÍTULO 5 – AS MULHERES E O PODER-SABER PSIQUIÁTRICO.....</b>	<b>506</b>
5.1 – Características da população manicomial.....	507
5.1.1 – Diagnósticos.....	508
5.1.1.1 – Histeria.....	514
5.1.1.2 – Loucura/psicose maníaco-depressiva e psicose periódica.....	525
5.1.1.3 – Demência precoce, parafrenia e esquizofrenia.....	534
5.1.2 – Prognósticos e terapêuticas.....	547
5.1.3 – Permanências e saídas.....	551
5.2 – A clínica psiquiátrica da Colônia de Engenho de Dentro.....	570
5.2.1 – Plínio Olinto.....	572
5.2.2 – Braule Pinto.....	589
5.2.3 – Ernani Lopes.....	593
5.2.4 – Waldemar de Almeida.....	597
5.2.5 – Gustavo de Rezende.....	612
5.3 – Cartas desde a Colônia de Engenho de Dentro.....	638
5.3.1 – Guilhermina dos Santos e suas companheiras: solta as menores! .....	641
5.3.2 – Mathilde Gonzaga: tenho apanhado muito aqui embaixo! .....	646
5.3.3 – Anna e Zilda Roubaud: paciente e enfermeira.....	649
5.3.4 – Yolanda Machado: peço encarecidamente que me mande para o hospício!...	654
5.3.5 – Dolores Porto: por obséquio, a Maternidade de Laranjeiras! .....	657
5.3.6 – Cartas de amor por Olga Guimarães.....	660
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>672</b>
<b>APÊNDICE</b>	
Apêndice A – Descrição dos livros de observação, do prontuário e da guia da polícia	692
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – Postais da Colônia de Engenho de Dentro	694
ANEXO II – Quadro do total de créditos (orçamentários e suplementares) votados para os anos de 1914 a 1922 para o Hospital Nacional de Alienados e para as colônias de mulheres e de homens	700
ANEXO III – Quadro demonstrativo da produção agrícola da Colônia e seus respectivos valores – Consumidos na Colônia – 1922	700
ANEXO IV – Quadro das doações recebidas de particulares (1ª prestação de contas da Policlínica dos Subúrbios)	701
ANEXO V – Quadro de subvenções e auxílios às policlínicas do Subúrbio, de Botafogo e Geral do Rio de Janeiro (1919-1930)	701
ANEXO VI – Poster de diplomadas pela EPEAP (1923)	702
ANEXO VII – Poster de diplomadas pela EPEAP (1927)	703
ANEXO VIII – Quadro da folha de pagamento do pessoal do ARC no mês de novembro de 1920	704
ANEXO IX – Quadro da demonstração do débito do pessoal do ARC e do PPEP	705
ANEXO X – Quadro do movimento de doentes entre 1911-1918 na Colônia de Engenho de Dentro	706

ANEXO XI – Quadro do movimento de doentes entre 1919-1929 na Colônia de Engenho de Dentro	707
ANEXO XII – Lista dos diagnósticos dos livros de matrícula da Colônia de Engenho de Dentro classificados em únicos e “múltiplos” (1911-1932)	708
ANEXO XIII – Quadro das justificativas médicas para a transferência de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro para o HN	716
<b>REFERÊNCIAS</b>	717
FONTES	717
BIBLIOGRAFIA	748

# INTRODUÇÃO

## 1. Apresentação inicial

Esta tese aborda o processo de criação e desenvolvimento da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, entre 1911 e 1932.<sup>1</sup> Essa colônia foi fundada em 1911, no subúrbio do Rio de Janeiro, e existiu até 1944, quando a instituição de Engenho de Dentro deu lugar ao Centro Psiquiátrico Nacional (CPN) (1944-1964), posteriormente denominado Centro Psiquiátrico Pedro II (1965-2000). Antes disso, no entanto, em 1927, a colônia passou a se chamar Colônia de Psicopatas (mulheres) de Engenho de Dentro e, em 1934, Colônia Gustavo Riedel (CGR), em homenagem ao seu segundo diretor. A colônia transformou-se, assim, ao longo do tempo, dando origem a outros manicômios, até fins de 2021, quando o então Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira<sup>2</sup> (IMAS-NS) encerrou as suas atividades enquanto hospital psiquiátrico.

A colônia, especificamente, teve durante seus 33 anos de existência três diretores: Simplício de Lemos Braule Pinto (1911-1918), Gustavo Köhler Riedel (1918-1932) e Ernani Lopes (1932-1944). Concebida como uma instituição complementar ao Hospital Nacional de Alienados (HN),<sup>3</sup> para a Colônia de Engenho de Dentro eram transferidas pacientes do sexo feminino categorizadas como indigentes<sup>4</sup> e, a princípio, crônicas do hospital urbano. Durante a gestão de Gustavo Riedel, no entanto, essa colônia se viu completamente remodelada, sendo em seus terrenos inaugurados, de 1919 a 1924, seis serviços anexos, a saber: Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto, Assistência Heterofamiliar, Ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée-Guinle, Serviço Aberto do Pavilhão Presidente Epitácio e Laboratório de Psicologia Experimental.

O presente trabalho tem por objetivo compreender as condições de criação e o funcionamento da Colônia de Engenho de Dentro ao longo de suas duas primeiras gestões

---

<sup>1</sup> A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e aprovada com os pareceres números 3.411.853 e 3.613.235, dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz/RJ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). Para respeitar a privacidade dos pacientes, todos os nomes utilizados nesta tese são fictícios – com exceção de algumas internas cujo nome foi publicado em jornais ou outro material público.

<sup>2</sup> “Em dezembro de 1999, o Centro Psiquiátrico Pedro II foi municipalizado e, a partir de 5 de setembro de 2000, através do Decreto 18.917, passou à denominação de Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira”. Nesse contexto, teve início o processo de desinstitucionalização dos pacientes (OLIVEIRA, 2001).

<sup>3</sup> Em 1890, durante o governo provisório de Deodoro da Fonseca, o Hospício de Pedro II passou a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Em 1911, foi denominado Hospital Nacional de Alienados e, em 1927, Hospital Nacional de Psicopatas. Deste modo, a sigla HN será utilizada, contemplando as diferentes fases da instituição.

<sup>4</sup> Como observa Venancio, o termo indigente se referia à população que não poderia arcar com os custos da internação. Ou seja, “o indigente não era necessariamente um desamparado ou um mendigo, já que bem poderia ser um trabalhador pobre que não dispunha dos meios econômicos para assumir o custo de seu tratamento ou de um familiar” (VENANCIO, 2022: 453).

(1911-1932). A análise inicia-se, portanto, em 1911, data da fundação dessa colônia e estende-se até 1932, quando termina a gestão de Gustavo Riedel. O recorte espacial da pesquisa, além da instituição asilar, contempla todos os serviços anexos criados pelo seu segundo diretor. A gestão do médico Ernani Lopes não foi, a rigor, considerada porque nosso interesse era analisar a implantação do modelo colonial pelo seu primeiro diretor, o médico Braule Pinto; e sua reformulação por meio da criação de um extenso programa de higiene mental, pelo seu sucessor, o médico e higienista Gustavo Riedel.<sup>5</sup>

O recorte temporal da tese é quase que integralmente constituído pela chamada República Oligárquica (1894-1930) – período marcado pela dominância das oligarquias rurais<sup>6</sup> –, afinal ele cobre apenas os dois primeiros anos do governo provisório (1930-1934) de Getúlio Vargas (1882-1954). No entanto, a chegada do governo Vargas inaugurou um período de muitas transformações no âmbito da assistência psiquiátrica do Distrito Federal; talvez a maior delas tenha sido a aposentadoria compulsória de Juliano Moreira, que estava à frente dessa assistência desde 1903 (MUÑOZ, 2018: 341). No caso da Colônia de Engenho de Dentro, observamos, particularmente, o papel de Gustavo Capanema, ministro da Educação e Saúde<sup>7</sup> de 1934 a 1945, na desconstrução do programa de higiene mental concebido por Gustavo Riedel.

Cabe assinalar ainda que o recorte da tese abrange a aprovação de duas leis referentes à assistência psiquiátrica do Distrito Federal: os decretos n. 8.834 (11/07/1911) e n. 17.805 (23/05/1927) (BRASIL, 1927a). Em 1911, a Assistência a Alienados tinha como finalidade “socorrer as pessoas que carecerem de tratamento em virtude de alienação mental” (Art. 1º). Já em 1927, além de socorro, a Assistência a Psicopatas apresentava como escopo “estudar os problemas relativos à higiene mental e à psicofisiologia normal ou mórbida, aplicadas às diversas atividades sociais, no intuito de fixar os meios mais eficazes de organizar a profilaxia das perturbações nervosas e mentais” (Art. 1º, 2º parágrafo). As colônias eram o lugar, por excelência, dos enfermos capazes de entregarem-se à exploração agrícola e a outras pequenas indústrias. Ambas as leis estabeleciam que as colônias eram reservadas a alienados indigentes, transferidos do HN e capazes de se entregarem à

---

<sup>5</sup> Certamente estudos futuros poderão ser feitos para averiguar melhor se Ernani Lopes seguiu com o projeto de seu antecessor e, também, investigar os discursos e práticas em torno da transição da colônia para o Centro Psiquiátrico Nacional.

<sup>6</sup> A expressão “política do café com leite” e a hegemonia política dos dois estados cafeeiros, Minas Gerais e São Paulo, durante toda a República Velha são questionados por Cláudia Viscardi (2012) por meio da análise das articulações das sucessões presidenciais (pp. 23-25).

<sup>7</sup> A partir de 1930, a Assistência a Psicopatas do Distrito Federal deixou de estar subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (MJNI) e passou à alçada do recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), renomeado, em 1937, como Ministério da Educação e Saúde (MES).

exploração agropecuária ou de pequenas indústrias (Art. 74 de 1911 e Art. 124 de 1927). A próxima lei da assistência psiquiátrica, o decreto n. 24.559 (03/07/1934), não traria mais os termos colônia e trabalho. A partir desta última lei, os estabelecimentos psiquiátricos são divididos quanto ao regime, em abertos, fechados e mistos (Art. 7º).

Já no contexto sanitário, percebemos uma inflexão importante no rumo das políticas de saúde e na história das instituições médicas no país, produzida pela reforma da saúde pública que Carlos Chagas<sup>8</sup> levou a cabo na direção do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (1920-1926). O destaque no início dos anos de 1930 foi a criação, em 14 de novembro de 1930, pelo decreto 19.402, do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Nesse contexto, o DNSP foi incorporado ao novo ministério, com a denominação de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social. Aqui já podemos falar da existência de uma burocracia em saúde pública (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

O contexto cultural da época foi marcado, em especial, por mudanças no comportamento feminino. Conforme observam Carla Pinsky e Joana Maria Pedro, “o XX é chamado de ‘o século das mulheres’ em razão das transformações aceleradas que propiciou à experiência feminina. Foi uma época de ampliação de direitos e oportunidades e de mudanças, tanto na qualidade de vida das mulheres, quanto no imaginário coletivo” (PEDRO; PINSKY, 2013: 9).

Antes de descrever a metodologia utilizada, considero importante relatar que o meu interesse pelo tema da instituição psiquiátrica surgiu em 2015 após participar de saraus de microfone aberto com pacientes do IMAS-NS, no então chamado de Hotel da Loucura,<sup>9</sup> na antiga Unidade Hospitalar Professor Adauto Botelho. Ou seja, foi ao ouvir pela primeira vez a voz de pacientes mentais, muitos deles internados há décadas, e ao me envolver nos debates sobre a desinstitucionalização psiquiátrica que decidi pesquisar as origens do manicômio de Engenho de Dentro. Nessa época, notei que, apesar da

---

<sup>8</sup> Para mais informações sobre a vida e obra de Carlos Chagas, ver BIBLIOTECA VIRTUAL CARLOS CHAGAS, 1993 e CHAGAS FILHO, 1993.

<sup>9</sup> Entre 9 e 31 de julho de 2012, no bojo do II Congresso da Universidade Popular de Arte e Ciência (UPAC), profissionais da área da saúde, artistas e pessoas interessadas na temática da luta antimanicomial ocuparam, com o apoio da própria direção da instituição, as enfermarias desativadas do terceiro andar do Edifício Casa do Sol do IMAS-NS, e fundaram o chamado Hotel da Loucura. Este processo foi orquestrado pelo Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (NCCS-SMSDC) criado, em 2009, pelo médico Vitor Alexandre Pordeus da Silva. O Hotel da Loucura tornou-se sede do teatro do referido Núcleo, intitulado Teatro DyoNises (2009) e da Universidade Popular de Arte e Ciência (2010). Além disso, a partir de 2013 passou a abrigar coletivos artísticos da cidade do Rio de Janeiro, que realizavam uma constante ressignificação do espaço ocupado. Em 2016, com a exoneração de seu coordenador, o Hotel da Loucura foi transmutado em Espaço Travessia.

significativa presença de estudos sobre a história da psiquiatria brasileira, a Colônia de Engenho de Dentro ainda não havia sido alvo de análise pela historiografia, em contraste com a literatura – relativa à Capital Federal (RJ) – sobre a Colônia Juliano Moreira<sup>10</sup> e, sobretudo, o HN,<sup>11</sup> no mesmo período aqui estudado.

A respeito do manicômio de Engenho de Dentro, existem estudos significativos sobre o trabalho da alagoana Nise da Silveira à frente do Setor de Terapêutica Ocupacional e do Museu de Imagens do Inconsciente, nas décadas de 1940-50.<sup>12</sup> Além destas, há duas obras que abarcam o final do século XX: Jorge (1997) e Oliveira (2004). A primeira versa sobre a construção de um Serviço de Atenção Diária chamado A Casa d’Engenho, forjado no início dos anos de 1990, e a segunda analisa as marcas produzidas na instituição pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Assim, é necessário frisar que para certo silêncio sobre a história da instituição de Engenho de Dentro nos seus primeiros anos de existência enquanto colônia agrícola reservada ao sexo feminino. É possível incluir ainda entre as justificativas para esta pesquisa a ausência de um estudo mais abrangente sobre a figura do médico e higienista Gustavo Riedel. Contudo, cumpre destacar a existência de trabalhos sobre o Laboratório de Psicologia Experimental e a Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto (EPEAP). Em relação ao laboratório, vale destacar o trabalho inaugural de Centofanti (2004 [1982]) e a recente tese de doutorado de Fonseca (2020), além de trabalhos que abordam essa experiência no âmbito da história da psicologia (PENNA, 1992; JACÓ-VILELA, 2004). Trabalhos sobre a EPEAP foram desenvolvidos, em especial, por docentes e discentes do Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem (LAPHE), da UNIRIO. Dos trabalhos realizados por este grupo de investigação, chamamos atenção para a dissertação intitulada “Colônia de alienadas do Engenho de Dentro: mulheres internadas (1921-1927)”, defendida em 2016 por Renato Philipe de Sousa. Além dos estudos citados, mais recentemente, o artigo de Renata Patricia Forain et al. (2020) analisou vinte e quatro prontuários de pacientes transferidas do HN para a Colônia de Engenho de Dentro.

Além do caráter original, pode-se dizer que esta tese apresenta também relevância no que tange às fontes primárias elencadas para análise, especialmente as dos Institutos Municipais de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMAS-NS) e

---

<sup>10</sup> VENANCIO, 2011; POTENGY; VENÂNCIO, 2018; CLAPER, 2020; VENANCIO, 2022.

<sup>11</sup> Citando apenas algumas obras de destaque: ENGEL, 2001; FACCHINETTI; RIBEIRO; MUÑOZ, 2008; FACCHINETTI *et al.*, 2010; OLIVEIRA, 2017; MORAES, 2020; FACCHINETTI, 2022; VENANCIO; DIAS, 2022.

<sup>12</sup> DIAS (2003); MELO (2005); MAGALDI (2018).

Juliano Moreira (IMAS-JM). Trata-se de documentos clínicos e administrativos inéditos e importantes para a história da psiquiatria no país, especialmente no que diz respeito à loucura feminina. Além disso, essa tipologia documental vai ao encontro de um dos desafios atuais da história da psiquiatria, que é averiguar as características de uma práxis clínica nem sempre coincidente com saberes ou paradigmas predominantes.

Este é um argumento levantado já há alguns anos pelo médico e historiador espanhol Rafael Huertas (2001a, 2001b, 2012, 2013, 2017), que propõe “uma história ‘desde abaixo’ que revele as reais diferenças entre o que os médicos (psiquiatras) diziam em seus tratados, em seus trabalhos científicos, em seus fóruns de debate etc., e o que eles realmente faziam no interior das instituições ou em seus gabinetes de consulta” (HUERTAS, 2012: 150). Para dar sentido à história da psiquiatria, nosso autor indica, inclusive, uma “interação dinâmica” entre historiadores profissionais da psiquiatria e psiquiatras que realizam tarefas de historiador (HUERTAS, 2012: 140).

O contato com esse referencial teórico-metodológico ocorreu mais intensamente entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, durante a realização de um Estágio de Doutorado Sanduíche no Departamento de História da Ciência do Centro de Ciências Humanas e Sociais do Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), em Madri (Espanha), sob orientação de Rafael Huertas, que tem trabalhado desde meados dos anos 1980 com temas de história da psiquiatria, sendo considerado um dos maiores especialistas no respectivo campo. Destacamos, neste sentido, que desde 2008, através da Rede Ibero-Americana de História da Psiquiatria, o mencionado professor tem favorecido a organização de um espaço de debate e cooperação científica entre historiadores e psiquiatras espanhóis, mexicanos, colombianos, peruanos, chilenos, argentinos e brasileiros.

Na obra *Outra história para outra psiquiatria* (2017), Huertas afirma que “a atualização dos discursos da história crítica da psiquiatria está dando solidez teórica e empírica a esse campo de conhecimento, que caminha para uma história cultural da subjetividade como opção historiográfica” (HUERTAS, 2017: 268). Uma proposta, na qual, segundo nosso autor:

*uma história intelectual* é constantemente “percorrida”, que exploraria a evolução de certos discursos científicos no quadro do processo de secularização e racionalização do conhecimento, típico da modernidade, compreendendo os conceitos psiquiátricos como objetos culturais; *uma história social*, que abordaria as estratégias e culturas profissionais dentro de uma sociedade caracterizada pela especialização e divisão do trabalho; e *uma história política* que tentaria desvendar a

relação dos saberes e práticas psiquiátricas com os interesses do poder político e da cultura hegemônica (ou sua resistência). Tudo isso, sem esquecer a importância do *ponto de vista do paciente*, de suas vivências e de sua subjetividade. Um modo de fazer história da psiquiatria que está diretamente relacionado com um modo de pensar a loucura (HUERTAS, 2017: 268, trad. e grifo nossos).

Ainda segundo Huertas, entendendo os transtornos mentais a partir de posições não essencialistas, essa outra psiquiatria “interpretará o sintoma, ou o transtorno, para além de sua realidade concreta (que pode ou não ter origem biológica), como uma entidade cultural que se integra à totalidade do indivíduo, tendo em conta não só o fenômeno em si, mas a sua condição contextual variável”; e também exigirá outra história que contemple “todas as variáveis apontadas e proporcione reflexões sobre o leque de possibilidades hermenêuticas, nem sempre reconhecidas, da loucura e da saúde mental” (HUERTAS, 2017: 269).

Na história da medicina e da saúde, os trabalhos que analisam o ponto de vista dos e das pacientes são cada vez mais importantes. Nesse ponto, cabe destacar que o estudo da história da medicina “desde baixo” teve sua tradução no campo psiquiátrico na obra pioneira do historiador britânico Roy Porter (1985), intitulada “The Patient’s View: Doing Medical History from Below”. Desde então, vem evoluindo muito no sentido de uma história que se interessa pelas subjetividades e experiências dos pacientes, além do ativismo em relação à saúde e à saúde mental (HUERTAS, 2020).

Em seu livro mais recente, *Locuras en primera persona: Subjetividades, experiencias, activismo*, Huertas se vale das contribuições de autoras feministas à “teoria do ponto de vista” e ao conceito de “conhecimento situado”. A partir desta teoria defende-se que as perspectivas do indivíduo são moldadas por suas experiências (sociais e políticas), que podem ser sentidas em grupo ou de maneira individual: “a primeira daria origem a perspectivas gerais e comuns a certos grupos, mas sem a segunda —a mais puramente biográfica— não seria compreensível o ponto de vista de cada pessoa” (HUERTAS, 2020: 22).

Nessa perspectiva, sem abdicar da produção de conhecimento objetivo, enfatiza-se tanto o caráter situado (social e histórico) do conhecimento como o “privilégio epistemológico” decorrente da visão de mundo que pode ser alcançada a partir de determinados pontos de vista, como aparece na definição da teoria do ponto de vista proposta pela filósofa feminista Alison Wylie, citada por Huertas (HUERTAS, 2020: 23). Wylie destaca que o objetivo das teóricas feministas do ponto de vista é analisar como



ocorre “a parcialização sistemática do conhecimento autoritário, seu androcentrismo e sexismo”, bem como dar conta das contribuições construtivas dadas pelos que trabalham a partir de pontos de vista marginais (especialmente femininos) para contrastar aquela parcialização (WYLIE, 2003, *apud* HUERTAS, 2020: 23). Huertas, por seu lado, destaca a necessidade de levar em conta o racismo e o capacitismo na hora de compreender a construção (e o apagamento) de conhecimentos.

Em seguida, o autor explora o pensamento de Sandra Harding e Donna Haraway, cujas contribuições foram cruciais para a construção do campo dos estudos feministas. Da primeira autora destaca a concepção de “objetividade forte”; para Harding, “as perspectivas de indivíduos marginalizados ou oprimidos podem ajudar a criar noções objetivas do mundo, na medida em que são colocados em uma posição que lhes permite apontar padrões de comportamento que aqueles que permanecem imersos na cultura dominante são incapazes de reconhecer”. Já de Donna Haraway utiliza a proposta de conhecimentos situados, segundo a qual “nenhum conhecimento está desvinculado de seu contexto ou da subjetividade de quem o produz e o emite. Por isso, o conhecimento sempre será parcial e localizado” (HUERTAS, 2020: 24). Haraway, através dos conceitos de objetividade corporificada e conhecimento situado, modificou e enriqueceu as propostas delineadas por Harding. A autora propõe uma escrita feminista que se valha de metáforas enquanto tecnologias de visualização para investigar a relação entre corpos e linguagem. Segundo ela, “a objetividade feminista trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto. Desse modo podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver” (HARAWAY, 2009: 20). Com efeito, os aportes dessas teóricas feministas transcendem a história das mulheres para converter-se em ferramentas hermenêuticas em outros campos, pois nos fornecem chaves para estudar as interações entre os diferentes eixos da desigualdade, não somente de gênero, mas também de raça e classe social. Também permitem valorizar os conhecimentos gerados por grupos subalternos. Por fim, Huertas argumenta que, no campo dos estudos culturais, em especial os que se dedicam a grupos subalternos ou alteridades, a voz dos loucos pode oferecer elementos fundamentais. Nesse sentido, defende que reaver sua voz envolve descentralizar o lugar da enunciação, o que significa “contornar o discurso do perito (do psiquiatra, do psicólogo etc.) e levar em conta a formulação —o enunciado— de um lugar subalterno, reconhecendo que o sofrimento psíquico confere um saber e uma verdade diferente, o da própria experiência” (HUERTAS, 2020: 25).

Baseando-se em uma história da medicina “desde baixo” (PORTER, 1985), em uma história cultural da psiquiatria (HUERTAS, 2012, 2013, 2017, 2020) e, também, na referida epistemologia feminista que questiona os lugares e formas de dominação, pretendemos analisar a Colônia de Engenho de Dentro e suas mulheres pobres e julgadas loucas. São posições que se complementam e que dão sustentabilidade metodológica à presente tese.

A estratégia de pesquisa apoiou-se na análise de um grande corpus documental: histórias clínicas presentes em dossiês de internação, contendo, na maioria dos casos, o prontuário, a Guia de Recolhimento de Enfermos para o HN da Polícia do Distrito Federal e o resumo da observação médica feita no Pavilhão de Observação do HN;<sup>13</sup> em livros de observação, com anexos como exames laboratoriais, ofícios, relatórios e cartas de pacientes; livros de matrícula; documentos administrativos e econômicos; artigos, relatórios e correspondências médicas; e reportagens de jornal. Para além disso, foi adotada uma abordagem transversal que permitiu discutir aspectos distintos (embora complementares entre si) do objeto de estudo.

Para se chegar ao objetivo geral desta pesquisa – examinar a construção do aparato institucional da Colônia de Engenho de Dentro nas duas primeiras gestões e então explorar as experiências e subjetividades de suas pacientes – dividimos a tese em duas partes e cinco capítulos. Na introdução, dedicamo-nos à apresentação e discussão do problema de pesquisa e dos pressupostos teórico-metodológicos a serem utilizados no estudo dessa instituição. Na primeira parte, intitulada **Asilamento e prevenção na Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro** (capítulos 1, 2 e 3), analisamos a implantação do modelo colonial na gestão do médico Braule Pinto e sua transformação por meio da criação de um variado programa de higiene mental pelo médico e higienista Gustavo Riedel, buscando entender as variadas agências e práticas ligadas à assistência psiquiátrica do Distrito Federal.

A segunda parte, **Mulheres e Assistência Psiquiátrica**, inclui dois capítulos, e consiste em uma pesquisa sobre os discursos e práticas médicas e sociais que definiam as loucuras femininas. Esta parte da tese, expõe, além das concepções dos médicos sobre as pacientes, a participação da família e os depoimentos das próprias internas.

É nos rastros dessas genealogias e vozes que este estudo se move, perguntando-se que instituição era essa, quem eram os médicos que nela atuaram, que saberes, discursos

---

<sup>13</sup> No Apêndice A encontram-se as descrições do prontuário do HN, da guia da polícia, dos livros de matrícula e de observação da Colônia de Engenho de Dentro.

e práticas mobilizaram e, principalmente, quais as experiências e subjetividades de suas internas? Os diferentes capítulos que se podem ler a seguir abordam aspectos muito diversos da primeira instituição psiquiátrica exclusivamente feminina do país, tanto no que se refere à sua teoria, quanto às suas práticas e concretudes. Tratando-se de um trabalho longo, com diferentes problemas abordados e com variações de análise substanciais, preferimos apresentar as principais fontes, temas e autores utilizados no início de cada capítulo.

# **PARTE I – ASILAMENTO E PREVENÇÃO NA COLÔNIA DE ALIENADAS DE ENGENHO DE DENTRO**

## **CAPÍTULO 1**

### **O NASCIMENTO DO ALIENISMO EM ENGENHO DE DENTRO**

Esse capítulo toma como foco a criação e os primeiros sete anos de funcionamento da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, localizada no subúrbio do Rio de Janeiro e destinada a mulheres pobres.

Para a construção do primeiro capítulo nos valem tanto da análise de Relatórios do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (fundo documental do Arquivo Nacional e Center for Research Libraries Global Resources) e documentação administrativa (fundo documental do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro e do IMAS-NS) como do exame de histórias clínicas de pacientes internadas na Colônia de Engenho de Dentro entre 1911 e 1932 (fundo documental do IMAS-JM). No acervo do Arquivo Nacional, levantamos um conjunto variado de fontes documentais da Secretaria de Estado da Justiça e Negócios Interiores, contendo ofícios e relatórios do diretor geral da Assistência a Alienados, das comissões de inspeção dos estabelecimentos de alienados, do diretor da Colônia de Engenho de Dentro, da Diretoria da Justiça, da Diretoria de Contabilidade e da Divisão de Obras do Ministério da Justiça e Negócios Interiores etc. Esse tipo de registro histórico documental mais clássico oferece um gênero de informação sem dúvida importante, para explorar as iniciativas do poder político e da profissão psiquiátrica visando organizar a assistência aos pacientes mentais. Já as histórias clínicas se mostram necessárias não só para avaliar possíveis contradições entre discursos e práticas como para conhecer a perspectiva de médicos e pacientes.

O presente capítulo se encontra dividido em seis partes. O item 1.1, intitulado “Sob o eco das críticas ao Hospício Nacional de Alienados e às Colônias da Ilha do Governador”, busca situar a criação da Colônia de Engenho de Dentro no quadro mais geral da Assistência a Alienados do Distrito Federal. Para tentar entender o processo de criação dessa colônia, recuamos um pouco no tempo, fazendo um apanhado geral da literatura sobre o hospício e as colônias da Ilha do Governador e examinando como o projeto de colônias agrícolas surge no Brasil; a partir daí, passamos a discutir o papel das críticas às colônias da Ilha do Governador e de um esforço de modernização do HN na criação em 1911 de uma colônia feminina no subúrbio carioca. Na narrativa

estabelecemos um diálogo com Venâncio e Carvalhal (2005), Venâncio (2011, 2022) e com Claper (2020), pesquisadoras que se debruçaram sobre o caso das colônias da Ilha do Governador e, também, de Jacarepaguá (masculinas).

No item 1.2, “O nascimento do alienismo no Engenho de Dentro”, consideramos a criação da Colônia de Engenho de Dentro a partir das negociações em torno da aquisição pelo MJNI de uma antiga fábrica de louças, transformada em 1908 em um hospital de variolosos e, também, a partir de uma análise sobre o local onde ela foi instalada. Nesse sentido, tecemos algumas considerações sobre o subúrbio carioca na virada do século XIX para o XX (AZEVEDO, 2003; SANTOS, 2011, 2021; ABREU, 2013; SCHWARCZ, 2017a, 2017b; MEDEIROS; MEDEIROS, 2022), e, em seguida, buscamos compreender se a instalação da Colônia de Engenho de Dentro atendeu aos preceitos da medicina psiquiátrica da época para a instalação de colônias agrícolas. As considerações de Claper (2020) sobre os critérios para a implantação de colônias são de grande importância para responder a essa questão.

Já no item 1.3, “A adaptação e a instalação da Colônia de Engenho de Dentro”, nos detemos, inicialmente, de modo breve, na trajetória profissional do médico Braule Pinto, buscando pensar por que ele foi escolhido para o cargo de primeiro diretor dessa colônia. A seguir, a partir de dados financeiros e operacionais, focamos nas dificuldades político-administrativas – como baixos orçamentos, falta de médicos e de insumos para a produção rural etc. – que ele teve que enfrentar para implementar a colônia. Analisando duas plantas baixas da instituição (1911 e 1915) e uma planta com a proposta de reforma (1912) do diretor Braule Pinto, discutimos a questão do modelo arquitetônico da colônia. Nesse ponto, traçamos uma conversa com Sanglard (2008) e Claper (2020). Esta última distinguiu dois tipos (novas e adaptadas) e duas linguagens (metafórica e pragmática) em relação às colônias agrícolas do Rio de Janeiro. Ambas as divisões, a nosso ver, tal como foram construídas, inibiram uma análise mais profunda das complexas dimensões terapêuticas em jogo. A seguir, destacamos o cenário de transferências de pacientes em alta do HN para a colônia a partir de 1916, ligando tal fenômeno a melhorias realizadas na instituição de Engenho de Dentro e, também, ao quadro de grande carestia de gêneros alimentícios na cidade do Rio de Janeiro no período de 1913 a 1917. Depois, nos propomos a analisar a questão da produtividade da colônia, já incluindo os dados relativos à gestão de Gustavo Riedel para fins comparativos.

No item 1.4, intitulado “A terapia pelo trabalho: história e historiografia”, analisamos os discursos dos principais atores sociais envolvidos na praxiterapia na

Colônia de Engenho de Dentro, e, em seguida, destacamos algumas considerações da historiografia sobre o trabalho dos pacientes manicomiais. O objetivo aqui era nos aproximar de aspectos teóricos da terapia pelo trabalho em instituições psiquiátricas e, sobretudo, na Colônia de Engenho de Dentro. Nossa preocupação aqui foi analisar as condições objetivas de funcionamento de instituições psiquiátricas e, também, de aplicação da terapia pelo trabalho, em diálogo aberto com Ablard (2008) e Golcman (2022) e com os estudos de autores como Ernst, Freebody, Moran, Ankele e Müller, que fazem parte da obra *Work, Psychiatry and Society, c. 1750-2015* (2016).

No item 1.5, intitulado “A terapia pelo trabalho a partir das fontes clínicas” realizamos uma análise estatística dos gêneros de trabalho a que as pacientes se dedicavam na colônia e depois focalizamos como o trabalho da paciente apareceu nas notas clínicas enviadas junto com as pacientes transferidas do HN para a colônia e nas observações realizadas pelos médicos da Colônia de Engenho de Dentro no período de 1911 a 1932. Esses dois documentos clínicos revelam, na verdade, uma discussão a respeito do estado e do nível de aproveitamento das doentes. A colônia, sobretudo através da prática clínica do médico Waldemar de Almeida, resistiu ao envio de “doentes inaproveitáveis”, muitas delas por estarem em péssimo estado de saúde, necessitando de cuidados na enfermaria, ou por apresentarem crises depressivas e, sobretudo, de agitação, passando, assim, a maior parte do tempo internadas na Sala Paulo Costa, uma espécie de emergência psiquiátrica. Como veremos, essa disputa pelas “melhores pacientes”, envolvendo o HN e a colônia feminina, se assemelha aos conflitos observados por Cristina Sacristán (2003) entre o Manicomio General de La Castañeda e a Granja de San Pedro del Monte, no México. Buscamos ainda examinar o trabalho das pacientes, observando o significado desta prática em relação ao contexto sociocultural, econômico e político do Rio de Janeiro do início do século XX. Nesse sentido, além de focalizarmos no gênero, pensamos o trabalho a partir dos vieses de classe e raça. As histórias clínicas analisadas mostraram que, em relação ao trabalho das pacientes, no plano prático da instituição, o aspecto econômico vinha antes do terapêutico e que as estratégias de sobrevivência e resistência das pacientes podiam ir desde o protesto até a adesão ao trabalho.

O item 1.6, intitulado “Questões médico-sanitárias da Gestão Braule Pinto (1911-1918)”, é, em termos da documentação analisada (relatórios médicos), na verdade, uma continuação do item 1.3. Para encerrar esse capítulo sobre a criação da Colônia de Engenho de Dentro, optamos por analisar os problemas médico-sanitários relativos à

gestão desse diretor. Desse modo, comparamos o número e as causas de mortes de pacientes em 1911 e 1915 e analisamos, em especial, a incidência de duas doenças na colônia: tuberculose e escorbuto. Para tratar da tuberculose, nos apoiamos no estudo de Monica Moraes (2020) sobre a tuberculose no Hospício Nacional de Alienados (1890-1930). Já para pensar o problema do escorbuto, fizemos uma leitura do artigo “Scurvy: Historical Review and Current Diagnostic Approach”, da professora de clínica do Centro Médico da Universidade de Maryland, nos Estados Unidos, Laura Pimentel (2002). Vale dizer que o estado de saúde das pacientes transferidas para a colônia foi, sobretudo durante os primeiros anos de funcionamento dessa instituição, motivo de conflitos entre ela e o HN. Por fim, investigamos os impactos da “gripe espanhola” na Colônia de Engenho de Dentro e fazemos uma comparação dos contextos sanitários das duas gestões estudadas, enfocando o momento de inflexão na trajetória da saúde pública que marca o fim da gestão de Braule Pinto e o início da gestão de Gustavo Riedel. Para compreendermos esse processo, valemo-nos, em especial, das pesquisas de Hochman (1993); Lima; Pinto (2003); Stepan (2005); Souza (2006) e Sanglard (2008).

### **1.1. Sob o eco das críticas ao Hospício Nacional de Alienados e às colônias da Ilha do Governador**

O Hospício de Pedro II, o primeiro da América Latina, cuja criação remonta a 1841, foi inaugurado na região da Praia Vermelha, na cidade do Rio de Janeiro, em 1852, por ocasião da aprovação de seus estatutos. Institucionalmente, tratava-se de um estabelecimento anexo à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (MJNI). Em 11 de janeiro de 1890, por meio do decreto n. 142-A, o Hospício de Pedro II foi desanexado da Santa Casa e passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados.

Os protestos em face da pouca medicação e efetividade do hospício cresceram na última década do império, conforme analisa Cristiana Facchinetti (FACCHINETTI, 2022: 41). Segundo a autora, o médico João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), que assumiu em 1887 a chefia do serviço sanitário do estabelecimento, acolheu as críticas feitas pelo também médico Nuno Ferreira de Andrade (1851-1922) à administração religiosa, reclamando a adoção de reformas (p. 41). Em 1889, tendo em vista as deficiências e problemas vivenciados na organização do hospício, Teixeira Brandão manifestou sua opinião sobre a importância da criação de colônias rurais. Tal proposição

foi oficializada, em 1890, por meio do decreto n. 206A, de 15 de fevereiro, que criou a Assistência Médica e Legal de Alienados (AMLA) e estabeleceu que esta seria constituída pelo Hospício Nacional e pelas colônias Conde de Mesquita e de São Bento. A estruturação destas instituições constituiu um importante passo em direção à sistematização da assistência psiquiátrica no Distrito Federal.

Claper assinala que o Asilo do Galeão, inaugurado, efetivamente, em 10 de março de 1888, na Ilha do Governador, com a chegada da República, “deixa de ser uma extensão agrícola do Asilo de Mendicidade sob a administração da Polícia e passa a ser as Colônias de Alienados da Ilha do Governador, uma extensão agrícola do Hospício Nacional de Alienados, conduzida pela Assistência Médico-Legal de Alienados” (CLAPER, 2020: 153). Tais colônias foram, inicialmente, dirigidas por Domingos Lopes da Silva Araújo (CLAPER, 2020, HOSPÍCIO DE PEDRO II, 2021).

As referidas colônias eram destinadas a alienados indigentes oriundos do HN, “capazes de entregarem-se à exploração agrícola e a outras indústrias”.<sup>14</sup> Sua criação esteve relacionada aos problemas de superlotação de internos no Hospício e à proposição de outras modalidades de tratamento psiquiátrico, como o trabalho agrícola, para a recuperação dos doentes.

Em 16 de dezembro de 1902, foi constituída uma Comissão de Inquérito para averiguar as condições da assistência a alienados no Hospício Nacional, então dirigido pelo médico Antônio Dias de Barros (1902-1903), e nas Colônias da Ilha do Governador, dirigidas por Domingos Lopes da Silva Araújo (1890-1908). Esse período é apontado por diversos autores como divisor de águas no saber-fazer psiquiátrico no Brasil (ENGEL, 2001; DIAS, 2010; MUÑOZ; FACCHINETTI; DIAS, 2011; ODA, 2011; AZEVEDO, 2012; OLIVEIRA, 2017; MORAES, 2020). Segundo Azevedo, “a partir desse inquérito, as comissões de inspeção e seus respectivos relatórios (1904-1925) se tornaram uma forma de acompanhar e corrigir eventuais deslizos no processo de consolidação do projeto alienista no Brasil” (AZEVEDO, 2012: 14); o autor observou, no entanto, que as colônias eram consideradas basicamente como contraponto ao hospício, considerado como padrão de excelência para as referidas comissões (AZEVEDO, 2012: 117). Na visão de Monica Moraes, o *Relatório da Comissão de Inquérito sobre as condições da Assistência a Alienados no Hospício Nacional e colônias da Ilha do Governador* (1903) “‘encerra’ uma parte da história do hospício cujas bases – assentadas em meados do século XIX –

---

<sup>14</sup> Art. 78 do Decreto n. 508, de 21 de junho de 1890 (BRASIL, 1890).



sucumbiram à pressão crescente do fim do século, das transformações da sociedade carioca, das reformulações do campo médico-psiquiátrico e dos avanços científicos, especialmente da bacteriologia e epidemiologia” (MORAES, 2020: 59).

Essa comissão, composta pelos médicos Antônio Maria Teixeira, Carlos Fernandes Eiras (1855-1937) e Egydio de Salles Guerra (1844-), pelo farmacêutico Francisco Manoel da Silva Araújo (1855-) e por Antônio Maria Teixeira, assim concluiu em seu relatório final: “O Hospício Nacional é simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem fiscalização”.<sup>15</sup> Sendo assim, no período entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, os alienistas brasileiros passaram a vincular cada vez mais a eficácia terapêutica do hospício à fundação de uma “colônia de verdade”.

Ana Teresa Venancio destaca que as ideias e os debates sobre as colônias agrícolas para alienados no Brasil “emergiram das trocas científicas resultantes de viagens a congressos, visitas a hospitais de outros países, leitura e divulgação de artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais” (VENANCIO, 2022: 454). Nesta perspectiva, aponta a visita feita no ano de 1893 por Teixeira Brandão, então diretor de AMLA, a colônias agrícolas na Bélgica, Áustria, Prússia, França, Suíça, Itália, Inglaterra e Estados Unidos e as experiências de colônias agrícolas e de asilos na Alemanha, Inglaterra, Estados Unidos e França apresentadas por Juliano Moreira (1905), bem como o debate com Franco da Rocha (1906) acerca da experiência desenvolvida na Rússia (VENANCIO, 2011: 38-40; VENANCIO, 2022: 455). Jeanine Claper, por seu turno, focaliza a concretização do modelo colonial no Rio de Janeiro a partir da influência das ideias de Wilhelm Griesinger (1817-1868) sobre Juliano Moreira, especialmente aquelas expostas no seu tratado de 1861 (*Pathology and Therapy of Mental Diseases*) (CLAPER, 2020: 19; 191-192). Conforme sublinhado pela autora, a Colônia de Alt-Scherbitz, a terceira instituição rural implantada na fase de reestruturação dos asilos na Alemanha, consolidou-se como modelo internacional no século XIX (CLAPER, 2020: 141).

A historiografia sobre a história da psiquiatria no Brasil é unânime em apontar a defesa, por Juliano Moreira, do modelo colonial.<sup>16</sup> Assim, devemos ressaltar que, depois

---

<sup>15</sup> ARAÚJO, Francisco Manoel da Silva *et al.* Relatório da Comissão de Inquérito sobre as condições da Assistência a Alienados no Hospício Nacional e Colônias da Ilha do Governador. Março de 1903. *In: Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J. J. Seabra Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores em abril de 1903.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1903, p. 29.

<sup>16</sup> AMARANTE, 1982, 1995; ENGEL, 2001; VENANCIO; CARVALHAL, 2005; VENANCIO, 2011, 2022; CLAPER, 2020.

da referida comissão de inquérito de 1902, outro período de grandes rupturas no campo da medicina mental ocorreu nos anos que se seguiram à nomeação de Juliano Moreira para o cargo de direção do HNA, em 1903, “deflagradas pela agenda de Moreira na recepção da psiquiatria alemã, especialmente, a kraepeliana”, conforme ressaltam Pedro Muñoz, Cristiana Facchinetti e Allister Dias (MUÑOZ; FACCHINETTI; DIAS, 2011: 93).

Em seu artigo “Quais os melhores meios de assistência aos alienados?”, Juliano Moreira (1910) destacou o caráter paradigmático da colônia de Alt-Scherbitz. Segundo ele, “assim como o Asilo fechado vai sendo substituído pelo Hospital urbano para doenças do cérebro, o Asilo chamado de portas abertas tende a ser absorvido pelo chamado Asilo-colônia, cujo modelo é Alt-Scherbitz, na Alemanha” (MOREIRA, 1910: 377), e conclui a respeito disso o seguinte: “não foi repentina a gênese do Asilo-colônia. Pouco a pouco os grandes alienistas se foram convencendo de que o Asilo fechado, à antiga, precisava desaparecer” (p. 378).<sup>17</sup>

Outra referência importante para os psiquiatras, sobretudo da América do Sul, era a Colônia de Luján (também conhecida como Colônia Nacional de Alienados ou *Open Door*), na Argentina. Ablard aponta que essa instituição, situada perto do centro religioso de Luján, na província de Buenos Aires, começou a receber os primeiros pacientes do Hospício de las Mercedes em 1901, tendo funcionado como uma instalação satélite desse estabelecimento até a década de 1940. Esse historiador norte-americano observa que “idealisticamente, Cabred esperava que a Colônia fosse o primeiro passo na reorganização do tratamento dos doentes mentais na Argentina” (ABLARD, 2008: 41).

Hugo Vezzetti reforça que o modelo das colônias se destacou no continente sul-americano, sob a égide do médico buenairense Domingo Cabred<sup>18</sup> (1859-1929), que inspirado nas experiências inglesas da primeira metade do século XIX, criou o sistema *open-door* – definido por ele como um conjunto de disposições de ordem material e procedimental planejadas para dar à instituição a aparência de uma cidade, a fim de “oferecer a seus habitantes o máximo de liberdade compatível com seu estado de loucura

---

<sup>17</sup> Nas citações das fontes de época, procuramos atualizar a grafia das palavras, de maneira que o texto ganhasse maior fluência.

<sup>18</sup> Domingo Cabred nasceu na Província de Corrientes, fez o curso de humanidades e o curso médico em Buenos Aires, diplomando-se em 1881. Foi sucessivamente médico, subdiretor e diretor do Hospício de las Mercedes, desde 1892 até 1917. Fundou, em 1899, a Colônia Nacional de Alienados, em Open-Door (Lujan), primeiro estabelecimento do gênero, e modelo para os que mais tarde fundou em Oliva (Córdoba) e em Torres, este último para menores “retardados”. Também foi, entre outras coisas, “o criador e primeiro presidente da Comissão Assessora de Asilos e Hospitais Regionais, à frente da qual fundou 2 asilos para alienados e 10 hospitais gerais” (NOTICIÁRIO, 1929, pp. 153-154).

e fazer do trabalho um dos elementos mais importantes do tratamento moral” (VEZZETTI, 1991: 60-61). Para Vezetti, a grande aceitação do modelo das colônias se deveu à virtual reconciliação que a colônia possibilitava “entre o modelo liberal-utilitário de organização produtiva e a restauração romântica e conservadora de uma comunidade natural assimilável a uma família extensa” (VEZZETTI, 1991: 61).

No período que se sucedeu à abolição dos escravos e à Proclamação da República no Brasil, começaram a surgir, no Rio de Janeiro, então capital federal, discursos em prol de colônias agrícolas para alienados indigentes como remédio para os problemas da superlotação do HN e seus diversos inconvenientes clínicos. Além disso, sob influência do recente trabalho da Comissão de Inquérito sobre as condições da Assistência a Alienados no HN, nas colônias Conde de Mesquita e de São Bento, da Ilha do Governador (1902), e da nomeação do psiquiatra baiano Juliano Moreira como diretor do Hospício Nacional de Alienados (1903-1930) e diretor-geral da Assistência a Alienados do Distrito Federal (1911-1930), foram colocadas na ordem do dia a criação de colônias e a consequente modernização do hospício da Praia Vermelha.

Para Juliano Moreira, o problema da superlotação do HN estava ligado ao crescimento populacional da capital federal e, também, ao fato de quase todos os estados da federação enviarem, de modo irregular, nacionais para esse estabelecimento. Ele classificava como envio irregular de nacionais o ato de, simplesmente, enviar aos cuidados de pessoa residente na cidade do Rio de Janeiro indivíduo com suspeita de doença mental que, posteriormente, era apresentado a alguma delegacia e, em seguida, remetido a exame médico-legal para, por fim, ser admitido ou não no hospício.<sup>19</sup> O médico defendia que o único meio de fazer cessar essa violação “seria promover, como está fazendo a República Argentina, a criação de asilos-colônia regionais, servindo a dois, três ou quatro estados, que para isso se coligassem”.<sup>20</sup> Com os asilos regionais, Juliano Moreira pensava em descentralizar a assistência psiquiátrica. Contudo, Ablard observa que “apesar de uma onda de reformas promissoras entre 1890 e 1900, todos os hospitais psiquiátricos da Argentina continuaram a sofrer de superlotação extrema, um problema que atingiu seu ápice nas décadas de 1930 e 1940” (ABLARD, 2008: 94), sendo a

---

<sup>19</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Augusto Tavares de Lyra em março de 1909*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909.

<sup>20</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1909, p. 126.

escassez de instituições médicas ou de assistência social não apenas em Buenos Aires, mas também nas províncias, significativa para isso (p. 27).

O elevado número de estrangeiros residentes na capital internados no hospício também era visto como um ônus indevido, intolerável. Esse contingente chegava a um terço da população desse estabelecimento no início do século XX. Juliano Moreira acreditava na repatriação como solução para o *ônus* da assistência aos alienados estrangeiros. Já o médico e literato Afrânio Peixoto (1876-1947) via a repatriação apenas como um “desafogo imediato” e, quanto ao tema da “indenização material”, acreditava que, se ela fosse aceita nos termos do artigo 108 do regulamento de 1904,<sup>21</sup> o governo teria meios para ampliar os serviços assistenciais. Porém, Afrânio Peixoto apontava que, de fato, era preciso antes saber fazer a seleção dos estrangeiros a fim de impedir a entrada no país de indivíduos “avariados”, até porque pensava que era injusto recusar assistência ao trabalhador que aqui adoecia.<sup>22</sup> A relação entre loucura/instituição psiquiátrica e imigração foi significativa em várias partes do mundo nesse período, e a Argentina talvez tenha sido um dos países que mais sentiu o impacto da imigração na taxa de internação psiquiátrica, conforme demonstram Ablard (2008) e Golcman (2017, 2022).

Além da alta porcentagem de estrangeiros, uma “promiscuidade” que se buscava combater no âmbito do HN, no início do século 20, era o convívio entre pensionistas e indigentes. Segundo Mattoso Maia, administrador desse estabelecimento, em razão da superlotação era comum indigentes absorverem leitos de pensionistas e pacientes de segunda classe ocuparem cômodos designados para pacientes de terceira, além de pacientes para a primeira e a segunda classes serem rejeitados por falta de vagas. O administrador comentava, também, que alguns leitos reservados para pensionistas podiam ser ocupados por alguns indigentes considerados tranquilos ou gente de melhor educação. Afrânio Peixoto, diretor interino do Hospício Nacional em 1904, sublinhava que, em decorrência do não cumprimento do pagamento da pensão, muitos pacientes eram transferidos para a quarta classe ou para o setor de indigentes, este último a cargo da

---

<sup>21</sup> Art. 108 do Decreto nº 5.125, de 1º de fevereiro de 1904: “O Governo providenciará, como julgar melhor, para que os ônus de assistência aos alienados estrangeiros e aos nacionais domiciliados nos Estados ou de passagem, apenas, na Capital Federal, fiquem a cargo dos respectivos países ou dos cofres estaduais, facilitando, quanto estiver ao seu alcance, a remoção destes e promovendo a repatriação daqueles” (BRASIL, 1904).

<sup>22</sup> PEIXOTO, Afranio. Relatório apresentado ao Ex. Sr. Dr. J. J. Seabra Ministro da Justiça e Negócios Interiores pelo Dr. Afranio Peixoto Diretor Interino do Hospício Nacional de Alienados. 1904-1905. In: *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J. J. Seabra Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores em março de 1905*. V. II – Diretoria do Interior. Primeira Parte. Anexo E. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905, pp. 56-67.

prefeitura. Ele acreditava que era necessário agir contra os pensionistas inadimplentes, “pois eles gozam de vantagens a que não correspondem os seus parentes e interessados, o que não é equitativo perante a assistência pública”.<sup>23</sup>

A questão da inadimplência no pagamento das pensões tornou-se uma preocupação especial do administrador do hospício, que defendia que o HN não era um fardo para o governo federal, pois, além de encarregar-se da assistência aos insanos, esse estabelecimento era e poderia ser ainda mais uma fonte de renda. Com uma colônia, ainda de acordo com ele, seria possível cumprir o dever da assistência “com exatidão e uma utilidade recolhida com proveito geral”.<sup>24</sup> Ficava claro, assim, que, com a criação de uma colônia, esperava-se, de um lado, abrir mais leitos no hospício para pacientes pagantes, aumentando a arrecadação das pensões e, de outro, enfrentar o problema do custo do tratamento dos loucos indigentes. Era considerado equitativo do ponto de vista da assistência que eles, quando capazes, trabalhassem em troca do socorro recebido. O que fica evidente a partir destas análises é que uma maior distinção entre pensionistas e indigentes e entre pacientes do Distrito Federal e de outros estados do país (e ainda entre nacionais e estrangeiros) se tornava crucial na gestão da loucura e da assistência psiquiátrica, no início do século XX, no Rio de Janeiro.

Desde a sua criação, como já tratado pela historiografia, o hospício recebia pacientes indigentes (recolhidos gratuitamente) e pacientes pensionistas, sendo estes últimos divididos em quatro classes. No estabelecimento da Praia Vermelha, existiam duas seções femininas (Esquirol para indigentes e Morel para pensionistas) e duas masculinas (Pinel para indigentes e Calmeil para pensionistas).<sup>25</sup> Segundo Medeiros, a diária cobrada era praticamente simbólica, não cobrindo os custos da internação. O setor de pensionistas funcionaria, de fato, como garantia de que pacientes de famílias abastadas não se misturassem com os pobres (MEDEIROS, 1977: 35-37). Além dessas seções, no período estudado, havia pavilhões masculinos e femininos destinado a pacientes com epilepsia, com moléstias intercorrentes e tuberculose, o Pavilhão-Escola Bourneville<sup>26</sup> (1903), destinado a crianças anormais, e o Pavilhão de Observação (1892), onde funcionava a clínica de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e que era

---

<sup>23</sup> PEIXOTO, Afrânio. Relatório apresentado..., 1904-1905, p. 55.

<sup>24</sup> PEIXOTO, Afrânio. Relatório apresentado..., 1904-1905, p. 58.

<sup>25</sup> Segundo Araújo, tais eram os tipos de acomodações e os preços pagos pela internação de pensionistas no HN, no início do século XX: 1ª classe – quarto separado com tratamento especial (2\$000); 2ª classe – quartos para dois alienados com tratamento especial (1\$600); 3ª classe – enfermarias gerais gratuitas (1\$000) e 4ª classe – enfermarias gerais para escravos (ARAÚJO, 1982: 67).

<sup>26</sup> Para saber mais sobre esse pavilhão ver MÜLLER, 2000; SILVA, Renata, 2009.

a “porta de entrada” do hospício, pois os doentes gratuitos levados pela polícia ali permaneciam por até quinze dias em observação ou mais, em vista do interesse científico. Caso se confirmasse a loucura, eram encaminhados ao hospício (ENGEL, 2001: 136; MATHIAS, 2017: 36; MUÑOZ, 2018: 76-77; MORAES, 2020: 116).

Em março de 1903,<sup>27</sup> Juliano Moreira (1873-1933) foi nomeado diretor do HN e, em julho, lançou as bases de sua reforma. Pouco tempo depois, muitas das ideias apresentadas pelo médico se fizeram presentes nos decretos n. 1.132 (22/12/1903) e n. 5.125 (01/02/1904), responsáveis, respectivamente, por reorganizar a Assistência a Alienados no Distrito Federal e nos Estados e dar a ela um novo regulamento. De acordo com Venancio, a aprovação do decreto n. 1.132, primeira lei federal de assistência aos alienados no Brasil, e a indicação de Juliano Moreira, no mesmo ano, para a direção do HN “reforçavam as iniciativas ‘modernizadoras’ do Estado e as estendiam para a esfera da assistência pública a alienados” (VENANCIO, 2011: 39).

Segundo Engel, o processo de medicalização da loucura só se consolidaria no Brasil a partir da separação do hospício da Santa Casa de Misericórdia (ENGEL, 2001: 23, 115, 118-119). Engel, utilizando o referencial foucaultiano, busca demonstrar que, com a criação e estruturação do hospício e o surgimento da psiquiatria como campo de saber especializado, uma enorme gama de indivíduos “tornavam-se prisioneiros das malhas cada vez mais extensas do poder alienista” (ENGEL, 2001: 115).

Numa perspectiva distinta, opondo-se à historiografia do controle social de inspiração foucaultiana das décadas anteriores, Gonçalves sublinha “o constante esforço desempenhado pelos médicos diretores do Hospício Pedro II, principalmente por Manoel José Barbosa, na luta pela consolidação do espaço asilar como um local de cura”, inclusive, pronunciando-se contra a nociva superlotação da instituição frente à Santa Casa de Misericórdia (GONÇALVES, 2013: 65). Segundo Gonçalves, a ideia do hospício como um espaço para tratar apenas de indivíduos acometidos por distúrbios mentais era compartilhada por médicos e mesmo pela provedoria da Santa Casa de Misericórdia, mas “se contrapunha ao interesse de diversas famílias, senhores de escravos e setores do governo, que visavam utilizar o hospício como um depósito de indigentes incuráveis” (GONÇALVES, 2011: 46). Esta remessa abusiva de alienados foi enfatizada pelo referido

---

<sup>27</sup> Nesse ano foram criados no HN novos departamentos, como um gabinete antropométrico e um laboratório anatomopatológico, e terapias, como o *no-restraint* e a clinoterapia. Surgiram também os cargos de médico para doenças intercorrentes infecciosas, cirurgião ginecológico, pediatra, oftalmologista, dentista, massagista, eletricista etc e, além disso, aumentou-se o número de profissionais do estabelecimento (PEIXOTO, Afrânio. *Relatório apresentado...*, 1904-1905, p. 68).

diretor do serviço sanitário do hospício, principalmente no que dizia respeito às autoridades policiais (GONÇALVES, 2011: 46; 51-52).

Ribeiro, por sua vez, numa linha mais próxima da de Gonçalves, atenta para a participação da família e, também, para o fato de que a própria vinculação do hospício com a Santa Casa de Misericórdia impunha novas demandas àquele estabelecimento em relação ao recolhimento dos alienados. Segundo a autora, “ainda que em um jogo de forças a população atendida fosse o lado mais frágil e sensibilizado, esta participou ativamente, imprimindo suas demandas ao estabelecimento, pelo menos nesses primeiros anos” (RIBEIRO, 2015: 179). Tratando da superlotação no Hospício de Pedro II e, posteriormente, no Hospício Nacional de Alienados, Claper destaca ainda que certamente contribuíram para isso “a proibição de reter os doentes em outros espaços que não as entidades específicas para o tratamento da loucura, isto é, os doentes oriundos das cadeias públicas, das enfermarias da SCMRJ e do Asilo de Mendicidade” (CLAPER, 2020: 55-56).

Com efeito, as críticas à assistência aos alienados eram recorrentes desde o tempo do Império, e o Hospício Nacional, durante suas primeiras décadas de existência, achava-se ameaçado pelo problema da superlotação, como já mencionado (VENANCIO; CARVALHAL, 2005: 67; VENANCIO, 2011: 38). Segundo Venâncio, ante a necessidade de expandir o número de leitos psiquiátricos para absorver doentes do HN, “optou-se por modernizar as colônias, somando-se à sua vocação original novas técnicas de tratamento” (VENANCIO, 2011: 46). Para Amarante, as colônias, além de ampliarem a importância social e política da psiquiatria, atualizavam o compromisso desta com a realidade moderna e neutralizavam parte das críticas feitas ao hospício tradicional (AMARANTE *et al.*, 1995: 28).

Venâncio, tomando como estudo de caso a história da Colônia de Jacarepaguá, observa “a existência de dois momentos distintos em relação aos quais se deu a atualização do modelo das colônias para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX”. O primeiro período vai até 1920 e é marcado por discursos em defesa das colônias agrícolas. Já no segundo período (fins dos anos de 1930 e início dos anos 1940), tem-se a referida colônia inserida em uma conjuntura política assistencial psiquiátrica marcada pela extinção do HN e por uma “necessidade de ampliar a capacidade física e assistencial pública de atendimento à população em todo o país”, tudo isso num contexto de centralização política (VENANCIO, 2011: 48-49).

De acordo com os dados presentes nos relatórios ministeriais, as colônias da Ilha do Governador – as primeiras colônias de alienados criadas no país – não foram, desde os seus primórdios, exclusivamente masculinas. Durante os seus três primeiros anos de existência, elas receberam pacientes transferidos do HN de ambos os sexos.<sup>28</sup> Em 1890, na sua implantação, receberam 39 homens e 39 mulheres. No ano seguinte, foram remetidos 34 homens e dez mulheres, bem mais homens do que mulheres. Em 1893, entraram 68 homens e nenhuma mulher, e, além disso, as mulheres ali existentes foram removidas para o HN. A partir desse ano, as colônias da Ilha só receberam pacientes do sexo masculino.<sup>29</sup> A justificava para a remoção, como aponta Claper, foi a de que não havia “‘pessoal idôneo’ e instalações compatíveis para a permanência delas” (CLAPER, 2020).

A nosso ver, para além dos argumentos oficiais, é preciso atentar para o fato de que tal rearranjo, na prática, naquele momento, significava optar pelo trabalho braçal do homem ao invés do da mulher. Como observam Hildete Pereira de Melo e Débora Thomé, a divisão sexual do trabalho “implica que existam trabalhos de homens e outros de mulheres e que o trabalho dos homens vale mais do que o das mulheres” (MELO; THOMÉ, 2018: 107-108). Além disso, o fato de a população do HN, entre 1900 e 1939, ser composta por 60% de homens e 40% de mulheres (FACCHINETTI; RIBEIRO; MUÑOZ, 2008: 240) pode ter influenciado nessa escolha.

Diretor do HN à época, Afrânio Peixoto (1905) apontou, em seu relatório de 1904, que as propriedades que existiam na Ilha do Governador não eram mais que abrigos, e que, portanto, de fato, não havia colônias de alienados na cidade, sendo essa a grande chaga da Assistência a Alienados no Rio de Janeiro:

O terreno que tais simulacros ocupam não é próprio nacional e pelos seus donos está sendo exigido; e, entretanto, é mister cuidar não só dos duzentos e tantos infortunados que ali estão asilados, e mais ainda criar a verdadeira colônia para eles e para os outros todos que se acham no Hospício, passíveis de trabalho como cura e como utilidade social. Demais, é a medida heroica e *única* para prover à superpopulação que ameaça destruir mesmo os reparos agora realizados no Hospício.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Segundo Sampaio, em Engenho de Dentro “(...) o governo federal instalou Colônia para abrigar as mulheres que saíam da Colônia Conde de Mesquita, criada na Ilha do Governador por Teixeira Brandão, que se encontrava em desativação” (SAMPAIO, 1988: 298). Não encontramos nenhuma fonte que ateste essa informação de Sampaio. Através dos relatórios do MJNI é, na verdade, possível saber que a Colônia Conde de Mesquita era menor e pior conservada do que a de São Bento.

<sup>29</sup> PEIXOTO, Afrânio. Relatório apresentado..., 1904-1905, p. 73.

<sup>30</sup> PEIXOTO, Afrânio. Relatório apresentado..., 1904-1905, p. 46.



Nesse relatório, Afrânio Peixoto versou também sobre o processo de reformulação do HN ao longo do ano de 1903. Porém, um discurso comum, nesse período, dentro da Assistência a Alienados era que, sem uma colônia para poder descongestionar, realmente, o estabelecimento da Praia Vermelha, este continuaria com aspecto de manicômio, sem uma higiene das habitações adequada e, também, sem condições de aplicar as modernas noções de vigilância e terapia. É possível perceber nos discursos médicos que tratavam das colônias durante todo o período estudado uma preocupação, de fato, muito grande com o hospício, com a sua sobrevivência enquanto instituição assistencial. A respeito da situação aflitiva do hospício, Afrânio Peixoto declarou: “só vejo duas soluções — a ruína e maiores despesas num futuro próximo — e a construção no continente, de uma Colônia de Alienados, bastante ampla e possível de futuros acréscimos, digna desse nome, de nossa civilização (...)”.<sup>31</sup>

Em julho e dezembro de 1905, o então presidente da República Francisco de Paula Rodrigues Alves (1848-1919) submeteu ao Congresso Nacional as solicitações da direção geral da Assistência a Alienados, rubricadas pelo então ministro do Interior José Joaquim Seabra (1855-1942). Nelas, se advertia quanto à persistência do problema da superlotação do hospício, que sem uma colônia de verdade não teria pronta solução.<sup>32</sup> Em relatório a Seabra, Juliano Moreira assim explicou:

A superpopulação prejudica os doentes não só lhes diminuindo a razoável cubagem de ar como ainda restringindo a dose de atenção que os alienistas lhes podem dispensar. O superpovoamento de um manicômio dificulta-lhe por tal modo a fiscalização e a boa engrenagem dos serviços, que deverá ser evitado, embora a custa de grandes sacrifícios pecuniários. E feitos estes, ensina a experiência dos grandes povos que mais tarde resultam maiores benefícios clínicos e econômicos, se o regimen de colônias, bem planejadas e executadas, for o adotado.<sup>33</sup>

No ano de 1908, a comissão de fiscalização dos estabelecimentos de alienados, formada por Antonio Epimacho de Albuquerque, Luiz Teixeira de Barros Junior e Antonio Angra de Oliveira, anunciou a necessidade de transferência das Colônias da Ilha do Governador para local adequado ao fim a que se destinavam.<sup>34</sup> O fato é que, a partir

---

<sup>31</sup> PEIXOTO, Afrânio. Relatório apresentado..., 1904-1905, p. 72.

<sup>32</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J. J. Seabra Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores em março de 1906. Vol. III. Diretoria de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1906, pp. 287-288.

<sup>33</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1906, p. 3.

<sup>34</sup> ALBUQUERQUE, A. Epimacho C. de; BARROS JUNIOR, Luiz Teixeira de; OLIVEIRA, Antonio Angra de. Relatório da Comissão Inspectora dos Estabelecimentos de Alienados no Distrito Federal. 28 de fevereiro de 1908. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do*

de 1908, as críticas a essas colônias se intensificaram enormemente: a localização, as edificações, as instalações sanitárias, o solo, a água etc., tudo enfim foi considerado deprimente. No entanto, tal condenação tinha um limite, o de resguardar a importância do regime de colônias, sua eficácia terapêutica e vantagem econômica.

Em 23 de agosto de 1909, Juliano Moreira requisitou ao ministro do Interior a aplicação do crédito de 150:000\$000 para a promoção das colônias de alienados. E esclarecia que, em 1904, insistira sobre a necessidade de melhorias na Colônia da Ilha do Governador “a fim de que pudesse cessar a anomalia de haver no hospital urbano cinco vezes mais alienados que na Colônia”. Em 1906, o Poder Legislativo incluiu no orçamento uma verba de 800:000\$000 para a realização do dito propósito. Porém, de acordo com Juliano Moreira, o governo de Afonso Pena (1906-1909), receoso de fazer uma má escolha do terreno, foi adiando a utilização desse crédito, que acabou caindo em exercícios findos. Ainda segundo o médico baiano, no correr do ano de 1908, no âmbito da Câmara, um novo projeto de remoção da Colônia surgiu com a indicação de que fosse utilizada a quantia de 150:000\$000 para tal fim. Diante disso, o diretor geral da Assistência a Alienados apelou ao ministro da Justiça para que este não deixasse ter essa verba a mesma sorte daquela maior, votada em 1907. E versou sobre o papel econômico e terapêutico das colônias de alienados, ressaltando a importância desse modelo de assistência para o Estado:

Insisto junto a V. Ex. por esta medida porque estou cada vez mais convencido da necessidade da remoção das Colônias da Ilha do Governador para melhor local. Os terrenos ali ocupados além de não pertencerem ao Estado são absolutamente impróprios para cultura, que tem de ser feita por alienados de quem não podemos exigir grandes esforços. Sendo em colônias o trabalho um meio de tratamento, a rapidez dos resultados visíveis e palpáveis influi por tal modo no espírito do alienado que nos devemos preocupar e muito com a fertilidade dos terrenos a adquirir. Além disso, sendo indiscutível o dever público de dar assistência a doentes que não convém à sociedade viver soltos, o Estado tem de procurar atenuar a despesa resultante preocupando-se em utilizar o meio a um tempo mais econômico e mais eficaz de efetuar tal assistência. Esse meio é o asilo-colônia. Em parte alguma se discute mais a questão.

Vi na Alemanha estabelecimentos que vivem sem nenhuma despesa do erário público: exclusivamente à custa da própria produção. A República Argentina vai admiravelmente encaminhada nesta trilha. No Brasil mesmo, S. Paulo fundando o asilo-colônia de Juquery,<sup>35</sup> apesar do erro de escolha do terreno, tem tirado resultados admiráveis.

---

*Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Augusto Tavares de Lyra em março de 1908. Vol. I. Justiça, Interior e Contabilidade.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1908, p. 4.

<sup>35</sup> Em 1898, em São Paulo, foi aberto, embora apenas parcialmente concluído, o Hospital-Colônia de Juquery, e, em 1903, foi finalizado o processo de transferência dos internos do Hospício Provisório de

Peço, pois, à V. Ex. que efetue essa grande reforma na Assistência a Alienados.<sup>36</sup>

A questão foi retomada, em 1911, por Rivadávia Corrêa (1866-1920), então ministro da Justiça e Negócios Interiores, que corroborou o projeto de expansão da Assistência a Alienados na capital, destacado pelo presidente Rodrigues Alves em 1905, advertindo que o problema da assistência aos alienados só poderia ser enfrentado com a criação de colônias que, além de trazerem uma nova organização de recursos terapêuticos, seriam essenciais para o desafogo do hospício:

Não é possível que a assistência a alienados dê os resultados devidos, sem a criação de colônias agrícolas, que constituem o melhor meio de se alcançar a cura de tantos desventurados. Além das vantagens naturais decorrentes de tratamento dos enfermos em colônias agrícolas, temos ainda, no caso concreto, a inadiável conveniência de desafogar o atual Hospício que, com capacidade para, mais ou menos, 800 doentes, tem no momento uma população de mais de 1.500 insanos, isto é, quase o dobro daquela que ele comporta.<sup>37</sup>

Após quase dez anos de intenso debate sobre a implantação de colônias, em 11 de julho de 1911 foi aprovado o Decreto n. 8.834, que reorganizou a Assistência a Alienados no Distrito Federal; naquele momento, integrada pelo Instituto de Neuropatologia, para os enfermos suspeitos de alienação mental, pelo HN e pelas Colônias de Alienados, masculina e feminina. Esse decreto, em seu capítulo XI, artigo 74, reproduziu a determinação para o estabelecimento de colônias de alienados para homens e mulheres, nos mesmos termos em que havia sido apresentada pelo decreto n. 508, de 21 de julho de 1890,<sup>38</sup> referente ao regulamento para a AMLA. Neste sentido, o decreto de 1911 reiterou que as colônias seriam reservadas para os alienados indigentes, oriundos do HN e capazes de se entregarem à exploração agrícola e a outras pequenas indústrias.<sup>39</sup>

Rivadávia, endossando o projeto de expansão da Assistência, afirmou que os bons resultados da reorganização da assistência psiquiátrica dependiam do desenvolvimento

---

Alienados, inaugurado em 1852, na província de São Paulo, para o novo Hospício (ODA; DALGALARRONDO, 2005: 987). Segundo Venancio, “observa-se já em fins do século XIX a criação, em São Paulo, da primeira colônia agrícola do país, destinada a receber oitenta alienados. A construção do Hospício de Juqueri teria obedecido às diretrizes do Congresso Internacional de Alienistas, reunido em Paris em 1889, que recomendava a construção de colônias agrícolas anexas aos asilos, para o que havia necessidade de grandes áreas” (2011: 36).

<sup>36</sup> Ofício nº 520 – Is3 26, Arquivo Nacional.

<sup>37</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Rivadávia da Cunha Correa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1911b, p. xv.

<sup>38</sup> BRASIL. Decreto nº 508, de 21 de junho de 1890.

<sup>39</sup> BRASIL. Decreto nº 8.834, de 11 de julho de 1911a, p. 1.

das colônias de homens e mulheres, “que redundem não só em benefício direto para a cura dos doentes, como em proveito para a manutenção das próprias colônias e até mesmo de eficaz auxílio às despesas do Hospital Central”.<sup>40</sup> Ou seja, se esperava que o trabalho das pacientes fosse capaz de colaborar na manutenção da assistência colonial e ainda auxiliar nas despesas do hospital urbano. Em síntese, com a criação de colônias para alienados, esperava-se normalizar os serviços do HN, baratear os custos da Assistência a Alienados do Distrito Federal e implantar um novo modelo médico-científico.

A primeira instituição psiquiátrica exclusivamente feminina do país surgiu, assim, em julho de 1911, no contexto do Decreto n. 8.834. O surgimento da Colônia de Engenho de Dentro foi comemorado, pois possibilitaria a realização de reformas nas instalações da Seção Esquirol no Hospício Nacional de Alienados, destinada a pacientes indigentes do sexo feminino. O ministro do interior Rivadávia Corrêa destacou que, em 1911, com a transferência de 334 pacientes do hospício para essa colônia, “foi possível realizar algumas obras no Setor Esquirol capazes de lhe dar um aspecto hospitaleiro e permitir melhor acomodação aos enfermos”. Além disso, ao aumentar o alojamento dessa colônia, o Diretor-Geral de Assistência esperava tornar a Seção Esquirol uma das melhores do hospital.<sup>41</sup> Mas, a rigor, sua criação representou a ampliação do número de leitos femininos na assistência psiquiátrica do Distrito Federal.

Dados de 1911 do MJNI indicam que o movimento geral dos estabelecimentos oficiais destinados à assistência a alienados no ano foi de 3.932 enfermos, sendo 2.128 do sexo masculino (51,84%) e 1.804 do sexo feminino (48,16%). No HN, foi prestada assistência especificamente a 3.239 enfermos. Neste mesmo ano, embora cerca de 300 mulheres tenham sido transferidas para a Colônia de Engenho de Dentro, segundo o relatório do diretor geral, o hospício continuava com excesso de lotação.<sup>42</sup> Moraes observa que a nova colônia feminina aliviou de imediato a superlotação da Seção Esquirol do HN, tornando possível a realização de algumas obras, como uma sala de serviços cirúrgicos, e melhorando, ainda que temporariamente, a acomodação das enfermas indigentes e as condições sanitárias daquela Seção (MORAES, 2020: 125-132).

Para a comissão de inspeção dos estabelecimentos de alienados de 1912, composta por Noemio Xavier da Silveira, Malcher de Bacellar e Carlos Olyntho Braga, o ano de

---

<sup>40</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Rivadávia da Cunha Correa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1912a, p. xxxviii.

<sup>41</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1912a, pp. 60-63.

<sup>42</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1912a, p. 60.

1911 podia ser considerado o ano da grande reforma da Assistência a Alienados no Rio de Janeiro.<sup>43</sup> A comissão de inspeção de 1915, composta por Raul Camargo e, novamente, por Bacellar e Braga, reiterou que, com a regulamentação de 1911, várias aspirações da psiquiatria moderna foram finalmente estabelecidas: “o princípio do hospital urbano, essencialmente destinado aos que adoecem do cérebro, quando posto em execução em consequência da passagem da maior parte dos doentes para as colônias, vai dar por certo os frutos que o diretor geral da Assistência dele espera”.<sup>44</sup>

De fato, não se identificou a existência de discursos em prol da criação de uma colônia especificamente para mulheres. Por outro lado, vimos que chegou a ser tentada a implantação de uma colônia mista na Ilha do Governador (na colônia Conde de Mesquita), sendo suspensas, no entanto, a partir de seu terceiro ano de funcionamento, as transferências de mulheres para a instituição. O HN, portanto, não tinha, até a criação da Colônia de Engenho de Dentro, um espaço anexo para o qual ele pudesse enviar o excesso de mulheres ali classificadas como indigentes e como capazes de entregarem-se ao trabalho.

Como vimos, a criação da colônia feminina estava, diretamente, ligada ao problema de superlotação da seção de mulheres do hospício. Porém, essa explicação não é suficiente para esclarecer as razões que levaram à criação de uma colônia para mulheres loucas e pobres, com foco na praxiterapia, no Rio de Janeiro, no início da década de 1910. Para responder a essa questão é preciso entender o papel das mulheres e também das classes populares nesse contexto. Trataremos melhor desse assunto nos dois últimos capítulos, mas, por ora, faz-se necessário identificar brevemente algumas transformações políticas, sociais e culturais que influenciaram a vida das mulheres e dos trabalhadores entre fins do século XIX e princípio do XX.

Nesse período, além da abolição da escravidão, do advento da república, da chegada dos imigrantes e do aumento da urbanização, assistiu-se à criação de novas relações de gêneros, rompendo com a situação tradicional que reservava à mulher o

---

<sup>43</sup> SILVEIRA, Noemio Xavier da; BACELLAR, Malcher de; BRAGA, Carlos Olyntho. Relatório da Comissão Inspectora dos Estabelecimentos de Alienados Públicos e Particulares, no Distrito Federal. 27 de fevereiro de 1912. Rio de Janeiro. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Correa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1912, p. 66.

<sup>44</sup> BACELLAR, Malcher de. Relatório da Comissão Inspectora dos Estabelecimentos de Alienados Públicos e Particulares no Distrito Federal. 12 de maio de 1914. Rio de Janeiro. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Uladislau Herculano de Freitas em 1914*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1915, p. 75.

espaço privado e ao homem, o público. Segundo Rachel Soihet, entre 1890-1920, durante a Belle Époque, “com a plena instauração da ordem burguesa, a modernização e a higienização do país despontaram como lema dos grupos ascendentes, que se preocupavam em transformar suas capitais em metrópoles com hábitos civilizados, similares ao modelo parisiense” (SOIHET, 2004: 362). Nessa perspectiva, “os hábitos populares se tornaram alvo de especial atenção no momento em que o trabalho compulsório passava a ser trabalho livre”. Ao esforço para “adequar homens e mulheres dos segmentos populares ao novo estado de coisas”, juntavam-se “as preocupações para a organização da família e de uma classe dirigente sólida – respeitosa das leis, costumes, regras e convenções”. Em síntese, “das camadas populares se esperava uma força de trabalho adequada e disciplinada”, e sobre as mulheres, nomeadamente, “recaía uma forte carga de pressões acerca do comportamento pessoal e familiar desejado, que lhes garantissem apropriada inserção na nova ordem, considerando-se que delas dependeria, em grande escala, a consecução dos novos propósitos” (SOIHET, 2004: 362). Conforme Marina Maluf e Maria Lúcia Mott, diante da variedade de domínios tão novos que as cidades passaram a condensar, “intelectuais de ambos os sexos elegeram como os legítimos responsáveis pela suposta corrosão da ordem social a quebra de costumes, as inovações nas rotinas das mulheres e, principalmente, as modificações nas relações entre homens e mulheres”. Para nossas autoras, “o dever ser das mulheres brasileiras nas três primeiras décadas do século foi, assim, traçado por um preciso e vigoroso discurso ideológico”,

que reunia conservadores e diferentes matizes de reformistas e que acabou por desumanizá-las como sujeitos históricos, ao mesmo tempo que cristalizava determinados tipos de comportamento convertendo-os em rígidos papéis sociais. “A mulher que é, em tudo, o contrário do homem”, foi o bordão que sintetizou o pensamento de uma época intranquila e por isso ágil na construção e difusão das representações do comportamento feminino ideal, que limitaram seu horizonte ao “recôndito do lar” e reduziram ao máximo suas atividades e aspirações, até encaixá-la no papel de “rainha do lar” sustentada pelo tripé mãe-esposa-dona de casa (MALUF; MOTT, 1998: 373).

Em diálogo com uma historiografia feminista,<sup>45</sup> discutida no quarto capítulo, entendemos que a criação da Colônia de Engenho de Dentro aparece, assim, permeada pela questão da nova ética do trabalho e da sexualidade feminina. Era preciso distinguir

---

<sup>45</sup> CUNHA, 1989; MALUF; MOTT, 1998; PEDRO, 2003; ENGEL, 2004; FONSECA, 2004; D’INCAO, 2004; SOIHET, 2004, 2013; NEPOMUCENO, 2013; PINSKY, 2013; SCOTT, 2013; CAPONI; MIRANDA, 2019.

as mulheres honestas das “públicas”, loucas. Justamente no momento em que se redefinia o lugar da mulher na sociedade, surgia um espaço específico para elas na assistência psiquiátrica do Distrito Federal: a louca é aquela que permanece dentro da colônia, sendo submetida à terapia pelo trabalho, e a sã se encontra do lado de fora.

## 1.2. O nascimento do alienismo no Engenho de Dentro

Segundo o psiquiatra baiano Juliano Moreira, desde 1904 seus gritos em prol das colônias se repetiram de tal forma que chegaram finalmente aos ouvidos do Marechal Hermes da Fonseca (1855-1923), eleito presidente do Brasil em 1910. Em seu discurso de posse, o ex-ministro da Guerra fez referência à necessidade de criação de colônias para alienados e bêbados habituais.<sup>46</sup> As colônias de alienados, portanto, faziam parte de sua agenda de prioridades:

Não escaparão ao meu vigilante esforço os múltiplos problemas referentes à assistência nas suas variadas modalidades, especialmente a que diz respeito aos que enlouquecem, para os quais é de grande vantagem a criação de colônias agrícolas onde, aliando ao trabalho ao máximo de liberdade, se alcançam resultados surpreendentes quanto ao restabelecimento dos enfermos, e com muito menor sacrifício dos dinheiros públicos.<sup>47</sup>

E de fato, um ano depois, era fundada a Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro e se adquiria ainda a Fazenda do Engenho Novo, em Jacarepaguá, para a transferência dos pacientes das colônias São Bento e Conde de Mesquita.

A Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro foi instalada na rua Maria Flora, n. 17, em um terreno de 77 mil m<sup>2</sup>, situado bem em frente à rua Luiz Carneiro,<sup>48</sup> então distrito de Inhaúma, na base da Serra dos Pretos Forros, à margem esquerda do Rio dos Frangos, local este que anteriormente compreendia as terras da Fazenda de Engenho de Dentro. No local em que foi fundada a colônia feminina, havia sido construída uma fábrica de louças, que não teria chegado a funcionar.<sup>49</sup> Esta propriedade foi adquirida pelo governo, por 150 contos de réis, em 1908, para dar lugar a um hospital para isolar as

---

<sup>46</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Uladislau Herculano de Freitas. Em 1914*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1915a, p. 64.

<sup>47</sup> DISCURSO de Tomada de Posse do Presidente Hermes da Fonseca (15 de novembro de 1910). *Wikisource*, 2021.

<sup>48</sup> A Rua Maria Flora passou posteriormente a denominar-se Rua Pernambuco, e a Rua Luiz de Carneiro transformou-se em Rua Gustavo Riedel. Ver LIMA, 2016.

<sup>49</sup> NOTÍCIAS DOS SUBÚRBIOS (...). Engenho de Dentro. Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXII, n. 15, 15 de janeiro de 1912, p. 7.

vítimas da epidemia de varíola em curso naquele momento no Rio de Janeiro.<sup>50</sup> As obras de adaptação da antiga fábrica foram coordenadas pelo engenheiro-arquiteto português Luiz de Moraes Junior (1868-1955).<sup>51</sup> Esse hospital,<sup>52</sup> que foi criado como uma dependência do Hospital de São Sebastião, então dirigido pelo médico Antônio Ferrari,<sup>53</sup> funcionou de junho de 1908 a maio de 1909, quando foi desativado.<sup>54</sup>

Ficou ontem definitivamente resolvida a aquisição do novo hospital para variolosos. Como havíamos previsto, o edifício adquirido fica situado no bairro do Engenho de Dentro, entre a estação desse nome e a do Encantado. Para esse fim o governo adquiriu do Banco de Crédito Real de Minas, pela quantia de 150\$000, o grande edifício e mais propriedades da antiga fábrica de louças do Engenho de Dentro.

É desse prédio que o governo fará, com o pequeno dispêndio que exige a adaptação, o novo hospital, trabalho esse que ficará concluído por estes dias. O prédio adquirido está situado à Rua Maria Flora nº 17 e dista cerca de 600 metros da estação suburbana do Engenho de Dentro e 400 da do Encantado.

O terreno que possui compreende um quadrilátero de 277 metros de face para quatro ruas: Dr. Leal, Bernardo, Dois de Fevereiro e Maria Flora. A área adquirida é de 77.281 metros quadrados. Além de várias outras acomodações, dispõe o edifício de um grande salão de 90 metros de frente e 30 de largura, donde só este compartimento permite imediata acomodação para quatrocentos doentes. O edifício possui, além disso, água canalizada, prestando-se algumas de suas acomodações para grande lavanderia de roupas de variolosos, que o governo pretende ali estabelecer, conforme já sabem os nossos leitores da aquisição.

A escritura será lavrada hoje no Tesouro Federal, assinando-a, por parte do Banco de Crédito Real, o seu presidente Dr. Fernando Lobo e, por parte do governo, o diretor do Contencioso, Dr. Pedro Teixeira Soares. As chaves do respectivo prédio já desde ontem se acham em mãos do Sr. Dr. Oswaldo Cruz, diretor da Saúde Pública, que as recebeu do Sr. Dr. Moreira Guimarães, oficial de gabinete do Sr. Ministro da Justiça.<sup>55</sup>

Após o seu fechamento, os prédios do antigo isolamento suburbano foram entregues ao Ministério da Marinha, que pretendia organizar ali um hospital para tratamento de beribéri. Porém, esse ministério acabou cedendo o imóvel ao Ministério da

---

<sup>50</sup> HOSPITAL de isolamento nos subúrbios. *O Subúrbio*, Distrito Federal, Meyer, ano II, n. 52, 25 de julho de 1908, p. 1.

<sup>51</sup> O engenheiro-arquiteto português Luiz de Moraes Junior (1868-1955) foi responsável por várias obras nas áreas da arquitetura hospitalar, sanitária e médico-experimental, sendo a mais emblemática a construção do Pavilhão Mourisco (1918), símbolo da Fundação Oswaldo Cruz (OLIVEIRA, 2005: 74).

<sup>52</sup> “Em seu terreno achavam-se três pavilhões, dois completamente separados e construídos em dois pavimentos. O outro pavilhão fazia corpo com a casa das máquinas e era dividido em grandes armazéns com capacidade para acomodar quatrocentos doentes” (HOSPITAL..., 1908, p. 1).

<sup>53</sup> BRASIL. *Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro (Brasil). História e Estatística. Comemoração do Centenário da Independência Nacional*. Rio de Janeiro: Typographia do “Anuário do Brasil”, 1922b, p. 553.

<sup>54</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Esveraldino Olympio de Torres Bandeira*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1910, p. 7.

<sup>55</sup> A VARÍOLA. O novo hospital. *Gazeta de Notícias*, ano XXXIV, n. 200, 18 de julho de 1908, p. 4.



Justiça em troca de uma propriedade no Andaraí.<sup>56</sup> Há ainda informações de que a Marinha tenha renunciado ao imóvel da futura colônia em troca, especificamente, da eliminação da Colônia Conde de Mesquita da então chamada Ponta do Galeão, considerado um local estratégico para a instalação de sua Divisão Aérea (atual Base Aérea do Galeão) (CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). No ano de 1910, também se chegou a cogitar a utilização desse espaço para a internação de tuberculosos.<sup>57</sup>

O fato é que a antiga fábrica de porcelana, ao ter sido transformada em local de isolamento hospitalar no espaço urbano do subúrbio carioca, foi vista como um local oportuno para a instalação de determinados dispositivos médico-sanitaristas. Variolosos, beribéricos, tuberculosos, loucos, todos esses sujeitos estigmatizados pareciam ter um lugar discursivo e social no subúrbio da capital federal. Sobre esse fato vale a pena perceber o grau e alcance das relações entre doença e marginalização no campo da história social da medicina e da saúde. Nesta perspectiva, Huertas sublinha que “o leproso, o pestilento, o sífilítico, mas também o louco, o tuberculoso, o alcoólatra, o viciado em drogas, o enfermo de aids – com diagnóstico correto ou não – tornaram-se, em momentos históricos específicos, os grandes bodes expiatórios de uma sociedade e cultura que precisa se sentir ‘limpa’ e ‘disciplinada’” (HUERTAS, 2012: 44).

Em 1911, porém, essas instalações foram efetivamente entregues à Assistência a Alienados do Distrito Federal. Assim, graças a esses acordos interministeriais, a Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro surgiu como solução rápida e pouco custosa para a assistência psiquiátrica:

O Dr. Rivadávia Correia, ministro do interior, resolveu ontem uma das mais importantes questões que atraíam sua atenção, dentro da preocupação atual do governo, sem aumento de despesas. O ministério havia adquirido há dois anos, por ocasião da epidemia da varíola, que grassava de preferência nos subúrbios, um grande imóvel com vasto terreno à rua Maria Flora, no Engenho de Dentro, para nele montar um isolamento, que nunca foi levado avante.

Esse imóvel o Sr. Ministro do Interior havia cedido ao seu colega da pasta da Marinha, para uma instalação hospitalar; mas acaba de entrar em acordo com o almirante Marques de Leão, pondo à sua disposição o hospital Paula Candido para o serviço da Marinha e ficando com o do

---

<sup>56</sup> BRASIL. *Assistência Pública...*, 1922b, p. 544; OLIVEIRA, 2005: 49-50.

<sup>57</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Contra-Almirante Manoel Ignacio Belfort Vieira Ministro de Estado dos Negócios da Marinha em abril de 1912*. Rio de Janeiro: Imprensa Naval, Ilha das Cobras, 1912b, p. 25; DIRETORIA DA SAÚDE PÚBLICA. *Relatório*. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Esmeraldino Olympio de Torres Bandeira*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1910. Anexo S2-1, pp. 5-6.

Engenho de Dentro. Este ficou logo à disposição do Dr. Juliano Moreira, diretor do Hospital Nacional de Alienados, e nele será brevemente instalada uma colônia de mulheres alienadas, porquanto a lotação do hospital da Praia da Saudade já há muito se acha em grande excesso.

Das setecentas mulheres que ali se acham, mais de quatrocentas irão para a colônia do Engenho de Dentro, onde tratarão de horticultura, avicultura e outros pequenos trabalhos.<sup>58</sup>

Nos relatórios do MJNI de 1909 e 1919, quando se discutia a mudança das colônias da Ilha do Governador para outro lugar mais apropriado, era comentada a conveniência de se escolher um terreno dentro do Distrito Federal.<sup>59</sup> O diretor geral da Assistência Psiquiátrica, versando sobre o tema, ainda apontou que “se fosse no continente, com facilidade de comunicação, por meio de linha férrea, então muito lucraria o serviço com a aquisição”.<sup>60</sup>

Em um trabalho inaugural sobre o tema das colônias no Rio de Janeiro, Vaissman, Lima e Amarante chamaram a atenção para a importância de uma via de escoamento para as mercadorias no caso das colônias: “Se estavam fora do centro urbano por melhores condições econômicas, pelo mesmo motivo, pode-se inferir, devem se localizar próximas a uma boa via de escoamento, rápida e fácil, para as mercadorias ali produzidas” (VAISSMAN; LIMA; AMARANTE, 1978: 53).

Claper aponta que a facilidade de acesso rodoviário e ferroviário de modo a permitir a movimentação de pacientes (entre a instituição de agudos e a colônia), funcionários e visitantes era um dos critérios elencados internacionalmente para a implantação de colônias agrícolas. A autora observa, no entanto, que tal premissa não foi atendida no caso das colônias da capital federal (embora em sua análise a autora não considere a Colônia de Engenho de Dentro), onde “a escolha dessas áreas teria atendido antes a condicionantes políticos e econômicos” (CLAPER, 2020). As colônias deviam ainda ser instaladas “em área rural, distante de centros urbanos (...), ter área suficiente e solo de boa qualidade para o cultivo agrícola e para pecuária; facilidade de construção e ampliação; facilidade de cuidados sanitários; e entorno com natureza abundante e topografia agradável” (CLAPER, 2020: 175-176). Além desses pressupostos básicos, era necessário que essas apresentassem “atributos românticos: as pequenas unidades residenciais e institucionais com ar doméstico, um ambiente bucólico rural” (p. 148).

---

<sup>58</sup> O DR. RIVADÁVIA Correia. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXVII, n. 9729, 27 de maio de 1911, p. 2.

<sup>59</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1909; BRASIL. *Relatório...*, 1910.

<sup>60</sup> MOREIRA, Juliano. *Quais os melhores meios...*, p. 84.

Para compreendermos se a instalação da Colônia de Engenho de Dentro atendeu aos preceitos da época para implantação de colônias agrícolas, é necessário um entendimento prévio sobre a temática do subúrbio carioca.

A distância do HN até a colônia era de cerca de 20 km e dessa até a Estação de Trem de Engenho de Dentro, inaugurada em 1871, de 1,2 km. Para Maurício de Abreu, o ano de 1870 pode ser considerado um marco divisório na evolução urbana do Rio de Janeiro no século XIX, pois a partir deste momento bondes e trens passam a atuar sincronicamente na cidade (ABREU, 2013: 37). Citando Nicolau Sevckenko, que afirma que “a cidade era a senzala, o subúrbio, a casa-grande”, Lilia Schwarcz adverte que “se a urbe representava a vida selvagem, o subúrbio carregava a sofisticação e o afastamento da desordem da cidade” (SCHWARCZ, 2017b: 124).

Tratando dessa temática, Leonardo Santos destaca que “até o século XIX o subúrbio não tinha a conotação negativa que passará a ter no século XX. Até porque os subúrbios e arrabaldes eram a área de moradia de membros das classes ricas e médias da cidade, ali estabelecidos em suas chácaras, *chalets* e casarões”; e aponta que é com o parcelamento das terras para a construção de lotes residenciais que “a área passaria a ser ocupada por segmentos tidos como ‘populares’” (SANTOS, 2011: 259). O mercado imobiliário se instalou nessa região devido à expansão dos meios de transporte e, também, em razão do grande boom demográfico que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro na última década do século XIX, derivado, segundo o autor, “em grande medida do afluxo de imigrantes portugueses e de migrantes (ex-escravos principalmente) do interior da antiga província do Rio de Janeiro e de estados como Minas Gerais e Bahia”. Tomando como referência os números dos censos de 1911 e 1921, Santos verificou ainda que a população da zona suburbana (englobando os distritos rurais) cresceu 71% e a da zona urbana, 16%; tendo a população da primeira passado de 213.318 para 365.899 e a segunda de 708.669 para 822.523 (SANTOS, 2021: 4). Cumpre destacar que a divisão do município entre área urbana e suburbana foi oficializada mediante o decreto n. 1034-A, de 1º de setembro de 1892, que regulava o serviço policial no Distrito Federal. Dessa forma, “a cidade ficava dividida em vinte circunscrições urbanas e oito circunscrições suburbanas” (SANTOS, 2011: 258).

O autor afirma que, em meados da década de 1910, é possível que “a imagem do subúrbio como uma espécie de zona rural já não fosse aceita de forma tão naturalizada como na década anterior”, sendo sintomático disso o fato da prefeitura, em 1917, começar “a estruturar um projeto de zoneamento destinando uma área específica para os usos

rurais, diferenciando-a do próprio subúrbio” (SANTOS, 2011: 274). Entretanto, a presença de aspectos rurais era tomada “como fundamental na elaboração de uma leitura positiva, quase idílica, da região” (SANTOS, 2011: 260). Para Medeiros e Medeiros, a concepção romântica do subúrbio muda “com as reformas urbanas e o espírito de progresso e modernização que toma o Rio de Janeiro no início do século XX” (MEDEIROS; MEDEIROS, 2022: 162).

Pesquisando as representações sobre o subúrbio, na imprensa de bairro desta área, Elizabeth Cardoso verificou que, apesar de predominarem representações negativas, também é possível encontrar “representações positivas no início do século XX, em que a natureza e a tranquilidade são ressaltadas e contrapostas à vida agitada e ruidosa no ‘centro’”. A autora cita como exemplo a crônica “A vida nos subúrbios”, publicada em 16 de abril de 1902 pelo *Progresso Suburbano*, da qual extraímos o seguinte trecho:

É doce, bela e prazenteira, cheia de festas, risos e prazer a vida gozada no centro ruidoso de uma cidade populosa. (...) Quão diferente é a vida nos subúrbios! Longe do ruído ensurdecido que endoucece, gozando de um silêncio que deleita, sente-se na alma um prazer infindo. Sob a abóboda cérula de um céu sempre sereno gozando a brisa suave, que, mansamente, vemos e apreciamos as verdadeiras maravilhas da natureza.<sup>61</sup>

Versando sobre o papel das reformas urbanas operadas no início do século XX, Santos enuncia que parece indiscutível até hoje que elas “tenham mesmo atuado no sentido de conformar divisões geográficas de grandes implicações sociais e étnicas”, mas que não existe uma correspondência tão direta no caso específico da divisão da cidade em diferentes zonas (urbana, suburbana e rural), como vários trabalhos da historiografia sobre a cidade do Rio de Janeiro apontaram<sup>62</sup> (SANTOS, 2011: 258).

Contrapondo-se a esta visão que encara a reforma urbana de Pereira Passos (1904-1906) como um marco da formação de uma estrutura socioespacial rigidamente hierarquizada, André Nunes de Azevedo chama a atenção para o fato de que, ao contrário do que afirmou certa historiografia interessada “em denunciar a associação do grande capital privado com o Estado brasileiro no início do século XX” (p. 40), “a reforma Passos não buscou excluir a presença das camadas populares do centro, mas integrá-las de maneira conservadora, ou seja, estimulando a participação destas no centro urbano a partir de sua adesão a uma visão de mundo e, por conseguinte, comportamento burguês europeu” (AZEVEDO, 2003: 70). Ainda de acordo com Azevedo, “a visão de Pereira

---

<sup>61</sup> A VIDA nos subúrbios. *Progresso Suburbano*, ano I, n. 4, 16 de abril de 1902, p. 3.

<sup>62</sup> ABREU, 1988; BENCHIMOL, 1988; SEVCENKO, 1989; PEREIRA, 1998.

Passos não ficaria restrita a ações no centro urbano do Rio de Janeiro e na região sul da cidade. Passos ainda buscava interligar locais distintos da cidade fora do centro urbano, bem como bairros do subúrbio carioca” (p. 55).

A chegada da Colônia de Engenho de Dentro também parecia impulsionar essa modificação já em curso do sistema viário no subúrbio carioca. Em 23 de junho de 1911, Juliano Moreira escreveu para o ministro da Justiça e Negócios Interiores, pedindo para que fosse conseguido junto ao prefeito do Distrito Federal o calçamento da rua Emílio Carneiro, que ia da estação ferroviária, no Engenho de Dentro, à colônia de alienadas. Para corroborar o seu pedido, o diretor geral da Assistência comentava que a rua que marginava a estrada de ferro no Engenho de Dentro estava em vias de calçamento e que aquela colônia seria inaugurada em breve.<sup>63</sup>

A perspectiva exposta acima de Azevedo (2003), em certa medida, cabe para pensarmos, do ponto de vista socioespacial, a própria expansão da assistência psiquiátrica, neste momento, para os bairros de Engenho de Dentro e Jacarepaguá. Tratar-se-ia de uma reforma de integração conservadora dentro da assistência psiquiátrica do Distrito Federal; conservadora no sentido de que o estabelecimento da Praia Vermelha estava sempre em primeiro lugar como hospital urbano, moderno, o que seria conquistado, então, às custas de instituições complementares do tipo colonial, localizadas em áreas periféricas.

Como vimos com Claper (CLAPER, 2020: 148; 175-176), o pensamento médico exigia a colocação de colônias fora das cidades, em um ambiente rural, e o bairro populoso de Engenho de Dentro, localizado no subúrbio carioca, a rigor, já não obedecia, na época, a esse preceito da psiquiatria. A colônia feminina foi instalada ali em um contexto de importante transformação naquele local, responsável por afirmar o seu perfil urbano, ainda que muitas áreas fossem consideradas insalubres e com falta de serviços. No entanto, a continuidade de áreas deveras agrícolas em seus limites e, também, a proximidade com a linha férrea, provavelmente contribuíram para a decisão do estabelecimento da colônia feminina em Engenho de Dentro. De outra parte, o principal motivo que levou à escolha do imóvel em Engenho de Dentro para fundar essa instituição psiquiátrica parece ter sido, efetivamente, os acordos anteriormente referidos entre o Ministério da Marinha e o Ministério da Justiça e Negócios Interiores que envolveram trocas de terrenos (aspecto financeiro), o que permitiu que a inauguração da Colônia de

---

<sup>63</sup> Ofício nº 407, Is3 27, Arquivo Nacional; AO PREFEITO. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XI, n. 3.639, 5 de julho de 1911, p. 1.

Engenho de Dentro ocorresse, de imediato, juntamente com a reestruturação da Assistência a Alienados do Distrito Federal. Claper aponta que movimento semelhante ocorreu com a escolha das instalações dos beneditinos na Ilha do Governador para fundar as primeiras colônias agrícolas do Brasil no contexto da organização da então Assistência Médica Legal de Alienados (CLAPER, 2020: 154).

Ainda em relação à localização da Colônia de Engenho de Dentro, algumas reportagens de jornal indicam que a população da região era da opinião de que ela havia sido instalada em lugar inadequado. Segundo uma reportagem publicada na sessão “Notícias do subúrbio”, do *Jornal do Brasil* (15/01/1912), a colônia de alienadas deveria estar localizada em outro lugar, fora de um centro tão populoso como aquele em que ela se achava.<sup>64</sup> Provavelmente dando voz aos moradores locais, a matéria criticava, em especial, o fato de a instituição não ser cercada por altos e fortes muros, o que daria causa a constantes fugas de pacientes. Comentava-se que a explicação para a ausência dos muros – contenção física – giraria em torno da necessidade, conforme os modernos sistemas de tratamento da loucura, de produzir nas alienadas uma “ilusão de liberdade”. De todo modo, a localização dessa colônia de alienadas foi vista como um problema em função dos riscos que as loucas podiam representar para a população do entorno. A matéria deixa assim entrever as relações entre crime e loucura que, na visão de Foucault, tiveram um papel decisivo na elaboração da noção de periculosidade social, pois, como observa Huertas, para o filósofo francês, “não se tratava apenas de elucidar se determinados atos criminosos poderiam ter sido realizados por um indivíduo com a mente transtornada, mas, invertendo o raciocínio, se algum louco pudesse cometer um crime” (HUERTAS, 2012: 32-33). Huertas observa que tais relação emergem “como um dos fundamentos do poder psiquiátrico, não tanto em termos de verdade, mas em termos de defesa social” (p. 33).

Nesta perspectiva de “defesa social”, a “periferia” reagia aos usos que o “centro” fazia dela:

O edifício ou antes o agrupado de pavilhões que constitui a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro é simplesmente defendido da rua por uns fios de arames farpados presos em estacas, o que não é justo e nem se tolera em tratando-se de loucos que, embora sendo dos melhores, são,

---

<sup>64</sup> Entre 1908 e 1909, nas páginas do jornal *A Imprensa* teve lugar uma contenda entre os médicos Ramiro Magalhães e Primo Teixeira a respeito da suposta má escolha tanto da localidade como do prédio para a instalação do Hospital de Engenho de Dentro. Primo destacava que as modernas concepções de higiene, pautadas na assepsia, desobrigavam o afastamento dos hospitais em relação às aglomerações urbanas. Já Magalhães destacava a carência de assistência no subúrbio e defendia a criação de um hospital geral na região.

em todo caso, inconscientes. Disseram-nos que o estabelecimento não é cercado por alto e forte muro para que as infelizes não se persuadam de que estão reclusas, seguindo desta forma os modernos sistemas da cura da loucura ao ar livre e em plena liberdade. É possível que assim seja, mas não resta dúvida que algumas destas pobres mulheres já têm por vezes se evadido e os moradores das redondezas do edifício têm ficado em sobressaltos, se bem que até hoje não tenham elas nestas fugas agredido ou causado danos a ninguém. O que é certo é que um estabelecimento como a Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro deveria estar em outra zona, fora de um centro tão populoso como é aquele em que ele se acha.<sup>65</sup>

Era desaprovado o fato de o terreno que pertencia à colônia estivesse descuidado, e, nesse sentido, se considerava a possibilidade de se organizar ali um jardim e se cultivar árvores frutíferas e uma pequena lavoura, “mesmo porque dava cumprimento ao título do asilo que é Colônia”. Reclamava-se, portanto, que a colônia não tinha aspecto de colônia, mas, segundo Cardoso, na verdade, era o subúrbio carioca que “carecia de referências próprias de subúrbio,<sup>66</sup> pois, em realidade, já não o era mais”, por seu grau de ocupação e relações constantes com o centro (CARDOSO, 2014).

Em contrapartida, elogiavam-se as edificações da instituição e ainda a gestão do médico Braule Pinto. Nesse ponto, o artigo citava uma reclamação bastante recorrente do pessoal da colônia a respeito de furtos ocorridos na instituição:

Notamos, depois, à vista das verbas consignadas à Colônia, que o que existe representa, na realidade, um grande esforço e, sobretudo, uma perseverante vigilância porque não é fato raro uma invasão da Colônia pelos gatunos que infestam aquela zona, quase despolicida.<sup>67</sup>

Sobre a terapêutica da instituição, afirmava que a colônia tinha banhos frios, quentes e de chuveiro, mas não possuía o mais necessário, que seriam as duchas. Essa reportagem apresentava sob um ponto de vista positivo as construções da colônia, visão que, como veremos adiante, não era compartilhada pelo primeiro diretor da instituição:

---

<sup>65</sup> NOTÍCIAS DOS SUBÚRBIOS (...), 1912, p. 7.

<sup>66</sup> Segundo Fernandes (2010), o conceito de subúrbio sofreu, no início do século XX, no Rio de Janeiro, um “rpto ideológico”. Tal expressão foi cunhada por Lefebvre em 1978 para descrever mudanças bruscas e drásticas no significado de categorias (p. 12). De acordo com esse autor, a partir do século XX, o subúrbio deixaria de ser apreendido por seu sentido tradicional para designar, especificamente, bairros ferroviários e populares da área urbana do território municipal (p. 9), e, de modo paradoxal, quanto mais esses bairros, situados, geograficamente, nos setores norte e oeste da cidade, se urbanizavam, mais eram representados pela toponímia subúrbio (p. 8). Segundo Fernandes, o conceito carioca de subúrbio é descendente de uma tradição essencialista e desvalorizadora que, além de destituir seu sentido geográfico original e geral, oculta sua rica polissemia. Assim, a posição periférica e extramuros dá lugar a uma representação da distância política, social e cultural (p. 12). Consoante esse autor, a produção do conceito carioca de subúrbio, no contexto da Primeira República, tinha a função de “reafirmar e colocar certos lugares e grupos sociais para fora da cidade” (p. 15).

<sup>67</sup> NOTÍCIAS DOS SUBÚRBIOS (...), 1912, p. 7.

Os pavilhões em número de cinco, de que se compõe a Colônia, são ladrilhados de mosaico, caprichosamente feito com as melhores das nossas madeiras.

A Secretaria, que fica no segundo pavilhão, está a cargo das senhoritas Leopoldina Pinto e Thyra de Suckow, 1ª e 2ª escriturárias.

A cozinha está instalada no pavilhão à esquerda de quem entra, no adro principal e é o que há de mais moderno em higiene e asseio. Toda ventilada, assoalhada e guarneada de mosaico de azulejos, tem no centro de amplo salão um fogão enorme (...).

Quem entra neste pavilhão para ir à cozinha logo antes desta, passa por um amplíssimo salão muito alvo, de guarnições de mosaico de azulejos, tendo no centro duas grandes mesas. É esse salão o refeitório e, quando nele penetramos, logo vimos à direita e no alto da parede, em nítido e bem-feito bastardo grosso, o seguinte aviso: *Silêncio é ordem na ocasião das refeições.*<sup>68</sup>

Cabe ressaltar que a questão da falta de muros na instituição, central nessa reportagem do *Jornal do Brasil* de 1912, se fez presente também durante a gestão de Gustavo Riedel, noticiada, em geral, de forma bastante positiva nos jornais de grande circulação da época, inclusive, em comparação à gestão anterior e ao próprio Hospital Nacional.<sup>69</sup> Em 10 de setembro de 1927, uma reportagem do jornal *A Rua*, intitulada “Pobres loucas! A Colônia de Alienados do Engenho de Dentro – Apelo ao Governo”, mostrava que o entorno da colônia – a rua – seguia se incomodando com o “espetáculo” das loucas e demandando a construção de um muro:

As infelizes ali recolhidas, oferecem, aos olhos dos transeuntes, um espetáculo contristador, um quadro de miséria, atestando um grande desleixo, um condenável descuido e um grande relaxamento!

Quem passa na rua vê as infelizes loucas sujas, maltrapilhas, vagando descalças pelo pátio, sem o menor carinho, sem a menor atenção dos dirigentes.

Todo o hospital é cercado “à lá diable”. Em vez de fazerem um muro, fizeram uma “cerca de folhagens”!

Do lado da rua 2 de Fevereiro, entre as ruas Pernambuco e Bernardo, é um horror.

A garotada fez um grande rombo na cerca e o seu prazer é incitar a cólera às infelizes que passeiam pelo pátio.

Elas no auge da raiva fazem coisas indescritíveis para gozo de crianças mal-educadas.

As famílias residentes nas vizinhanças nestes momentos nem sequer podem chegar à janela.

Há também quem afirme que a alimentação é péssima e insuficiente.

Desgraçadas loucas!

Muito justo seria que não se procurassem fazer da Colônia uma fonte de rendas, pois ao que sabemos ainda há pouco tempo, o diretor remeteu para o Tesoureiro uma quantia bem regular.

---

<sup>68</sup> *Idem.*

<sup>69</sup> O RIO e a assistência aos alienados. *O Brasil*, Rio de Janeiro, ano VI, n. 1840, 19 de junho de 1927, p. 1.



Justo era quanto antes se providenciasse para a construção de um muro, ao menos no trecho a que nos referimos para acabar com o “divertimento” dos rapazes mal-educados ou vagabundos.<sup>70</sup>

É interessante notar que o jornal *A Rua* se opunha ao fato de a colônia ser uma fonte de renda. Como veremos adiante, os produtos fabricados pelas internas da Colônia de Engenho de Dentro não se destinavam ao uso exclusivamente institucional. Assim, o sentimento relevado na reportagem poderia estar relacionado ao que as pesquisadoras Oonagh Walsh (2016: 302; 308) e Monika Ankele (2016: 238; 242-244) encontraram em suas pesquisas sobre o Asilo de Lunáticos do Distrito de Connaught em Ballinasloe (Irlanda), durante o final do século XIX, e o hospital psiquiátrico Hamburg-Langenhorn (Alemanha), durante a República de Weimar, respectivamente: a preocupação com uma concorrência por parte da produção que utilizava como mão-de-obra pacientes em um contexto de desemprego.

Contudo, não era só o entorno que se incomodava com a colônia de alienadas, o próprio diretor e, também, funcionários da instituição tinham suas ressalvas em relação à localização da colônia em uma região urbanizada, marcada por um importante comércio. Em 28 de abril de 1913, Juliano Moreira escrevia para o ministro da Justiça e Negócios Interiores encaminhando o pedido do diretor Braule Pinto para ser negada a licença a um estabelecimento comercial nas proximidades da Colônia de Engenho de Dentro:

Atendendo ao que me representou o Diretor da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, contra a instalação que se pretende fazer de uma venda ou botequim na esquina das ruas Maria Flora e Luiz Carneiro, negócio esse por sua natureza impróprio para funcionar em frente aquele estabelecimento pelas consequências prejudiciais que de tal fato advirão, peço vos digneis de intervir junto ao Sr. Prefeito do Distrito Federal no sentido de ser negada ou cassada a licença municipal para a dita venda ou botequim, o que de bom aviso será conveniente tornar-se extensivo a outras ruas nas proximidades da mencionada Colônia.<sup>71</sup>

Em 24 de outubro de 1913, o proprietário do prédio n. 157 da Rua Luiz Carneiro pediu ao ministro da Justiça para que cessasse qualquer impedimento para a concessão da licença para a instalação naquele local, em prédio de sua propriedade, de um armazém de secos e molhados. No entanto, o ministério julgou que, tendo em vista os inconvenientes apontados pelo diretor da colônia, não havia o que deferir.<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup> POBRES loucas! A Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Apelo ao governo. *A Rua*, ano XV, n. 286, 10 de setembro de 1927, p. 6.

<sup>71</sup> Ofício n. 388, de 28/04/1913, de Juliano Moreira para o ministro da JNI. Is3 20, Arquivo Nacional.

<sup>72</sup> Resposta ao Ofício n. 388. Is3 20, Arquivo Nacional.

Além das obras de adaptação e instalação da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, Braule Pinto se encarregou também da recepção das primeiras levas de pacientes transferidas do HN. Em 1911, 334 pacientes foram transferidas desse estabelecimento para a Colônia de Engenho de Dentro. Essas pacientes chegaram à instituição em oito grandes levas ou turmas, como eram chamadas, nos dias 31 de agosto, 2, 5 e 6 de setembro, 7, 19 e 26 de outubro e 30 de dezembro de 1911. A mudança dessas pacientes para a colônia foi objeto de uma charge publicada na revista *O Malho* de 9 de setembro de 1911. O que se procurava dizer sobre tal acontecimento histórico com esse texto humorístico?

Figura I – Charge de *O Malho* sobre a transferência para a Colônia de Engenho de Dentro de cinquenta alienadas



Fonte: NÃO SÃO TODOS OS QUE ESTÃO... *O Malho*, Rio de Janeiro, ano X, n. 469, 9 de setembro de 1911, p. 49.

Na verdade, essa charge condensava dois acontecimentos que haviam tido lugar no ano de 1911 no Rio de Janeiro: a transferência de cinquenta pacientes do hospício para a nova Colônia de Engenho de Dentro e os ataques violentos feitos pelo deputado federal Irineu de Melo Machado<sup>73</sup> (1872-1942) contra o primeiro magistrado da nação durante as sessões da Câmara dos Deputados. Vale perceber que a charge ridiculizava não apenas o político em questão, mas a própria situação da Assistência a Alienados do Distrito

<sup>73</sup> Irineu de Melo Machado foi um professor, advogado e político brasileiro, formado pela Faculdade de Direito do Recife em 1892. Foi, ainda, senador pelo Distrito Federal por dois mandatos (1917-1924 e 1927-1930), além de deputado federal (1897-1916). Ver IRINEU MACHADO, 2022.

Federal, com a superlotação do HN e a necessidade de transferir para a instituição de Engenho de Dentro parte do excesso de pacientes desse hospital.

Com o título, “não são todos que estão; não estão todos os que são....”, a charge procurava enfatizar que nem todos os loucos estavam dentro do manicômio. Já no diálogo afirmava-se que os pacientes do hospício, no momento da mudança, chamaram por Irineu, dizendo ser o político um dos deles. Chamados de “doudos”,<sup>74</sup> os pacientes são representados de forma caricata, e, também, tidos como violentos, a tomar como exemplo o próprio deputado federal. No desenho, é possível ver as pacientes saindo do HN em direção a uma carroça.<sup>75</sup> Três delas estão já na carruagem, uma, inclusive, sentada no teto do carro. No canto esquerdo da charge, há um homem e uma “trouxa de roupa” no chão. Ao que tudo indica, esse seria o Irineu, o homem que não devia ser deixado para trás nessa mudança. A charge<sup>76</sup> revela os sentimentos de zombaria, desprezo, estigma e exclusão diante da loucura, presentes no imaginário social e cultural da época.

### **1.3. A adaptação e a instalação da Colônia de Engenho de Dentro**

Fundada através da reforma formalizada pelo decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911, a Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro teve como seu primeiro diretor o médico Simplício de Lemos Braule Pinto, que empreendeu logo de início uma constante adaptação dos edifícios aos novos usos. Na mesma data do referido decreto, o médico amazonense foi nomeado diretor dessa colônia,<sup>77</sup> tomando posse do cargo e entrando em exercício em 25 de julho. Neste dia também tomaram posse e entraram em exercício de seus respectivos cargos o administrador Octávio Augusto Ahrends, a farmacêutica Maria da Conceição de Sampaio Fernandes, a 1ª escriturária Leopoldina Pinto e a 2ª escriturária Thyra de Suckow.<sup>78</sup>

---

<sup>74</sup> A Colônia de Engenho de Dentro era, em geral, referenciada como colônia de alienados, no gênero masculino, apesar de sua população ser exclusivamente feminina. Optamos, nesta pesquisa, por utilizar o gênero feminino (alienadas).

<sup>75</sup> O transporte das pacientes, nesse período, era realizado mediante aluguel de carro bagageiro. Uma dessas locações foi feita junto à Companhia Ferro Carril do Jardim Botânico pelo valor de 100\$000 réis (12.300 reais), conforme consta numa nota fiscal dessa empresa de 4 de junho de 1912 (Localização: 5F 385, Arquivo Nacional). A partir do relatório de 1924, do próximo diretor, o médico Gustavo Riedel, sabe-se que a colônia tinha, então, um carro privativo. Uma fonte datada de fins de 1930 informa que existia, inclusive, nesse período, um serviço de transporte de doentes e de condução do pessoal administrativo e médico entre a estação local da via férrea e o edifício da colônia (Ofício n. 3.555, de 03/12/1930, da Diretoria de Contabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, destinado ao diretor da Colônia de Psychopathas Mulheres. Localização: 5G 52, Arquivo Nacional).

<sup>76</sup> Para saber mais sobre o papel da charge, ver MIANI, 2012.

<sup>77</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1912a, p. 64.

<sup>78</sup> Relatório do diretor Braule Pinto de 15/02/1912. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. Is3 20, Arquivo Nacional.

Um mês antes da nomeação de Braule Pinto como diretor, Juliano Moreira escreveu para o ministro da Justiça e Negócios Interiores, acusando ter recebido da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) o imóvel onde seria instalada a colônia feminina e indicando o nome do médico para diretor da futura instituição:

Tendo recebido da Diretoria Geral de Saúde Pública o próprio nacional situado em Engenho de Dentro, agora destinado à fundação de uma Colônia para mulheres alienadas, peço permissão para propor como Diretor em comissão desse novo Estabelecimento o alienista deste Hospício Dr. Simplício de Lemos Braule Pinto.<sup>79</sup>

Simplício de Lemos Braule Pinto nasceu em Tefé, no Amazonas, em 2 de março de 1865, e faleceu, aos 53 anos, no Rio de Janeiro, em 18 de setembro de 1918. Casou-se em 1899 com Jardelina de Andrade Teixeira Braule Pinto, e teve duas filhas, Ruth e Nair Braule Pinto. Braule Pinto era filho do maranhense José Justiniano Braule Pinto, radicado em Manaus, que foi capitão da Guarda Nacional, inspetor aposentado do Tesouro Provincial e juiz de paz, vereador e deputado provincial, e de Carolina de Lemos Braule Pinto. Seu pai, nos últimos anos de sua vida, militou nas fileiras do Partido Liberal. José Justiniano Braule Pinto morreu em 11 de dezembro de 1886, deixando, segundo o jornal *Amazonas*, a viúva e seus filhos na pobreza.<sup>80</sup> O médico, como seu pai, era fortemente ligado às associações católicas e defendeu ideias abolicionistas. Pai e filho eram membros da Sociedade Beneficente de São Vicente de Paula. O médico foi sócio fundador da Mutualidade Vitalícia dos Estados Unidos do Brasil, instituição católica de pensões vitalícias. Foi também o primeiro secretário de uma sociedade abolicionista chamada “Cruzada de Libertação”. Em 1884, no jornal *Amazonas*, publicou uma petição, convidando todas as sociedades abolicionistas, famílias e pessoas interessadas na abolição da escravatura a participarem da sessão solene de instalação daquela sociedade em 11 de maio daquele ano.<sup>81</sup>

Braule Pinto formou-se na Escola Normal, em Manaus, e, no início de 1886, chegou ao Rio de Janeiro, onde se matriculou na Faculdade de Medicina da capital federal. Durante seu curso recebeu apoio, por meio de bolsas de estudo, da Província do Amazonas.<sup>82</sup> No final de 1891, concluiu os estudos, defendendo, no início do ano seguinte, sua tese inaugural, intitulada “Da alucinação psicomotora verbal”. Entre 1888 e 1893, foi interno de clínica no hospício da Praia Vermelha, onde também residia. De 1894

---

<sup>79</sup> Ofício n. 373. Is3 27, Arquivo Nacional.

<sup>80</sup> BRAULE Pinto. *Jornal do Amazonas*, ano XII, n. 1.310, p. 9.

<sup>81</sup> CONVITE Cruzada Libertadora. *Amazonas*, ano XVIII, n. 1013, 09 de maio de 1884, p. 3.

<sup>82</sup> RELATÓRIO da Província do Amazonas, 10 de janeiro de 1888, Manaus, pp. 101, 104.

a 1895, foi médico do Asilo de Observação de Alienados do Hospital São João Baptista, em Niterói. Braule Pinto também integrou a comissão médica que, em 1890, atuou no combate à epidemia de febre amarela em Campinas (São Paulo). Desde o final da década de 1890, mantinha consultório particular de tratamento de doenças nervosas na cidade do Rio de Janeiro.

Em 1895, foi aprovado no concurso para médico do HN, e, em março desse mesmo ano, foi nomeado médico das colônias de alienados da Ilha do Governador. Nessa época, o serviço das colônias era composto pelo diretor Domingos Lopes da Silva Araújo e pelo escriturário e depois almoxarife e administrador João Henriques de Lima Barreto,<sup>83</sup> pai do escritor Lima Barreto. Braule Pinto é referido na historiografia como médico desse administrador e de seu filho, o famoso escritor carioca Lima Barreto (1881-1922)<sup>84</sup> (SCHWARCZ, 2017a). João Henriques havia sido diagnosticado com neurastenia cerebral pelos médicos Teixeira Brandão e Braule Pinto.<sup>85</sup>

De junho de 1908 a janeiro de 1909, devido, primeiro, à licença e, depois, ao falecimento do médico Domingos Lopes da Silva Araújo, Braule Pinto assumiu interinamente a direção das Colônias da Ilha do Governador.<sup>86</sup> No relatório de 1909 dessas colônias, seu novo diretor, o médico João Augusto Rodrigues Caldas (1856-1926), apontava a transferência de Braule Pinto em outubro de 1909 para o estabelecimento da Praia Vermelha, “que durante 14 anos, seja no cargo de médico-alienista, seja no de diretor, que exerceu interinamente por mais de uma vez, prestou às Colônias serviços consideráveis, com a mais louvável assiduidade e competência (...)”.<sup>87</sup>

Entre 1910 e 1911, como médico do hospício, desempenhou um papel ativo na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, realizando as seguintes comunicações: “Sobre um doente débil mental, com síndrome histeroide”; “Um caso de miopatia mielopática do tipo Aran-Duchenne”; “Sobre uma notável remissão no curso da paralisia geral progressiva”, e outras duas apresentações denominadas “Um caso de

---

<sup>83</sup> Para saber mais sobre a história de João Henriques, ver ENGEL, 2021.

<sup>84</sup> Lima Barreto esteve internado no Hospício Nacional de Alienados em 1914 e 1919, tendo, em especial, nas obras *Diário do Hospício* (1920), *O Cemitério dos Vivos* (1921) e *Diário Íntimo*, testemunhado sobre sua experiência manicomial. Para saber mais, ver HIDALGO, 2008; BARROS, 2016; SCHWARCZ, 2017a, 2017b, 2019; ENGEL, 2021.

<sup>85</sup> BARRETO, Lima. *Correspondência. Tomo I. Obras de Lima Barreto*. Organizadas sob a direção de Francisco de Assis Barbosa, com a colaboração de Antônio Houaiss e M. Cavalcanti Proença. São Paulo: Editora Brasiliense, 1956, p. 42.

<sup>86</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Augusto Tavares de Lyra em março de 1908. Vol. I. Justiça, Interior e Contabilidade*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1908, p. 131; BRASIL. *Relatório...*, 1909.

<sup>87</sup> Ofício n. 753, de 24/10/1910, Is3 27, Arquivo Nacional.

paralisia geral juvenil”. Em todas essas comunicações realizadas naquela sociedade, e a exemplo do que faziam outros médicos, Braule Pinto se valeu da apresentação do paciente. Importa ressaltar, também, que tais trabalhos foram publicados nos *Arquivos Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal* de 1912. Braule Pinto foi um dos fundadores, sócio efetivo e membro da seção de psiquiatria da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal,<sup>88</sup> fundada em 1907 no Rio de Janeiro. Também foi um dos fundadores da Sociedade de Jurisprudência Médica e Antropologia.<sup>89</sup>

O médico amazonense, como vimos, atuou desde 1895 na Assistência a Alienados do Distrito Federal. Sua grande experiência como alienista nas colônias masculinas, e os quase dois anos como diretor dessas colônias, concorreram certamente para a indicação de seu nome por parte de Juliano Moreira para o cargo de primeiro diretor da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, e a sua consequente nomeação pelo MNJI. Braule Pinto permaneceu na direção dessa instituição até a sua morte, em 18 de setembro de 1918.

O debate sobre o papel das colônias nos relatórios e documentos ministeriais, no início do século XX, foi crucial para a criação de uma colônia direcionada às mulheres, a Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro. A ferrenha defesa do modelo das colônias de assistência aos doentes mentais por parte de Juliano Moreira e a acalorada discussão sobre a necessidade de reforma e, posteriormente, de transferência das colônias da Ilha do Governador para outra localidade levaram o tema das colônias ao seu auge no início da década de 1910, no Rio de Janeiro. Mas não só isso: para além da circulação de ideias e pensamentos, as denúncias envolvendo o hospício e as colônias masculinas e toda essa discussão em torno da importância do modelo colonial permitiram a captação e distribuição de recursos no âmbito da Assistência a Alienados do Distrito Federal. É necessário lembrar que a verba para as despesas com a mudança das colônias masculinas e com a adaptação e a instalação destas e, também, da colônia feminina era uma só. A colônia feminina surgiu, assim, nesse contexto mais geral de reorganização dessa assistência.

Em 26 de julho de 1911, Juliano Moreira pediu ao ministro da Justiça e Negócios Interiores autorização para mandar executar obras de adaptação no edifício da colônia de

---

<sup>88</sup> Segundo Ede Cerqueira, “a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal foi a primeira sociedade médica brasileira a buscar a especialização da ‘medicina mental’, colocando em debate questões científicas e assistenciais que estruturaram o que passou a ser chamado de psiquiatria, em diálogo com uma medicina legal constituída anteriormente e com a especialização dos ‘estudos das doenças nervosas’ que viria a se transformar em neurologia” (CERQUEIRA, 2014: 171).

<sup>89</sup> SBNPML. Atas das sessões de 4 de abril de 1918 a 19 de setembro de 1918. *Arquivos Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano XIV, 2º sem. 1918, p. 255.

mulheres alienadas e para realizar a aquisição de utensílios, objetos de expediente etc., correndo a despesa por conta do crédito que seria aberto:

Estando em via de organização a Colônia de Alienadas, a que se refere o art. 2º do regulamento da Assistência a Alienados anexo ao decreto n. 8.834, de 11 de julho corrente, peço-vos a necessária autorização para desde já mandar executar os trabalhos preliminares da instalação da dita colônia, como sejam obras de adaptação, aquisição de utensílios, objetos de expediente, limpeza e conservação do edifício etc., correndo as respectivas despesas por conta do crédito que, oportunamente, será aberto para esse fim.<sup>90</sup>

Assim, por ordem do ministro Rivadávia Corrêa, no crédito extraordinário de 138:187\$077 aberto pelo decreto n. 8.956, de 6 de setembro de 1911, para aumento de despesa com a reorganização da Assistência a Alienados, foi incluída “a quantia de 100\$000 para ocorrer às despesas com a mudança da Colônia de Alienados da Ilha do Governador para a Invernada dos Afonsos, adaptação e instalação desta e da de Alienadas no Engenho de Dentro, e construção de pavilhões”.<sup>91</sup>

O político gaúcho esclareceu que, ao escolher o imóvel para a instalação da colônia feminina, levou em consideração o aspecto financeiro. Sua ideia era utilizar as instalações próprias do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Assim, pelo decreto n. 8.956, abriu o crédito de cem contos de réis para adaptação e instalação da Colônia de Engenho de Dentro:

Deste crédito despendeu-se apenas a quantia de 9:958\$478 e com ela e alguns auxílios representados em móveis e utensílios cedidos pelo próprio Hospício Nacional, foi possível remover e instalar naquela colônia cerca de 300 doentes, o que deu ao Hospício, na parte destinada à seção feminina, um grande desafogo, permitindo que em relação a elas já se possam prodigalizar todos os cuidados aconselhados pela sua triste situação.

A quem visitar hoje o Hospital Nacional de Alienados não escapará o melhor estado em que se encontra a seção feminina, resultante da grande diminuição que se deu no número das doentes ali recolhidas. A instalação da colônia do Engenho de Dentro, ainda que não esteja completa, pois que faltam ainda novos pavilhões com capacidade para mais 600 doentes, o que está em via de execução, já foi um grande bem não só para as pobres insanas recolhidas ao Hospital, que assim podem ser atendidas devidamente, como para as que foram removidas para a Colônia, que terão um elemento a mais para o seu tratamento e provável cura.<sup>92</sup>

---

<sup>90</sup> Ofício n. 472. IJ2, Arquivo Nacional.

<sup>91</sup> IJ2, Arquivo Nacional.

<sup>92</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1912a, p. xxxvi.

Entretanto, posteriormente, através do Art. 3º da lei n. 2.544, de 4 de janeiro de 1912, que fixava a despesa geral da república dos Estados Unidos do Brasil para o exercício de 1912, o governo ficava autorizado a revigorar o crédito aberto pelo decreto n. 8.956, por este não ter sido utilizado no exercício de 1911:

p) a revigorar, por não ter sido utilizado no exercício de 1911, o crédito de 100:000\$ aberto pelo decreto n. 8.956 de 6 de setembro de 1911, “para ocorrer às despesas com a mudança da Colônia de Alienados da Ilha do Governador para a Invernada dos Afonsos, adaptação e instalação dessa e da de alienados, no Engenho de Dentro, e construção de pavilhões.”<sup>93</sup>

Entre 1911 e 1912, Braule Pinto escreveu para a Diretoria da Contabilidade da Secretaria de Estado da Justiça e Negócios Interiores, justificando o excesso de despesas em várias consignações. Em 16 de outubro de 1911, por exemplo, ele justificava o excesso de despesa na consignação “Fazendas, calçados etc.”. O médico afirmava que, sem esse gasto, as pacientes da instituição teriam ficado nuas:

Enviando-vos para os devidos fins, as inclusas duas vias das contas e da relação nominal dos diversos fornecedores desta Colônia, cabe-me justificar o excesso de despesa feita na consignação “Fazendas, calçados etc.” da quantia de 1:954\$776, devido à urgente necessidade e natural moralidade de vestir as doentes que inutilizaram, em menos de 8 dias, todo o estoque de roupa que lhes havia sido fornecida pelo Hospital.

Sendo essa despesa de tal natureza que qualquer espera importaria em nudez das pacientes, julguei que me seria levada na devida consideração a providência tomada, tanto mais quanto vos garanto que no corrente mês não será ultrapassada a quota respectiva.<sup>94</sup>

Já em um ofício enviado no dia 28 de fevereiro de 1912, o diretor da colônia buscava justificar o excesso de despesa verificado em seis consignações. Em sua defesa, o médico alegava que, na situação de emergência em que se achava aquele estabelecimento em via de organização, seu procedimento não poderia ser outro. Braule Pinto apontava que as camas velhas encontradas no estabelecimento, bem como as camas e os colchões de capim do tempo do Hospício de Pedro II doados para a instituição de Engenho de Dentro, estavam deteriorados. Assim, havia sido necessário adquirir novos móveis para dormir. Sobre o excesso na consignação orçamentária “Aquisição e consertos de móveis e utensílios”, apontou ainda:

Não sendo possível que as doentes dormissem no pavimento de cimento, fiz aquisição dos colchões necessários e de 66 camas de ferro, das quais me foi, por ora, apresentada a conta de 33 a qual acompanha

---

<sup>93</sup> BRASIL. Lei nº 2.544, de 4 de janeiro de 1912c. Fixa a despesa geral da República dos Estados Unidos do Brasil para o exercício de 1912.

<sup>94</sup> Ofício n. 47, de 16/10/1911, 5F 385, Arquivo Nacional.



a inclusa relação. Ainda nesta mesma consignação fui obrigado a comprar 2 armários, um para a cirurgia, cujos instrumentos não podiam continuar expostos ao tempo, e o outro para arquivo da Secretaria, cujos documentos era necessário guardar.<sup>95</sup>

Ao justificar o excesso na consignação “Alimentação”, o diretor comentou ter restringido durante muitos dias a ração comum,<sup>96</sup> o que precisou ser interrompido após ter sido verificado não ser suficiente a alimentação, pois o fornecimento restrito de alimentos na instituição representava um maior risco de fome e desnutrição entre as pacientes. Segundo ele, o déficit anual no valor de 89:694\$156 réis (R\$ 11.032.381,19),<sup>97</sup> nessa consignação, era inevitável:

Na consignação “Alimentação” verifica-se um aumento de 310\$398, que será o mínimo do excesso mensal durante todo o exercício, porque custando a ração diária para cada doente 627 rs. e sendo o número delas 300 multiplicado pelos 366 dias do exercido perfaz a importância de 68:844\$600; sendo 56 o número de empregados e 786 rs. o valor de sua ração diária encontra-se para o exercício 16:109\$856 rs.; sendo o valor mínimo da dieta diária distribuída na enfermaria de moléstias intercorrentes de 12\$950 rs., acha-se para os 366 dias do exercício a importância de 4:739\$700, o que, somado com as quantias precedentes, perfaz a importância de 89:694\$156, que dividido pelos 12 meses, dá a quota de 7:474\$513 rs., o que daria para o mês de janeiro 808\$847 rs., o que não se verificou por eu ter tido a cautela de restringir em muitos dias a ração comum, não sendo possível continuar por haver verificado não ser então suficiente a alimentação. É, portanto, inevitável o déficit anual de 9:694\$158.<sup>98</sup>

O empobrecimento da dieta das doentes em função da restrição de verbas poderia resultar no declínio da saúde das internas e ser também causa de resistência por parte das pacientes. Um forte indício disso pode ser encontrado já na gestão do médico Gustavo Riedel, quando, em 2 de janeiro de 1925, quatro internas escreveram uma carta para o diretor interino da colônia, o Dr. Plínio Olinto. Nela, as pacientes, que eram menores de idade, pediam para o médico soltar as pacientes nessa condição da colônia, que era por elas chamada de prisão, e destacavam que era difícil comer a comida servida na instituição.<sup>99</sup>

---

<sup>95</sup> Ofício n. 146, de 28/02/1912, 5F 385, Arquivo Nacional.

<sup>96</sup> Os valores das dietas das pacientes comuns, das internadas na enfermaria e dos funcionários da instituição seriam os seguintes, respectivamente: 627; 12\$950; 786 réis (77,12; 1.592,85 e 96,67 reais).

<sup>97</sup> No livro *1808*, Laurentino Gomes apresenta uma tabela de conversão de réis em reais, baseando-se em outros autores e levando em consideração os valores da inflação. Cabe lembrar que a conversão, mesmo próxima, não é exata. O valor aproximado é o seguinte: 1 Real (Réis) – R\$ 0,123; 1 Mirréis (Mil réis) – R\$ 123,00 e 1 Conto de Réis (Mil mirréis) – R\$ 123.000,00. Ver GOMES, 2007.

<sup>98</sup> Ofício n. 146, de 28/02/1912, 5F 385, Arquivo Nacional.

<sup>99</sup> N. 1.886, Livro 15 de Observação.

Voltando ao ofício produzido e encaminhado por Braule Pinto em 28 de fevereiro de 1912, um dos motivos do excesso na consignação “Fumos, artigos para fumar etc.”, segundo o diretor, foi a compra “de maior quantidade de fumo desfiado para a confecção de cigarros neste estabelecimento, dando assim às alienadas mais um meio de ocupação”. Na consignação “Aquisição e conserto do material para a oficina” o médico citou a despesa com a compra de três máquinas de costura para as alienadas e com o reparo contínuo daquelas que por elas eram inutilizadas.<sup>100</sup> As despesas do mês de janeiro de 1912 excederam os duodécimos ainda nas consignações de “Fazenda, calçado etc.” e “Instrumentos de lavoura, ferragens etc.”. A soma das despesas da Colônia de Engenho de Dentro em janeiro de 1912 foi de 14:613\$217 (R\$ 1.797.425,69).<sup>101</sup>

Em 13 de março de 1912, R. Barboza, da 1ª seção da contabilidade, tratando do ofício acima do diretor da colônia, observava que, sendo a consignação total para “aquisição e consertos de móveis e utensílios” de 2:500\$000 [R\$ 307.500,00], o diretor Braule Pinto “despendeu, só em janeiro, 2:794\$000 [R\$ 343.662,00], pela necessidade de substituir todas as camas e colchões procedentes do Hospício por imprestáveis, e de comprar dois armários, um para o arsenal cirúrgico, outro para o arquivo da secretária”. Apesar de julgar que as despesas eram justificadas, mesmo porque nem todas podiam estar restritas a duodécimos, R. Barboza apontava que não compreendia o fato de o diretor despender, sem prévia autorização do ministro, “de uma só vez, mais que o total de uma consignação para todo o ano”, e concluía dizendo que julgava que “as contas podiam ser processadas com pagamentos, com exclusão da A. J. Pereira de Barbedo, por insuficiência da dotação orçamentária, para ‘aquisição de móveis etc.’”. Abaixo aparecia a seguinte anotação: “convém chamar a atenção do diretor da colônia para a irregularidade apontada na informação, Rivadávia, 15 de março de 1912”.<sup>102</sup> Braule Pinto foi, portanto, repreendido pelo ministro por não respeitar os processos burocráticos e hierárquicos na hora de exceder os gastos.

No dia seguinte, R. Barboza acusava que, antes mesmo de ser cumprido este despacho do ministro, chegava àquela seção outro ofício do diretor da Colônia de Engenho de Dentro justificando, além dos duodécimos orçamentários em várias consignações, o excesso de despesas. As contas de fevereiro da colônia feminina perfaziam o valor de 12:181\$738 (R\$ 1.498.353,77). A insistência do diretor da colônia

---

<sup>100</sup> Ofício n. 146, de 28/02/1912, 5F 385, Arquivo Nacional.

<sup>101</sup> *Idem.*

<sup>102</sup> 5F 385, Arquivo Nacional.

em ultrapassar o teto de gastos sem pedir autorização o colocou na mira do MJNI. Em outras palavras, acabou criando um espaço de conflito entre a direção da Colônia de Engenho de Dentro e a Diretoria de Contabilidade do MJNI:

Além de ter esgotado e excedido esta última consignação em janeiro, o Diretor continua a despender com aquisições de camas, de modo que já há um excesso de 1:218\$000, até fevereiro, só nesse crédito. Penso ser conveniente expedir aviso ao Diretor das Colônias declarando-se-lhe que nenhuma dívida será reconhecida por este Ministério, excedente das dotações orçamentárias, desde que não haja sido previamente autorizada e recomendando-se-lhe a vigorosa observação da circular junta de 30 de dezembro de 1910.<sup>103</sup>

Em 16 de março de 1912, Braule Pinto escreveu para a Diretoria da Contabilidade, enviando as contas dos fornecimentos feitos à colônia no mês de fevereiro. Havia novamente excesso nas consignações “Alimentação etc.”, “Fumo etc.”, “Forragem e remonta de animais” e “Aquisições e conserto de móveis”. O excesso de 1:738\$067 (R\$ 213.782,24) na consignação “Alimentação” era justificado pelo diretor em função do “estado precário de saúde das alienadas aqui internadas, que determinou maior consumo de dieta especial como leite, galinhas, ovos, marmeladas etc.”<sup>104</sup>

Em 15 de maio de 1912, o diretor da Colônia de Engenho de Dentro enviava a essa diretoria as contas dos fornecimentos do mês de abril na importância total de 11:122\$597 (R\$ 1.368.079,43), bem como uma conta da Société Anonyme du Gaz, do Rio de Janeiro, na importância de 2:701\$964 (R\$ 332.341,57), proveniente do consumo de gás no exercício de 1911. Sobre esse consumo de gás, o diretor esclarecia que se tratava do combustível empregado não só na iluminação da instituição como também na farmácia e na balneoterapia, esta sendo, segundo ele, utilizada para obter uma maior calma das pacientes. Braule Pinto também reclamava da impugnação da consignação “Iluminação e aquecimento de banhos” de março desse ano e pedia para que as próximas contas não fossem impugnadas:

Penso estar dispensado de justificar o consumo de gás, que escapa a qualquer fiscalização, por ser esse combustível empregado não só na iluminação de todo edifício e seus pátios, como também na farmácia e na balneoterapia, principal recurso científico de que lança mão o Alienista desta Colônia para obter a calma das doentes. Ficando com a presente conta quase esgotada a consignação do corrente exercício, espero que, tomada na devida consideração e ponderação supra, não me sejam as subseqüentes impugnadas, do mesmo modo que

---

<sup>103</sup> *Idem.*

<sup>104</sup> Ofício n. 164, de 16/03/1912, 5F 385, Arquivo Nacional.

a conta da mesma consignação relativa ao exercício p. p. que excede de 1:096\$964 a quota anual respectiva, que era apenas de 605\$000!<sup>105</sup>

Em continuidade à discussão, em 28 de maio de 1912, um funcionário da 1ª Seção da Diretoria da Contabilidade se debruçava sobre os excessos nas consignações de “Iluminação e aquecimento de banhos” e “Medicamentos, vasilhame, drogas etc.”.<sup>106</sup> R. Barboza, por sua vez, ponderava sobre o consumo de gás da colônia, e no dia 1º de junho de 1912, Rivadávia se posicionava, de acordo com o seu entendimento, considerando como compreensível e aceitável o excedente:

Realmente o consumo do gás excede muito os membros orçamentários; entretanto, não havendo como economizar, visto como o gás, nesse caso, é de emprego indispensável para obtenção de um recurso terapêutico imprescindível, penso que não há que providenciar neste momento, devendo ser liquidada por exercícios findos a conta de gás de 1911 e oportunamente a despesa que se fizer em 1912. Conviria, entretanto, que por emenda apresentada em tempo na Câmara, se fizesse aumentar a consignação respectiva para 1913. As outras contas podem ser pagas.<sup>107</sup>

A despesa da colônia com mercadorias no mês de maio atingiu a cifra de 10:689\$121 (1.314.761,88); 66% desse valor foi gasto com “Alimentação comum e dietética” (7:084\$525 réis/R\$ 871.396,58) e 4% com “Medicamentos, vasilhames, drogas etc.”, 171\$800 (R\$ 21.131,40), correspondente a um pedido feito com a empresa V. Werneck & Cia.,<sup>108</sup> e 220\$440 (R\$ 27.114,12) eram devidos a uma compra realizada pela colônia junto à empresa Moreno Borlido & Cia. Esses artigos comprados eram utilizados para fazer fórmulas internas e externas pela farmácia da colônia.

---

<sup>105</sup> Ofício n. 208, de 15/05/1912, 5F 386, Arquivo Nacional.

<sup>106</sup> 5F 386, Arquivo Nacional.

<sup>107</sup> *Idem.*

<sup>108</sup> Na consignação “Medicamentos, vasilhames, drogas etc.” foram adquiridos junto à empresa V. Werneck & Cia. 24 itens, a saber: extrato fluido de casca de laranja (500g); sabão verde (1kg); extrato fluido viburnium (300g); água oxigenada (10 vidros); óleo de amêndoas (500g); de lanolina (500g); de creosoto vegetal (15g); cloridrato de cocaína (3g); tanígeno (100g); de tanalbina (100g); goma arábica em grão (1kg); goma arábica em pó (1kg); álcool a 40° (20l); álcool absoluto (5l); sabonetes de sublimado (12); sabonetes de ichthyol (12); ampolas de cianureto de sódio (1 cx); 200cc água do mar (5 ampolas); diadermina (500g); mannita (50 g); hidrolato de tília (1l); sene contra (50g); digitalis pó (50g); pós Dower (10g). Uma outra nota da V. Werneck & Comp. Farmacêuticos e Droguistas, de 30 de julho de 1912, no valor total de 147\$036 (R\$ 18.085,43), apresentava outros tipos de medicamentos fornecidos à instituição de Engenho de Dentro nesse período, quais sejam: 1kg de flor de enxofre; 10g de sulfato de zinco; 2000 cápsulas de chapireau n. 1; 1kg de mostarda em pó; 2kg de óleo de amêndoas; 1 litro de hidrolato de melissa; 1 litro de hidrolato de flores de laranjeira; 500g de paraldelyde; 400g de extrato fluido de cáscara sagrada; 2kg de óleo de rícino; 5 cxs de ampolas de enosol; 1kg de éter sulfúrico; 5 litros de água destilada; 10g de arruda em pó; 10g de açafraão em pó; 10g de sabina em pó; 6 vidros de valerianato de amônia Pierlot; 20kg de creolina F. De Aguiar e 1 vidro de pílulas thyrenina Gremy.

De acordo com a folha de vencimento dos empregados subalternos da Colônia de Engenho de Dentro de agosto e outubro de 1911, existiam nessa instituição 43 funcionários. A quantia total dessas folhas foi de, respectivamente, 2:629\$995 e 2.949\$671 réis (R\$ 323.489,39 e R\$ 362.809,53). Os 43 funcionários listados na folha de outubro tinham os seguintes cargos: três auxiliares de administração, um auxiliar de farmácia, uma porteira, um contínuo, duas primeiras enfermeiras e três segundas enfermeiras, dez guardas, uma mestra de oficina, três costureiras, uma roupeira, uma despenseira, uma encarregada da lavanderia, uma lavadeira, uma chefe de cozinha, uma ajudante de cozinha, duas copeiras, dois lavradores, um cocheiro e carroceiro, sete serventes.

O maior salário era de 120.000 réis (R\$ 14.760), recebido pelos auxiliares de administração e de farmácia; o menor era das serventes, 40.000 e 35.000 réis (R\$ 4.920 e R\$ 4.305). As enfermeiras recebiam 70.000 réis (R\$ 8.610). Já a folha de pagamento de maio de 1912, na importância de 4:127\$255 réis (R\$ 507.652,37), dizia respeito a 59 funcionários. No âmbito da enfermagem, elas continuavam sendo cinco funcionárias, porém surgia o cargo de enfermeira chefe (Zulmira de Mello, que recebia 110\$000, R\$ 13.530). O maior aumento se verificou no grupo das serventes, que agora eram dezessete mulheres.<sup>109</sup>

O relatório completo do diretor da Colônia de Engenho de Dentro do ano de 1911, datado de 15 de fevereiro de 1912 e encontrado no Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, era bem mais extenso e crítico do que o encadernado do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, onde foi publicado o seguinte:

A criação desse estabelecimento veio prestar real serviço à Assistência, dando lugar a que fossem transferidas do Hospital Nacional 334 enfermas. As instalações do estabelecimento carecem de modificações. As enfermarias, cujo afastamento o diretor propõe, por estarem muito próximas ressentem-se da umidade que vem do solo mal preparado, o que acarreta prejuízo para o estado geral das enfermas.<sup>110</sup>

No relatório original, além de afirmar que a colônia havia sido instalada em local que não preenchia os fins a que se destinava, Braule Pinto apontava a necessidade de reformas radicais nas duas alas que eram utilizadas para alojar as enfermas. O médico relacionava, inclusive, frequentes casos de nefrite a problemas nessas instalações. Para

---

<sup>109</sup> Localização: 5F 385, Arquivo Nacional.

<sup>110</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1912a, p. 63.

ele, a arquitetura da colônia não obedecia a moderna concepção de assistência colonial, estando, na verdade, alicerçada em antigos moldes de hospital-caserna:

A Colônia, instalada em local que não preenche, como sabeis, os fins a que se destina, porque, se tendo aproveitado o antigo edifício do Hospital de Variolosos, que fora em outro tempo uma fábrica de artefatos de cerâmica, está vasada nos antigos moldes de hospital-caserna, antes que obedeça a moderna concepção de assistência colonial; suas duas alas aproveitadas, e únicas aproveitáveis para alojamento das enfermas, carecem de grandes e radicais modificações para que se possam adaptar ao fim a que se destinam, sendo de urgente necessidade forrar-lhes os tetos e lhes assoalhar o pavimento, que é todo de cimento tosco, onde penetra a umidade, que, a meu ver, é a causa ocasional dos frequentes casos de nefrite que tem sido atacadas as alienadas aqui internadas.<sup>111</sup>

Braule Pinto tratou do problema da falta de verbas para obras necessárias na instituição em 1911, e se mostrou taxativo ao afirmar que, com os edifícios existentes e a verba orçamentária para alimentação no exercício de 1912, a Colônia de Engenho de Dentro não teria condições de alojar mais de trezentas pacientes. Por outro lado, os discursos do ministro Rivadávia Corrêa falavam na colônia feminina receber ainda em 1912 algo em torno de seiscentas pacientes, lotação essa que só seria alcançada, de fato, na gestão do próximo diretor.

No curto espaço de 5 meses em que tive de organizar todos os ramos de serviço tanto clínico como meramente administrativo não me foi possível cuidar do reparo do pavimento, não só por ser inconveniente a presença assídua de operários no próprio alojamento das enfermas que neste caso ficariam sem local onde dormir, mas também por ser insuficiente a verba orçamentária de 1:666\$665 para esse fim concedida. Prestou, no entanto, a Colônia os possíveis serviços que deste modo de assistência se tem o direito de esperar, ainda que não me haja sido possível, em 4 meses, proceder a uma conveniente seleção dos casos mórbidos, principalmente por defeito de construção. Espero, porém, que, feitas as modificações indispensáveis e levantados novos pavilhões, possa a Colônia dentro de um ano receber maior número de alienadas. Com os edifícios atualmente existentes e com a verba orçamentária para alimentação no exercício de 1912, não será possível admitir mais de trezentas enfermas nesta Colônia.<sup>112</sup>

A partir de sua posição como diretor da colônia, o médico buscava deslocar a organização da colônia do plano das ideias para o da realidade. Sua declaração sobre a impossibilidade de admitir mais de trezentas enfermas na instituição também pode ser

---

<sup>111</sup> Relatório do diretor Braule Pinto de 15/02/1912. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. Is3 20, Arquivo Nacional.

<sup>112</sup> *Idem*.

compreendida como uma tentativa de resistir à superlotação, apontando seus inconvenientes para as internas.

Além disso, Braule Pinto expôs o problema da falta de médicos na instituição, frente ao qual ele próprio acabou servindo como alienista. De acordo com a análise do livro de observação de 1911 da Colônia de Engenho de Dentro, o primeiro alienista da instituição foi o médico Plínio Olinto. Depois disso, é possível verificar, de fato, uma atuação do diretor da colônia como médico observador. Como medida para diminuir a carência de médicos, o diretor citou a cooperação de um doutorando no serviço da enfermaria de moléstias intercorrentes. Por fim, destacou que grande parte das 334 enfermas remetidas do hospício para a colônia em 1911 se encontrava muito depauperada, o que, além de restringir o número de pacientes que poderiam ser utilizadas para o trabalho, aumentava a taxa de mortalidade na instituição, o que causava uma preocupação compreensível de Braule Pinto, porque isso depunha, de certa forma, contra a instituição e seu diretor:

O serviço clínico esteve até o dia 11 de setembro exclusivamente a meu cargo por deficiência do pessoal clínico da Assistência; foi feito com a solicitude inerente a meu temperamento e caráter, por isso que, não tendo o dever legal de o fazer, não podia me resignar a deixar sem tratamento somático e psíquico as alienadas, que eram confiadas à minha guarda e responsabilidade. Foi por isso que, em ofício de 5 de setembro, vos solicitei, e, por portaria de 9 do mesmo mês, vos dignastes conceder-me a cooperação do funcionário da Assistência João de Mello Mattos, o qual, se tendo apresentado a essa Diretoria no dia 11 desse mês, foi encarregado, na sua qualidade de doutorando, do serviço da enfermaria de moléstias intercorrentes, onde muito me tem penhorado pelo critério e proficiência que vem revelando na esfera de suas atribuições.

Como estais certo, foram transferidas do Hospital Nacional de Alienados para esta Colônia, de 31 de Agosto a 30 de Dezembro p. p., 334 enfermas, das quais, naturalmente pelo seu acúmulo ali, não vos foi possível fazer uma acurada escolha, acontecendo que grande parte delas, ao entrar neste estabelecimento, se encontrava muito depauperada, havendo-as tuberculosas, escorbúticas e uncinariosas, o que, como é claro, veio onerar a estatística de uma colônia, que apenas se inicia, com um obituário pouco animador (19 em 4 meses ou 5,67%), restringindo também o número daquelas que poderiam ser aproveitadas para o trabalho físico, principal fim da instituição.<sup>113</sup>

Foi nesse contexto adverso em termos financeiros e sanitários que, segundo o diretor, teve início a praxiterapia, gerando uma economia para a colônia por meio da produção de legumes, leite e ovos:

---

<sup>113</sup> Is3 20, Arquivo Nacional.

Em meados de agosto fiz começar a plantação de uma horta, cujos legumes vão sendo diariamente consumidos na Colônia. Ainda como meio terapêutico e medida econômica iniciei em dezembro último a capri e avicultura, empregando nesse serviço algumas alienadas que para tal mostram aptidão. Esse serviço já trouxe alguma economia para o Estabelecimento no consumo de leite e ovos.<sup>114</sup>

Por fim, Braule Pinto solicitou ao ministro da Justiça a construção de uma caixa d'água e de outros melhoramentos e oficinas, e ainda requisitou verbas para a criação de vários gabinetes. O pedido referente à caixa d'água, que se estenderia até pelo menos 1915, serve também para problematizarmos a qualidade de vida das pacientes. Segundo ele, só dessa forma, com tal aparelhamento, a Colônia de Engenho de Dentro estaria à altura de suas congêneres:

Penso ser indispensável a construção de uma grande caixa d'água de cimento armado, pois que os atuais depósitos são muito insuficientes para o gasto do Estabelecimento, havendo dias em que à tarde não mais se encontra água para os diversos misteres da Colônia.

Peço vossa intervenção perante o governo para a urgente construção da lavanderia a vapor e outras oficinas indispensáveis em uma Colônia, onde esses serviços são de incontestável vantagem para a saúde física e moral das alienadas.

Rogo-vos obtenhais verbas para a criação de gabinetes histoquímico, anatomopatológico, hidro e eletroterápico, no intuito de proporcionar aos alienistas meio físico de tratamento às doentes a eles confiadas, como também para o estudo e verificação dos diagnósticos feitos. Parece-me que só assim se logrará ter um estabelecimento na altura de seus congêneres.<sup>115</sup>

Juntamente com esse relatório de 1911, Braule Pinto enviou para o diretor geral da Assistência a Alienados e o ministro da Justiça duas plantas, com a seguinte explanação: “pelas duas plantas que a este acompanham podeis julgar do estado atual de ajuntamento dos edificios da Colônia (planta n. 1), e das modificações a que me refiro (planta n. 2)”. Isto é, a planta n. 1 era da construção existente na Colônia de Engenho de Dentro em 1911, e a planta n. 2 abarcava a proposta de reforma do diretor Braule Pinto.

---

<sup>114</sup> *Idem.*

<sup>115</sup> *Idem.*

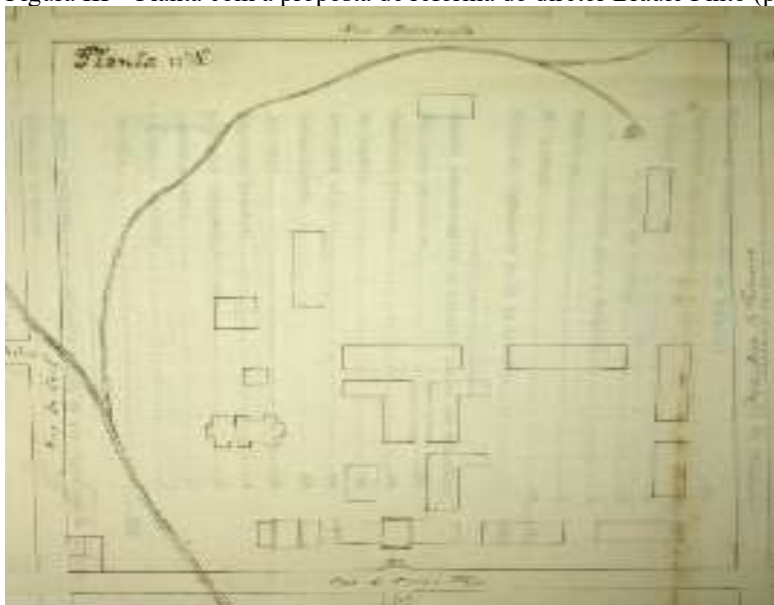


Figura II – Planta da Colônia de Engenho de Dentro em 1911 (planta n. 1)



Fonte: Relatório do diretor Braule Pinto de 15/02/1912. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. Is3 20, Arquivo Nacional.

Figura III – Planta com a proposta de reforma do diretor Braule Pinto (planta n. 2)



Fonte: Relatório do diretor Braule Pinto de 15/02/1912. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. Is3 20, Arquivo Nacional.

Por meio da análise dessas duas plantas e de uma terceira planta técnica produzida na escala 1:100 e assinada pelo administrador Álvaro Cardoso em dezembro de 1915, podemos verificar o que da proposta do diretor havia sido realizado (e as modificações do projeto) e ainda identificar as construções que datavam de 1911.

Sobrepondo as duas plantas, identificamos na proposta do diretor a adição de nove blocos novos e sete subtrações de área construída, sendo três de blocos inteiros e três de blocos parciais em um grande pavilhão com três blocos conectados. Com a subtração desses blocos parciais, ter-se-iam quatro blocos independentes e corredores externos. A sétima subtração (parcial) aumentaria a distância (corredor) entre dois blocos já existentes (Ver abaixo **Desenho sobreposto das plantas 1 e 2**). Ou seja, o diretor desejava, com

essa proposta, expandir a instituição não só aumentando o número de blocos como também subdividindo os existentes. Assim, segundo sua concepção, a instituição estaria mais próxima da concepção moderna de assistência colonial. Pavilhões muito grandes, para o médico, remetiam ao tempo dos hospitais-caserna.

No entanto, pela planta de 1915, percebemos que a proposta do diretor foi apenas parcialmente atendida. Das quatro subtrações de blocos parciais apenas uma não foi realizada, justamente a que subdividia o grande pavilhão ao meio. O resultado foi que, ao invés de quatro blocos independentes, foram constituídos apenas três. Quanto às subtrações de blocos inteiros, nenhuma das três foi efetuada (Comparar hachuras na cor amarela no **Desenho sobreposto das plantas 1 e 2** e no **Desenho da planta técnica de 1915**). E, de acordo com a planta de 1915, nesses blocos funcionavam especificamente: Depósito/galpão (K), cocheiras (L) e necrotério (S) (Ver as respectivas letras no **Desenho da planta técnica de 1915**). Além dessas três construções (K, L, S), outros 9 edifícios de 1915 datavam da inauguração da colônia, a saber: administração e almoxarifado (A); oficina de costuras (B); dormitórios (F e G); despensa (H); laboratório (I); enfermaria (J); oficinas (M); e um w. c. (Ver hachuras na cor branca na planta de 1915).

Em relação às adições, nota-se, na planta de 1915, a construção de dois blocos maiores no lugar de quatro menores, e um bloco menor paralelo ao grande bloco vertical (Ver hachuras na cor vermelha no **Desenho sobreposto das plantas 1 e 2** e no **Desenho da planta técnica de 1915**, nesta as hachuras estão localizadas no quadrante sudeste da planta). Nesses três blocos funcionavam os seguintes serviços: dormitório (C), refeitórios e cozinha (D) e lavanderia e máquina (E). Identificamos ainda outras quatro adições na planta de 1915, quais sejam: caixa d'água (N); galinheiro (O); estábulo (P) e pocilga (R).

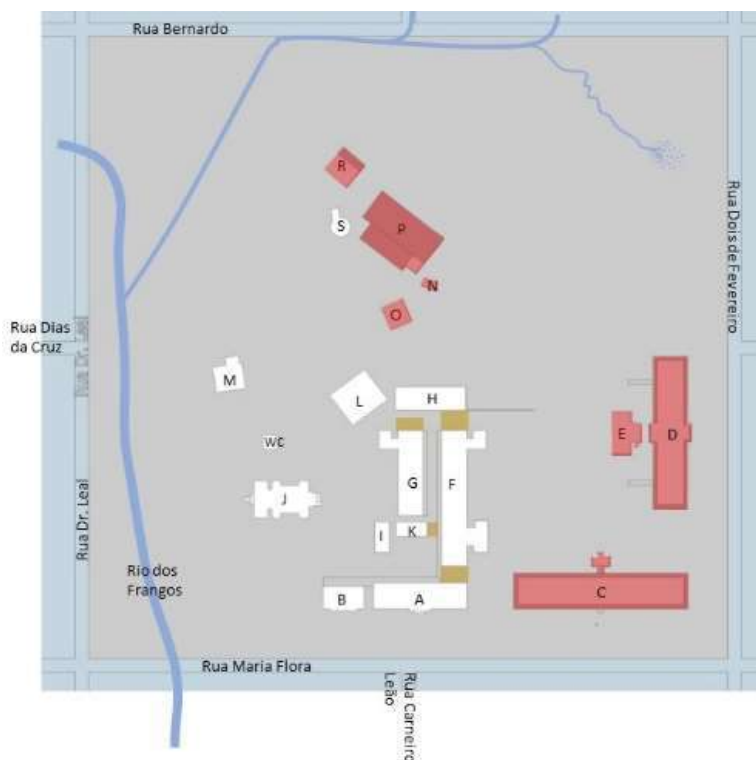
Figura IV – Desenho sobreposto das plantas 1 e 2



Fonte: Compilação do autor.

Legenda: hachuras na cor amarela representam as subtrações de blocos parciais e inteiros e as hachuras em vermelho as adições de blocos solicitadas pelo diretor Braule Pinto.

Figura V – Desenho da planta técnica da Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro na escala 1:100 (1915)



Fonte: Compilação do autor (Localização: Planta técnica da Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro na escala 1:100 de dezembro de 1915. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. Is3 20, Arquivo Nacional).

Legenda: A – Administração e almoxarifado; B – Oficina de costuras; C, F, G – Dormitórios; D – Refeitórios e cozinha; E – Lavanderia e máquina; H – Despensa; I – Laboratório; J – Enfermaria; K – Depósito e galpão; L – Cocheira; M - Oficinas; N – Caixa d'água; O – Galinheiro; P – Estábulo; R – Pocilga; S – Necrotério; \*W. C.

Sobre o modelo arquitetônico da colônia, no relatório da Assistência a Alienados do Distrito Federal de 1912 destinado ao MJNI (Rivadavia Corrêa), Juliano Moreira apontou que, por razão de economia e, também, devido ao tamanho reduzido da Colônia de Engenho de Dentro, o novo pavilhão dessa instituição havia sido construído com capacidade para duzentas pessoas. O diretor geral ponderava que, uma vez que os dormitórios eram para 25 pessoas, não teria sido tão grave o fato de não se ter seguido as tendências modernas de pequenos pavilhões, além de apontar a vantagem, em termos de vigilância, de se construir em terrenos fronteiras casas para o diretor, o alienista, o administrador e a farmacêutica da instituição:

Além de terdes mandado construir na Colônia do Engenho de Dentro um pavilhão para duzentas doentes, ordenastes sérias reformas em outros pavilhões já existentes, melhorando assim consideravelmente as condições de alojamento das alienadas. Foi adotada a lotação de 200 pessoas para o novo pavilhão por circunstâncias econômicas e o que é mais porque não é muito grande a área de que dispomos naquela Colônia. Sendo os dormitórios para 25 pessoas não é tão grave quanto parece o não nos termos cingido às tendências modernas de pequenos pavilhões. Em todo caso, com o pavilhão construído, estamos mais perto destas do que os norte-americanos com os seus hospitais de muitos andares.

Com algumas pequenas obras a mais, vai ficar a Assistência a Alienados com uma pequena, porém, boa Colônia agrícola da qual espero há de sair muito com que aliviar as despesas com os alienados no Distrito Federal.

Será de grande vantagem para a mesma Colônia que sejam construídas em terras fronteiras casas para habitação do Diretor, do alienista, do administrador e da farmacêutica do Estabelecimento. Assim ficará assegurada a maior vigilância do pessoal ao serviço da Colônia.

Se deliberardes dotá-la com essa providência mais um benefício vos ficará a dever a Assistência.<sup>116</sup>

Figura VI – Postal da colônia feminina do Engenho de Dentro (interior dos dormitórios)



<sup>116</sup> Is3 20, Arquivo Nacional.

Fonte: Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 1. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

No postal da colônia acima, é possível identificar o grande pavilhão dividido mediante alas dormitórios, mencionado por Juliano Moreira em seu relatório de 1912. O restante dos postais pode ser visto no **anexo I**. São ao todo doze postais, que nos remetem ao estilo rural e ao aspecto doméstico da arquitetura exterior da colônia. Em alguns deles, é possível ver as pacientes, algumas com chapéus, realizando trabalhos relativos ao cultivo da terra.

Versando ainda sobre a Colônia de Engenho de Dentro, o diretor geral da Assistência explicou que essa ainda não tinha podido dar os resultados econômicos esperados. E, comparando a colônia a uma empresa, falava sobre a necessidade de liberação de verbas para impulsioná-la, reforçando a luta do diretor da colônia contra a escassez financeira:

A Colônia de Mulheres no Engenho de Dentro a que me referi no início do presente relatório, em consequência das obras que durante todo o ano ali estiveram sendo executadas, não deu ainda os resultados econômicos que nós dela esperamos. Como em início de qualquer empresa, se faz preciso um impulso de verbas mais folgadas, luta a Diretoria daquela Colônia com a parcimônia de certas de suas dotações. Por certo o Sr. Ministro provê-la-á com o devido remédio.<sup>117</sup>

Como vimos, Juliano Moreira buscou defender a edificação de um grande pavilhão num momento em que as tendências atuais apontavam para a construção de pavilhões menores, alegando que ainda assim, com a referida obra, estariam mais próximo das tendências modernas que os norte-americanos. Sobre essas disposições, Gisele Sanglard destaca que, segundo o engenheiro Vicente Licínio Cardoso, professor de arquitetura hospitalar da Escola Politécnica, “as diferenças básicas entre as arquiteturas americana e europeia, esta baseada em pavilhões e aquela predominantemente em blocos”, residiam no fato do hospital europeu traduzir o temor do homem, em face das teorias rigorosas prescritas pela bacteriologia e o norte-americano, ao contrário, revelar “o destemor hodierno consequente às conclusões epidemiológicas e bacteriológicas modernas que abriram horizontes novos, não só à higiene em sua fase profilática, como à medicina na sua ação de assistência hospitalar”. Sanglard esclarece que a arquitetura em monobloco começou a predominar a partir do entreguerras (SANGLARD, 2008: 178).

---

<sup>117</sup> Is3 20, Arquivo Nacional.

Já Jeanine Claper, estudando as origens do modelo de colônias de assistência aos doentes mentais, chama a atenção para a percepção do médico assistente e mais tarde superintendente do asilo em Michigan, Herman Ostrander (1856-1932), em 1889, sobre a existência nos Estados Unidos de uma tendência “de quebra do sistema corredor de edificações, que evoluiu para implantação de blocos de edificações menores e, daí para a construção de cottages no entorno do edifício principal do asilo” (CLAPER, 2020: 214). O projeto proposto por Braule Pinto parece seguir um pouco o processo mencionado por Ostrander, tendo as adaptações efetivamente realizadas, como mostrado anteriormente, adotado suas ideias apenas parcialmente.

No documento intitulado “Colônias velhas e colônias novas”, destinado ao Presidente da República e ao Ministro do Interior, Juliano Moreira defendia que as precárias condições econômicas e financeiras do país não justificavam o adiamento das obras para a instalação da Colônia de Jacarepaguá. Para ele, o dinheiro do Tesouro Nacional ou do patrimônio da Assistência a Alienados podia e devia ser empregado com essa finalidade. Nesse ponto, o diretor explicitava sua concepção sobre os imóveis destinados às colônias:

Desde que, em vez de obras ricas, luxuosas e caras, se continue a construir, honestamente, edifícios sólidos e higiênicos, mas modestos e simplesmente adaptados a seu destino – que é o de abrigar pobres loucos indigentes, apanhados, em sua maioria, nas últimas camadas sociais.<sup>118</sup>

Por meio das plantas e desenhos aqui analisados percebe-se que a evolução tipológica da arquitetura hospitalar da instituição de Engenho de Dentro, na gestão de Braule Pinto, não seguiu de perto o modelo colonial. Na verdade, a história da Colônia de Engenho de Dentro obedeceu a uma lógica muito comum na história da arquitetura hospitalar no Rio de Janeiro, pela qual, até a construção do Hospital Gaffrée e Guinle (inaugurado em 1927), todos os outros hospitais foram instalados em edificações adaptadas – à exceção do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia e do Hospício de Pedro II, ambos construídos pela Misericórdia do Rio de Janeiro em meados do século XIX (SANGLARD, 2008).

Seguindo a linha de Sanglard, Claper distingue as colônias agrícolas no Rio de Janeiro entre adaptadas (as Colônias da Ilha do Governador e a Colônia de Vargem Alegre em seu primeiro período, 1904-1920) e novas (a Colônia de Vargem Alegre e a Colônia

---

<sup>118</sup> Colônias velhas e colônias novas. S.d. Is3 20, Arquivo Nacional.

de Jacarepaguá). Para a autora, nas instituições adaptadas, onde foi necessário realizar uma série de intervenções em suas estruturas físicas ao longo do tempo, “certas funções e atividades poderiam estar suprimidas ou com desempenho aquém do esperado pelos pressupostos da moderna ciência psiquiátrica” (CLAPER, 2020: 163), ao contrário das instituições novas, que, adotando um “estilo adequado à moderna psiquiatria”, teriam podido “desempenhar a função terapêutica e a de abrigo dos pacientes desde sua concepção baseada no programa científico psiquiátrico brasileiro” (CLAPER, 2020: 149-150). Ao nosso ver, a autora extrapola a distinção válida entre instituições adaptadas e instituições novas como dimensões passíveis de capturar as complexas dimensões terapêuticas em jogo.

Claper entende ainda o nascimento da concepção dos espaços da colônia agrícola para alienados a partir da integração de dois tipos de linguagens: “uma metafórica, que privilegia a impressão visual da natureza e do aspecto doméstico dos elementos arquitetônicos reproduzidos na implantação da colônia como uma vila rural”, e uma pragmática, “que vê como eixo fundamental o trabalho do doente mental dentro da instituição com vistas à sua sustentabilidade econômica” (CLAPER, 2020: 241). Essa divisão, ao nosso ver, fez com que as contradições existentes sobre os papéis terapêutico e econômico, na realidade concreta das colônias agrícolas, não fossem problematizadas. Da nossa parte, entendemos que as colônias agrícolas no Rio de Janeiro, no início do século XX, revelaram uma predominância crescente do trabalho do paciente como fator econômico, tal como observaram diversos autores da obra organizada por Waltraud Ernst (2016) em outros contextos socioculturais, econômicos e políticos.

É interessante perceber também como essas instalações e adaptações de edificações foram percebidas pela imprensa. Segundo uma reportagem do jornal *A Época* de janeiro de 1915, que apresenta uma entrevista com o diretor da colônia, tais adequações sempre seriam incompletas. Nesse sentido, eram apontadas as grandes dificuldades encontradas para adaptar o antigo hospital de variolosos em uma colônia de alienadas e se criticava as obras do governo por não levar em consideração o destino das edificações. Além disso, as instalações da colônia eram vistas como em desacordo com os preceitos básicos de higiene, por exemplo, sem uma adequada aeração:

Para o estabelecimento da Colônia não foi nada fácil o trabalho de adaptação que, ainda hoje, malgrado os reiterados avisos do diretor, apresenta senões de certa importância.

Compreende bem o espírito da ordem e de economia que se tornava necessário, e as extremas dificuldades encontradas, em se transformar

numa colônia de alienados um hospital de variolosos, que antes já fora uma olaria.<sup>119</sup>

*Das mudanças bruscas foram ficando certos órgãos rudimentares, difíceis, senão impossíveis de extirpar.*

Demais, como sucede em quase todas as obras, feitas pelo governo, olha-se para mil e um pormenores, cuida-se de mil e um interesses e, no que menos se pensa é no destino que vai ter a edificação e nos benefícios que poderá auferir o pessoal que vai morar e viver dentro dela.

As antigas alas do velho edificio foram aproveitadas para dois grandes pavilhões higiênicos, já antigos.

O novo pavilhão, de dois andares, cada qual com quatro salões,<sup>120</sup> divididos no sentido longitudinal por uma longa parede, que impede a aeração, não foi de certo, construído sob as vistas de um médico, habituado a lidar com alienados, nem tão pouco conhecedor de elementos de higiene.

É uma bela estampa, sem dúvida alguma, mas... o pavilhão, nos dias quentes, como o de sábado transacto, é uma verdadeira estufa; mas... a entrada foi disposta de tal modo que se tornará improficua a perseguição de uma alienada que tenha a ideia de pular a grade da extensa varanda que cerca o andar térreo.

Um leigo qualquer, a simples vista, lembraria a conveniência de suprimir as paredes que separam os salões; indicaria os pontos mais apropriados para a colocação das entradas, sugeriria o dispositivo de janelas, mais adaptável ao nosso clima e ao mister a que se destina, podendo comportar duzentos enfermos.

As alienadas dormem atualmente nos antigos pavilhões, munidos de todas as instalações necessárias, e apresentando, como as outras dependências da Colônia, o asseio mais escrupuloso.<sup>121</sup>

Como vimos, o período de 1912 a 1915, além das obras de construção ou reforma, foi marcado por um conflito envolvendo Braule Pinto e a Diretoria de Contabilidade do MJNI. Ao tentar dotar a instituição de condições organizacionais próprias à efetivação da sua função assistencial, Braule Pinto acabou se indispondo com esse órgão. A Diretoria de Contabilidade repreendeu o primeiro diretor da Colônia de Engenho de Dentro por seus excessos em despesas/aquisições de mercadorias. Braule Pinto, por sua vez, reclamava da insuficiência das dotações orçamentárias para a instituição. Nessa situação, a colônia feminina, que, de acordo com os discursos oficiais, já no segundo ano de funcionamento, deveria abrigar mais de quinhentas pacientes, reduziu a sua população, chegando a abrigar 240 pacientes em 1913.<sup>122</sup> Se, por um lado, esse fato indica a

---

<sup>119</sup> Só encontramos aqui essa informação sobre ter sido anteriormente uma olaria. Há menções, no entanto, a fábricas de louças e olarias funcionando conjuntamente na região na época estudada.

<sup>120</sup> Com quatro salões para 25 enfermos, em dois pavimentos, tinha-se a capacidade de duzentas pessoas.

<sup>121</sup> COLÔNIA de Alienadas de Engenho de Dentro. *A Época*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 874, 15 de janeiro de 1915, p. 3.

<sup>122</sup> O quadro de movimento completo das gestões dos dois diretores será analisado no capítulo 4. Por ora, no entanto, gostaríamos de destacar que foram admitidas nos oito anos da gestão de Braule Pinto (1911-1918) 1.314 pacientes e nos catorze anos da gestão de Gustavo Riedel (1918-1932) 1.276 pacientes.



existência de dificuldades administrativas, por outro, é possível que corresponda a um gesto de resistência do diretor da colônia.

Nesse sentido, Ulasdilau Herculano de Freitas, que fora ministro da Justiça e Negócios Interiores de agosto de 1913 a novembro de 1914, afirmou que a Colônia de Engenho de Dentro não havia produzido os resultados esperados, e comentou que seu diretor, Braule Pinto, havia solicitado o aumento de alguns recursos para que a instituição pudesse receber um número maior de pacientes e cumprir, assim, melhor seus propósitos.<sup>123</sup> É possível perceber que o próprio diretor da colônia utilizava a possibilidade de aumento na lotação da instituição para conseguir as verbas de que necessitaria.

Em 1915, o ministro da Justiça e Negócios Interiores subsequente, Carlos Maximiliano dos Santos, indicava algum avanço na colônia para alienadas. “Pouco a pouco se tem ido adaptando o local ao fim a que se destina: ainda deixa muito a desejar”.<sup>124</sup> Segundo ele, para aliviar o hospício era urgente providenciar verba para o alojamento de quinhentas doentes nesta colônia; e concluía dizendo que em “tal serviço é impossível a economia além de certo limite, a não ser que se soltem na rua os desassissados em massa”.<sup>125</sup> Este ministro repetia, assim, o discurso de desafogo do hospício à custa da ampliação das colônias.

Além disso, a colônia se viu, nesse período, envolvida em denúncias de irregularidades na aquisição de produtos alimentícios, sendo o alvo principal das acusações o administrador da instituição, Octavio Augusto Ahrends. Tendo isso em vista, do início de 1912 a começos de 1915, a Comissão Inspecora dos Estabelecimentos de Alienados do Distrito Federal apontou em seus relatórios uma série de falhas na Colônia de Engenho de Dentro.

Em 28 de março de 1912, a comissão inspetora, composta por Raymundo Caldas, Eugenio de Barros e José Mariani, destinou ao ministro da Justiça e Negócios Interiores, Rivadávia Corrêa, o segundo relatório parcial da inspeção da Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro. Sobre a primeira visita, apontaram o seguinte: “O que encontramos foi uma verdadeira balbúrdia: a escrituração estava toda afeita à secretaria ao passo que o almoxarifado se limitava a uns mapas avulsos em que se consignam os pedidos de

---

<sup>123</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1915a, p. 70.

<sup>124</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Carlos Maximiliano Pereira dos Santos. Abril de 1915*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1915b, p. xv.

<sup>125</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1915b, p. xvi.

mantimentos para a distribuição interna”. De outra feita, compareceram de madrugada a fim de assistir à entrada de alguns gêneros e conferir as respectivas quantidades. Descobriram que não havia por parte dos funcionários o hábito de conferir a quantidade dos produtos entregues. Tanto o leite como a carne entregues nesse dia não batiam com o pedido. Em um exame no almoxarifado, descobriram também que as sobras dos gêneros restantes não eram anotadas nos mapas nem descontadas nos pedidos regularmente feitos. A escrituração da farmácia, segundo a comissão, estava “em muito boa ordem; apenas estranhamos o fato de se fazerem os pedidos diretamente ao fornecedor quando nos pareceu que o deveriam ser por intermédio da administração”. Por fim, apontavam que a distribuição de gêneros alimentícios, na falta de uma tabela no regulamento da colônia, obedecia a uma tabela organizada pelo próprio diretor.<sup>126</sup>

Em 19 de agosto de 1913, o ministro da Justiça designava os oficiais da secretaria a seu cargo, Raymundo Pereira Caldas, Eugenio de Barros e José Mariani, para procederem a uma sindicância na escrituração da Colônia de Engenho de Dentro, com relação ao fornecimento de pão e a outros fatos de que era acusado o administrador da instituição.<sup>127</sup> Em 9 de setembro, o jornal *A Época* informava que, ao ouvir os empregados da Colônia de Engenho de Dentro, a comissão de inquérito nomeada pelo ministro para apurar as irregularidades havidas no referido estabelecimento vinha confirmando as acusações que foram feitas à respectiva administração. “Afirmaram que as despesas irregulares monetam ali a 50:000.000”.<sup>128</sup> O desenlace dessa história ocorreu em 23 de abril de 1915, quando Carlos Maximiliano, ministro da Justiça e Negócios Interiores, exonerou Octavio Augusto Ahrends do lugar de administrador da Colônia de Alienados no Engenho de Dentro e nomeou para esse cargo Álvaro Cardoso (-1941).<sup>129</sup>

No início de 1915, a comissão de inspeção, então formada por Malcher de Bacellar, Raul Camargo e Carlos Olyntho Braga, além de abordar o grave problema de superlotação do Hospital Nacional, fez uma crítica mais direta ao estabelecimento de Engenho de Dentro, apontando que “sempre que ali aparecia a Comissão via-se ela na contingência de reclamar providências da administração daquele estabelecimento quanto à falta de asseio que notava nos compartimentos onde se acham alojados os doentes”.

---

<sup>126</sup> Is3 20, Arquivo Nacional.

<sup>127</sup> POR ATOS de ontem. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XIII, n. 5.316, 20 de agosto de 1913, p. 2; O MINISTRO da justiça. *A Época*, Rio de Janeiro, ano II, n. 486, 20 de agosto de 1913, p. 2.

<sup>128</sup> AINDA as irregularidades na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. *A Época*, Rio de Janeiro, ano II, n. 406, 9 de setembro de 1913, p. 4.

<sup>129</sup> O SR. MINISTRO da Justiça. Echos e Factos. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 11.156, 24 de abril de 1915, p. 1.

Fazia-se uma ressalva, no entanto, quanto à última visita realizada no ano de 1914, pois nesta “teve a Comissão a satisfação de ver que reinava um melhor espírito de ordem no estabelecimento, sendo já outras as suas condições de higiene e asseio. Os novos pavilhões, ali inaugurados, são amplos, espaçosos, abundantes de ar e luz”.<sup>130</sup>

Por conseguinte, em 1916, tivemos o maior envio de pacientes desde o ano de inauguração da colônia, com 243 pacientes transferidas do estabelecimento da Praia Vermelha para a instituição de Engenho de Dentro. Ao nosso ver, o aumento do número de pacientes transferidas do hospício seria, por um lado, um reflexo direto do incremento do número de leitos da instituição, com a construção de um novo pavilhão dormitório com capacidade para duzentas pacientes e, também, do aumento das dotações orçamentárias destinadas à instituição a partir de 1915. Para essa mudança, contribuíram, provavelmente, o encerramento do inquérito administrativo envolvendo o administrador da colônia, Octávio Ahrends, com a sua exoneração, e a nomeação para tal cargo de Álvaro Cardoso, um ferrenho defensor do trabalho na instituição como dever das pacientes nela assistidas.

Mas, de maneira complementar e numa perspectiva mais qualitativa, também se pode pensar que esse aumento das transferências de pacientes para a colônia agrícola por parte do hospital urbano esteja relacionado a problemas como a grande carestia de gêneros alimentícios na cidade do Rio de Janeiro no período de 1913 a 1917. Além disso, de 1915 a 1917, contribuiu muito para esse quadro de crise econômica o avanço da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) (GOULART, 2013: 148-159). O final desse período foi marcado, inclusive, pela “greve geral” de 1917. Conforme destaca Kaio César Goulart, “a conjuntura econômica da cidade do Rio de Janeiro nos anos de 1913 e 1917 foi caracterizada por surtos de aumento do custo de vida dos trabalhadores urbanos” (GOULART, 2013: 155). Diante do exposto, seria ainda mais necessário diminuir o número de pacientes assistidas no hospital e aumentar o de pacientes tratadas no regime colonial, por ser essa uma proposta de assistência psiquiátrica mais barata e, também, vantajosa.

Durante um período de nove anos, de 1914 a 1922, as verbas destinadas ao HN, às colônias de homens e de mulheres foram as seguintes (considerando os créditos orçamentários e suplementares): 18.610.009.643, 5.537.737.095 e 3.339.385.000, respectivamente (**Ver anexo I**). O estabelecimento da Praia Vermelha abocanhava 67,70%

---

<sup>130</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1915b, p. 91.

das verbas, enquanto as colônias masculinas receberam 20,14% e a feminina 12,14%.<sup>131</sup> Essa diferença estava, a princípio, relacionada à lotação desses estabelecimentos, e também ao modelo de assistência. Em 1916, por exemplo, o movimento de pacientes dos sexos masculino e feminino no Hospital Nacional foi de 1.648 e 1.134, respectivamente, e nas colônias de homens e mulheres verificou-se o fluxo, menor, de 334 e 541 pacientes.

Esse contexto de crise econômica impactou não só na relação entre o hospital urbano e a colônia feminina, mas também na vida das pacientes classificadas então em função de sua serventia nesses espaços institucionais. Dessa forma, o que percebemos é que, além das restrições financeiras, a expectativa de que a colônia produzisse produtos agrícolas para ajudar a abastecer o HN, se apresenta como um complicador da relação trabalho-terapia.

Um ofício escrito pelo administrador do HN em 13 de fevereiro de 1926 é notável nesse sentido. Mattoso Maia apresentava para o diretor geral da Assistência a Alienados a proposta de orçamento para esse hospital durante o exercício de 1927. O administrador apontava que as dotações de algumas subconsignações eram reconhecidamente insuficientes, mas que, diante da elevação, sempre progressiva, dos preços de todos os artigos não seria possível determinar a cifra dos créditos suplementares. Diante desse cenário, fazia uma reflexão acerca da necessidade de se transformar as colônias em celeiro<sup>132</sup> da Assistência a Alienados do Distrito Federal: “faz-se mister que as duas Colônias, quer a de mulheres, quer a de homens, produzam o suficiente, a fim de se transformarem em celeiro da Assistência a Alienados, diminuindo fortemente tão grandes despesas”.<sup>133</sup>

---

<sup>131</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Affonso Penna Junior em 1926*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1928, p. 4; BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Augusto de Vianna do Castello em 1928*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1930, pp. 21-22.

<sup>132</sup> Como citado anteriormente, em 1917, quando o subúrbio carioca já havia consolidado um perfil eminentemente urbano, a prefeitura do Rio de Janeiro começou a estruturar um projeto de zoneamento definindo uma área específica para os usos rurais (SANTOS, 2011: 274). No artigo “O Celeiro da Cidade: a zona rural do Rio de Janeiro e seus impasses (1890-1956)”, Santos analisa então o debate em torno da noção da zona rural como “celeiro” do então Distrito Federal, destacando que um importante argumento foi produzido pelos sanitaristas e autoridades competentes da época: “o aproveitamento das suas terras era entendido como condição *sine qua non* para o seu saneamento” (SANTOS, 2021: 10). Santos destaca que a escolha da zona rural como o espaço que deveria ser o responsável pelo abastecimento do Distrito Federal acontecia “num momento de grande urgência, pois vivia-se ainda os rescaldos da I Grande Guerra, com um impacto importantíssimo para o abastecimento do Rio” (SANTOS, 2021: 13). Esta questão é, assim, pertinente para um entendimento maior sobre as problemáticas enfrentadas pela assistência psiquiátrica do Distrito Federal no período estudado.

<sup>133</sup> Ofício s/n, de 13/02/1926, de Mattoso Maia, administrador do Hospital Nacional, para Juliano Moreira, Diretor Geral da Assistência a Alienados, 1B 16, Arquivo Nacional.

Os diretores das colônias masculinas e feminina também teciam críticas sobre a insuficiência da verba dedicada, no orçamento, à aquisição de alimentos. Nos relatórios ministeriais dos anos de 1915 e 1916, Rodrigues Caldas, diretor das colônias masculinas, reclamou de tal déficit e esclareceu que, no final das contas, boa parte dos excessos de gastos verificados na subconsignação “alimentação e dietas” era abatida da renda dessas colônias. No ano de 1915, segundo expunha, “o excesso foi de 30:409\$028, mas deduzindo-se dele a renda das colônias no valor de 15:736\$290 e o saldo de 1:387\$138, das outras consignações, no total de 17:123\$428, fica reduzido a 13:285\$600”. Caldas ainda frisou que enquanto as dotações orçamentárias dos outros estabelecimentos públicos estavam sendo elevadas anualmente no último decênio, as destinadas às colônias, ao contrário, mantiveram-se estacionárias, chegando mesmo a decrescer de 1911 em diante. Em seguida, ele concluía: “Isto é, chegamos à quadra de maior penúria, ao ano dos preços mais altos de todos os gêneros alimentícios com menos dinheiro para comprá-los do que em épocas anteriores, de vida incomparavelmente mais barata”.<sup>134</sup> No relatório ministerial de 1918, tratando da verba para alimentação e dietas, Braule Pinto assinalou que, se essa verba fosse inferior à proposta apresentada por ele de 23:000, isso causaria, inevitavelmente, um déficit. Essa reclamação foi corroborada pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores Carlos Maximiliano dos Santos.<sup>135</sup>

A pressão por certa autossuficiência no campo da alimentação, com as baixas dotações para esse fim, tornaria a praxiterapia mais do que uma terapêutica, passando a ser uma necessidade institucional. Nessa linha, faz sentido pensar que o trabalho das pacientes tenha feito alguma diferença em sua dieta durante todo o período estudado. A Colônia de Engenho de Dentro produziu, por meio do trabalho das pacientes, diversos gêneros alimentícios e mercadorias. A renda dessa instituição era representada pela soma dos produtos produzidos e consumidos na colônia e, também, das sobras de produtos vendidos. Era a partir da venda dessas sobras da produção que se obtinha o lucro. As enfermas que trabalhavam tinham direito a 10% desse valor, já os 90% restantes eram recolhidos ao Tesouro Nacional como renda eventual da União.

Abaixo apresentamos os sete balancetes da produção da Colônia de Engenho de Dentro encontrados nos relatórios do MJNI.

---

<sup>134</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1916, pp. 69-70.

<sup>135</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1918, p. 59.

Quadro I – Produção da Colônia de Engenho de Dentro (1915, 1919, 1921-1924, 1927)

Ano	Renda total da produção	Produtos consumidos na colônia	Produtos vendidos (lucro)	Quota das enfermas/ Prêmio (10%)	Saldos recolhidos ao Tesouro
1915			194\$110	19\$410	171\$690
1919 <sup>136</sup>	3:904\$696	3:448\$696 (79%)	456\$000 (11%)	45\$600 (1%)	410\$400 (9%)
1921	24:031\$116	21:185\$416 (79%)	2:845\$700 (11%)	284\$570 (1%)	2:561\$130 (9%)
1922	20:302\$724	17:659\$374 (77%)	2:643\$350 (12%)	264\$335 (1%)	2:379\$015 (10%)
1923	21:387\$436	19:304\$736 (82%)	2:082\$700 (9%)	208\$270 (1%)	1:874\$430 (8%)
1924	22:979\$385	21:145\$785 (85%)	1:833\$600 (7%)	183\$360 (1%)	1:650\$240 (7%)
1927	34:897\$597	33:774\$697 (94%)	1:122\$900 (3%)	112\$290 (0%)	1:010\$610 (3%)

O único balancete referente à gestão de Braule Pinto dá conta de um lucro no valor de 194\$110 (23.875 mil réis). Levando em consideração as queixas desse diretor, é possível pensar que essa menor margem de lucro em comparação aos outros anos esteja ligada à falta de verbas para a produção rural. De todo modo, deve-se ressaltar que Braule Pinto não apresentou a renda total da colônia, suprimindo (possivelmente de maneira proposital) assim o valor dos produtos produzidos e consumidos na instituição. Essa pequena produção, durante a sua administração, estaria voltada, sobretudo, para suprimir as necessidades internas da instituição, ou seja, para enfrentar, em alguma medida, o quadro de escassez alimentar, assunto do qual tratamos nas páginas anteriores. Vale perceber também que esse foi o primeiro ano de Álvaro Cardoso como administrador da instituição.

Através de um artigo de Cardoso, publicado em 1935,<sup>137</sup> descobrimos que ele havia sido chefe da comissão fundadora do núcleo colonial Barão do Rio Branco, no estado de Santa Catarina, no ano de 1913, e que sustentava que, em razão do Brasil não ser um país industrial, “o imigrante só nos interessa se o seu concurso for para o desenvolvimento da nossa produção agrícola e pastoril”. (CARDOSO, 1935). Assim, é

<sup>136</sup> Os dados da tabela se referem ao período de janeiro a abril de 1919. Ainda de acordo com dados apresentados no relatório ministerial de 1919, a despesa total efetuada no período foi de 1:224\$000, dividida da seguinte forma: um lavrador, 2\$000 diários (240\$000), um jardineiro, 3\$400 diários (408\$000), um ajudante do jardineiro, 1\$400 diários (168\$000), um hortelão, 2\$000 diários (240\$000) e um ajudante do hortelão, 1\$400 diários (168\$000). O diretor da instituição destacou que “pelas cifras apresentadas se verifica que, mesmo tendo em consideração as despesas com a aquisição de instrumentos, de sementes etc., a exploração da lavoura na Colônia oferece vantagens” (BRASIL, *Relatório...*, 1919, p. 78).

<sup>137</sup> CARDOSO, Álvaro. *O problema imigratório no Brasil*. Rio de Janeiro: Typogr. do Jornal do Commercio, 1935, p. 10.

notável que a instituição de Engenho de Dentro tenha começado a apresentar uma produção agrícola a partir da sua entrada.

No ano de 1919, primeiro ano da gestão de Gustavo Riedel, obteve-se uma renda de 456\$000 (R\$ 56.088,00). Em 1921, o lucro auferido com a venda das sobras de produtos foi de 2:845\$700 (R\$ 350.000), sendo o maior lucro dos anos analisados. Em 1922, a produção e o consumo diminuíram em relação ao ano anterior, mas o lucro desse ano não caiu na mesma proporção da produção, alcançando o valor de 2:643\$350 (R\$ 325.000). Ou seja, a menor produção impactou mais diretamente o consumo interno. Em 1923 e 1924, a produção e o consumo aumentaram, mas o lucro diminuiu em relação aos anos anteriores. No relatório da colônia de 1924, o diretor interino Plínio Olinto apontou que a administração estava “frequentemente a braços com um sem-número de novas exigências que ainda não lhe permitiu desenvolver as oficinas e os trabalhos de pequena lavoura e criação, como é o seu desejo”.<sup>138</sup>

Em 29 de outubro de 1923, os balancetes da produção da Colônia de Engenho de Dentro referentes ao ano de 1922 foram aprovados pela Diretoria de Contabilidade da Secretaria da Justiça e Negócios Interiores.<sup>139</sup> E, no dia seguinte, o ministro determinava que fossem fornecidos ao Hospital Nacional os gêneros que nessa colônia eram produzidos e que pudessem ser naquele hospital consumidos.<sup>140</sup> Sabe-se que a produção agrícola da colônia no ano de 1922 abarcou 27 produtos, perfazendo o valor total de 17:659\$374 (R\$ 2.172 milhões); os itens, as quantidades e a importância total podem ser vistos no **Quadro IV em anexo**. A renda da colônia de 1922 correspondeu à venda de dez itens, a saber (por ordem de importância econômica): bordados, crochês, ovos, coelhos, frutas de conde, mel de abelhas, flores, pele de carneiro, porcos da Índia e ferros velhos. Os itens que trouxeram mais lucro foram os bordados e os crochês.<sup>141</sup>

Já em 1927, os valores da produção e do consumo de produtos aumentaram consideravelmente. O lucro, no entanto, foi de apenas 1:122\$900 (R\$ 138.000,00), abaixo, portanto, dos outros anos da mesma década analisados. Em relação a este ano,

---

<sup>138</sup> BRASIL. *Relatório do ano de 1924 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Affonso Penna Junior em 1926*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1926, p. 132.

<sup>139</sup> Ofício n. 1.202, de 29/10/1923, de Flores Júnior para o diretor geral da Assistência a Alienados. 5G 204, Arquivo Nacional.

<sup>140</sup> Ofício n. 1.274, de 09/11/1923, de Flores Júnior para o diretor da Colônia de Engenho de Dentro. 5G 204, Arquivo Nacional.

<sup>141</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Joaquim Ferreira Chaves. Abril de 1922*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1922a, p. 143.

cabe destacar que, de acordo com as anotações verificadas no campo trabalho dos livros de observação da Colônia de Engenho de Dentro, foi feito um levantamento para identificar as pacientes que trabalhavam e não trabalhavam na instituição. Como veremos no próximo quadro, a renda total da instituição atingiu os seguintes valores nos anos de 1928, 1929 e 1935: 42:241\$990, 40:922\$380 e 37:894\$100, equivalendo a R\$ 5.195, 5.033 e 4.660 milhões, respectivamente.

Como vimos, a produção e, também, o volume total de produtos consumidos na instituição estavam, em geral, aumentando ao longo dos anos e esse incremento não estava associado a um aumento da população manicomial; para dar um exemplo, em 1924 e em 1927 existiam 498 e 494 pacientes na colônia, respectivamente. Ou seja, as pacientes estariam, pelo menos em relação à produção interna, consumindo mais alimentos, ao passo que a margem de lucro obtida com os produtos vendidos diminuía, encolhendo, dessa forma, tanto o valor do imposto pago à União como o das cotas das enfermas. Dessa maneira, para o governo, em termos de impostos, a Colônia de Engenho de Dentro se apresentava cada vez menos lucrativa. Importa, no entanto, destacar a economia proporcionada pela redução de gastos com a alimentação das pacientes e, também, com serviços na instituição.

As pacientes que tinham direito a esse pagamento eram registradas em um livro destinado a esse fim. No mês de março de 1923, foi distribuído entre quarenta pacientes, a título de prêmio, o valor de 39\$980 (R\$ 4.917,54), 999 para cada (R\$ 122,00). Em setembro desse ano, dezenove pacientes dividiram a quantia de 19\$560 (R\$ 2.405,00), 1.029 para cada (R\$ 126,00). Consta ainda que, em janeiro de 1928, apenas treze pacientes tinham direito a essa cota; cada uma delas recebeu o valor de 1\$023 (R\$ 125,00). A produção, como vimos, aumentou nesse período, no entanto, menos pacientes estavam sendo recompensadas, o que, conseqüentemente, favorecia a economia da instituição.

Sabe-se, na verdade, a partir da análise dos livros de observação da colônia, que muito mais pacientes trabalharam com proveito e assiduidade por longos anos na instituição. É possível perceber ainda que a maioria delas estava empregada em serviços domésticos e de limpeza (“trabalhos improdutivos”), os quais não contribuíam para a renda da colônia como os agrícolas e de oficina de bordados e costuras. Reproduzia-se, assim, dentro da instituição psiquiátrica, a desvalorização e invisibilização do trabalho doméstico feminino (MELO; THOMÉ, 2018).



Abaixo temos um quadro discriminando a produção da colônia entre artigos do campo e produtos das oficinas de bordados e de costuras. Nele, observa-se que a produção rural aumentou progressivamente de 1922 a 1935, com exceção do ano de 1929. Já a renda total atingiu o nível mais alto em 1928, quando, além da produção rural, a oficina de costura teve um bom rendimento. Mas o grande *boom* ocorreu na produção de gêneros alimentícios. Como vimos acima, desde 1923, pelo menos, havia uma cobrança mais direta para que a colônia fornecesse produtos agrícolas para o HN. A produção da oficina de costura em 1924 e 1935 atingiu os valores mais baixos dos seis anos analisados. Fora esses anos, a produção dessa oficina manteve uma média em torno de 9 contos de réis. Já a produção média da oficina de bordados foi de 984\$566.

Quadro II – Especificação da produção da Colônia de Engenho de Dentro (1922, 1924, 1927-1929, 1935)

Ano	Produção agrícola e de origem vegetal, animal e industrial	Produção da oficina de bordados	Produção da oficina de costuras	Produtos diversos	Renda total da produção
1922	10:478\$324	1:299\$000	8:525\$400		20:302\$724
1924	15:657\$289	1:440\$500	5:881\$596		22:979\$385
1927	25:108\$560	932\$900	8:856\$137		34:897\$597
1928 <sup>142</sup>	31:421\$790 <sup>143</sup>	980\$000	9:539\$700	300\$500	42:241\$990
1929	29:724\$560 <sup>144</sup>	835\$000	10:080\$320	282\$500	40:922\$380
1935	32:309\$600	420\$000	5:164\$500		37:894\$100

Como já referido, o trabalho na colônia fazia parte de uma economia mista de trabalho de subsistência e comercializável, pelo menos na gestão de Gustavo Riedel. Assim, além de ter sido ampliada e modernizada, de acordo com os preceitos da higiene mental, a colônia foi, a partir da virada para os anos de 1920, alvo de um investimento significativo no campo da praxiterapia. Como veremos no próximo capítulo, trabalho e produtividade foram centrais nos discursos higienistas tanto a nível nacional como internacional durante as primeiras décadas do século XX.

<sup>142</sup> CARDOSO, Álvaro. As colônias de alienados. Retrospecto e visão futura da Colônia de Psicopatas no Engenho de Dentro pelo Dr. Álvaro Cardoso (Administrador da Colônia de Psicopatas). *Annaes da Colônia de Psychopathas*, Rio de Janeiro, 1929, pp. 53-54.

<sup>143</sup> Esse valor corresponde a 21:419\$350 de produção agrícola e 10:002\$440 de origem vegetal, animal e industrial (CARDOSO, 1929: 54).

<sup>144</sup> Esse valor corresponde a 21:872\$810 de produção agrícola e 7:851\$750 de produção de origem vegetal, animal e industrial (AMBULATÓRIO RIVADÁVIA e Pavilhão Presidente Epitácio. Anais da Colônia de Psicopatas, Rio de Janeiro, 1930, p. 144).

#### 1.4. A terapia pelo trabalho: história e historiografia

Durante a gestão de Braule Pinto, percebemos que o principal interesse da Colônia de Engenho de Dentro foi o seu modelo assistencial. Essa preocupação científica ficou nítida na viagem empreendida por Plínio Olinto, o primeiro médico observador dessa colônia, logo depois de assumir essa função. Esse psiquiatra foi incumbido por Juliano Moreira de verificar o progresso dos estabelecimentos para alienados da Argentina e do Uruguai.<sup>145</sup>

Em seu “Relatório sobre Assistência a Alienados no Rio da Prata”, tratou de dois estabelecimentos uruguaios, o Hospital de Vilardebó e a Colônia de Santa Luzia, e de vários estabelecimentos argentinos, dentre eles o Hospital Nacional de Alienadas e o Hospício de las Mercedes, e suas respectivas colônias, a Colônia de Lomas e a Colônia Nacional de Alienados. Sobre o Hospício de las Mercedes (masculino), dirigido por Domingo Cabred, o médico destacou que a vigilância era rigorosa, “tanto de dia como de noite; e a fiscalização é feita por meio dos relógios ingleses que usamos entre nós”;<sup>146</sup> destacou ainda “o serviço da horta, assim como os trabalhos das oficinas, principalmente no que se refere à fabricação de escovas e vassouras”.<sup>147</sup> Já com relação ao Hospital Nacional de Alienadas (feminino), o médico observou mais ordem e asseio do que no Hospício de las Mercedes, porém assinalou que, “apesar dos serviços de clinoterapia e de balneoterapia, já existentes, é comum ainda o isolamento com involtório úmido muito apertado, o quarto forte e até a camisa de força!”, e ponderava que tal estado de coisas, talvez, fosse influência das irmãs de caridade que dirigiam o corpo de enfermeiras e guardas.<sup>148</sup> Tratando da Colônia Nacional de Alienados, apontou que suas “construções, que pela sua natureza e funcionamento já patenteiam a noção de liberdade em que são tidos os doentes e que apresentam no estilo das fachadas e no interior um aspecto variado” não davam, portanto, “aos doentes a impressão monótona da uniformidade dos asilos e hospitais em que, por acaso, tenham já permanecido, mas, pelo contrário, lembrando o tipo de uma cidadela”.<sup>149</sup> Mas, em seguida, abordando a rotina do trabalho dos pacientes, referiu o seguinte: “por todo o perímetro da Colônia existem também vigilantes igualmente trazendo relógios e que circulam distanciados, de modo a formar um

---

<sup>145</sup> Enric Novella, historiador e psiquiatra espanhol, analisando o caso da Espanha, aponta justamente a importância dessas viagens e das redes profissionais nas origens da psiquiatria (NOVELLA, 2016: 3).

<sup>146</sup> OLINTO, Plínio. *Relatório sobre Assistência a Alienados no Rio da Prata*. Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, 1913, p. 7.

<sup>147</sup> OLINTO, Plínio. *Relatório...*, 1913, p. 6.

<sup>148</sup> OLINTO, Plínio. *Relatório...*, 1913, p. 12.

<sup>149</sup> OLINTO, Plínio. *Relatório...*, 1913, p. 9.

verdadeiro cordão de guardas afim de prevenir todos os casos de fuga ou qualquer acidente”. Sem deixar de mencionar o valor “terapêutico” do trabalho, indicou ainda que a importância do mesmo nessa colônia era tão grande que “os doentes vestem-se, calçam-se, preparam o alimento com que se nutrem e constroem suas vivendas, sendo que o material para isso tudo é por sua vez fabricado por eles”.<sup>150</sup> Por fim, a Colônia de Lomas foi por ele descrita como modesta e voltada mais para trabalhos de oficinas de escovas e costuras do que de lavoura.<sup>151</sup> Como mostra esse relatório, o trabalho do paciente nas colônias agrícolas podia ter um caráter bastante disciplinar.

Essa descrição da rotina do trabalho no asilo nos remete à teorização de Goffman e Foucault. Erving Goffman afirma que “uma instituição total pode definir-se como um lugar de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos em igual situação, isolados da sociedade por um período apreciável de tempo, compartilham em seu encerro uma rotina diária, administrada formalmente” (GOFFMAN, 2001 [1961]: 13). Michel Foucault, por sua vez, tratando dos mecanismos de disciplina em instituições totais, explica que “o horário: é uma velha herança. As comunidades monásticas haviam sem dúvida sugerido seu modelo estrito. Ele se difundiria rapidamente. Seus três grandes processos — estabelecer as cesuras, obrigar a ocupações determinadas, regulamentar os ciclos de repetição — muito cedo foram encontrados nos colégios, nas oficinas, nos hospitais” (FOUCAULT, 1997 [1975]: 146).

Jonathan Ablard (2008) aponta um fator que contribuiu, de modo significativo, para que os psiquiatras da Argentina alcançassem uma reputação altamente positiva em ambos os lados do Atlântico: a criação em 1906 da Comissão Assessora de Asilos e Hospitais Regionais com o objetivo de projetar, construir e supervisionar uma rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Contudo, segundo o autor, “por trás da fachada de elogios internacionais, no entanto, havia uma teia de problemas estruturais, incluindo superlotação crônica e falta de pessoal, que perenemente minava a eficácia e a reputação dos hospitais” (ABLARD, 2008: 6). A verdade era que, tal como ocorria no Brasil, as novas instalações argentinas aliviavam apenas momentaneamente a superlotação das instituições urbanas. De maneira esclarecedora, o autor reforça que “o apoio à construção dos manicômios foi mais forte do que o desejo de os manter”, acrescentando que, a partir de desse momento, um orçamento miserável destinado aos hospitais moldava a vida de funcionários, médicos e pacientes (p. 25). Ablard defende

---

<sup>150</sup> OLINTO, Plínio. *Relatório...*, 1913, p. 10.

<sup>151</sup> OLINTO, Plínio. *Relatório...*, 1913, p. 13.

que os hospitais se tornaram instituições ambíguas frente ao fraco apoio estatal e à incapacidade de expandir a assistência à medida que a população crescia e se espalhava. Nesse contexto, “os pacientes poderiam experimentar, para o bem ou para o mal, o mais recente em intervenções médicas, mas foram forçados a dormir à noite em banheiros ou em sótãos” (p. 93).

De forma análoga ao que encontramos na Colônia de Engenho de Dentro, Jonathan Ablard observou que “embora as oficinas dos hospitais mantivessem os pacientes ocupados e – acreditava-se – promovessem a recuperação desviando os pacientes para atividades calmas e gratificantes, o trabalho dos pacientes foi também crítico para os orçamentos insignificantes dos hospitais” (ABLARD, 2008: 25-26). Em síntese, para o autor, “as severas restrições orçamentárias também influenciaram a adoção de uma abordagem terapêutica moral para o tratamento do paciente e o gerenciamento hospitalar” (p. 25). Ablard mostra ainda que o discurso de que, para transformar as instituições urbanas, era preciso enviar um grande número de pacientes considerados incuráveis para colônias rurais, onde ficariam ocupados com o trabalho ao ar livre e recreação, também foi repetido ao longo de vários anos na Argentina (p. 63).

Corroborando os achados de Ablard, Alejandra Golcman aponta que, no quadro da laborterapia do Hospital José A. Esteves de Lomas de Zamora (fundado na província de Buenos Aires em 1908 e que funcionou como instituição anexa ao Hospital Nacional de Alienadas até a década de 1940), “o ‘louco’ cumpria um papel adicional na estrutura hospitalar, suprimindo a falta de pessoal, mas também, no âmbito do tratamento moral, sustentava-se a virtude terapêutica do trabalho dentro de seus objetivos morais” (GOLCMAN, 2022: 422). Golcman destaca ainda que a Colônia de Lomas “se desenvolveu sem planejamento prévio e sem uma ideia clara por parte de seus diretores sobre qual seria seu destino” e que “nos primeiros tempos da instituição, eram recorrentes as expressões – tanto de alguns médicos como das senhoras da caridade – nas quais se destacava que o Anexo de Lomas de Zamora não havia sido criado para tratar as patologias das mulheres ingressadas neles” (GOLCMAN, 2022: 406-407).

A valorização da terapia pelo trabalho comparece num experimento com pacientes epilêpticas levado a cabo na Colônia de Engenho de Dentro justamente pelo médico Plínio Olinto que, como referimos há pouco, visitou, no início da década de 1910, diversos estabelecimentos para enfermos mentais na Argentina. Olinto, na sessão da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (SBNPML) de 9 de julho de 1914, apresentou uma estatística produzida a partir de observações feitas em epilêpticas na

Colônia de Engenho de Dentro. Essas pacientes teriam sido submetidas a um regime vegetariano especial, com instituição de medicamentos brometos, e entregues a trabalhos em serviços agrícolas quatro horas por dia, à vontade, sem qualquer coerção, durante quatro meses. O número das convulsões, segundo o médico, diminuiu muito em 42 pacientes, mesmo no período menstrual, mostrando que, ao contrário da crença popular, epiléticos seriam perfeitamente colonizáveis.<sup>152</sup>

Rodrigues Caldas, diretor das colônias masculinas, relatou que apenas metade dos epiléticos estava apta para trabalhar. Faustino Esposel, alienista do HN, indagou se com tal regime e fora de serviço aquelas pacientes não teriam melhorado ainda mais. Ernani Lopes, por seu turno, defendeu que, mesmo que a hipótese de Esposel fosse comprovada, não deveria se suspender um trabalho proveitoso para a colônia. Segundo ele, o que a instituição não podia fazer era contribuir para a piora do estado inicial dessas pacientes. É possível perceber a existência de uma controvérsia entre Esposel e Lopes em torno do objetivo da terapia pelo trabalho. De maneira diferente a Esposel, Lopes considerava a produtividade como prioridade em relação à melhoria do estado de saúde das pacientes.

Após essa controvérsia, Plínio Olinto reiterou que as pacientes trabalhavam apenas duas horas na parte da manhã e duas na parte da tarde, e usando chapéus de palha. Segundo o médico, sua finalidade, com esse experimento, era demonstrar que, nessas condições – com dieta e medicação adequadas –, o trabalho não foi e não lhes era prejudicial, podendo, neste sentido, se deduzir que essa categoria de pacientes tinha capacidade de viver em colônias e dar resultados, ou seja, ser economicamente vantajosa para a instituição.

Em 1928, Álvaro Cardoso, advogado, administrador da Colônia de Engenho de Dentro e titular da seção de legislação social da LBHM, apontou que era preciso transformar o alienado de “peso morto” para o Estado em “elemento produtivo”. Com essa perspectiva, defendia a legitimidade da exploração da força de trabalho dos pacientes indigentes e salientava que os doentes que não se adaptassem à vida colonial deviam ser internados nos hospitais:

Ninguém nega o indigente o direito de reclamar como obrigação jurídica do Estado a prestação da assistência social. O Estado, entretanto, pode e deve utilizar-se do seu trabalho, aprimorando-lhes a educação técnico-profissional, transformando-os em força produtiva.<sup>153</sup>

---

<sup>152</sup> SBNPML. Sessão de 9 de julho de 1914. *ABNPML*, 1914 (3-4), pp. 260-261.

<sup>153</sup> CARDOSO, Álvaro. O alienado como fator econômico, 1928, pp. 89-90.

Álvaro Cardoso mencionou ainda que a colônia, apesar de possuir apenas oito hectares, contava com pequenos trabalhos agrícolas, acessíveis às mulheres, como criação de aves<sup>154</sup> e oficinas de costuras, rendas e bordados.<sup>155</sup> No ano seguinte, assinalou novamente que, a despeito da sua disponibilidade de terras quase nula, a renda anual da instituição era bastante significativa. E esclarecia que a colônia se encontrava localizada “em um retângulo que tem por base 283 metros e a altura de 273 metros, ou seja, 77.259 m<sup>2</sup>, dos quais cerca de 22.000 m<sup>2</sup> são ocupados com seus vários pavilhões e construções outras, não se levando em conta as grandes áreas destinadas aos parques que servem de recreio às doentes, caminhos, passeios etc.”.<sup>156</sup>

Em 1930, na obra *Assistência aos insanos sob o ponto de vista administrativo, social e econômico*, Cardoso tratou, dentre outras coisas, do tema do trabalho dos doentes nos manicômios. Segundo ele, os pacientes deviam ser classificados cientificamente, segundo suas aptidões, afinal não raro apareceriam doentes que eram verdadeiros artífices, e cuja vocação, inteligentemente utilizada e aproveitada pela administração, seria de grande vantagem para o estabelecimento. E acrescentava que “mesmo tratando-se de mulheres, já temos visto verdadeiros trabalhos de arte por elas confeccionados, tais como crochês de todo o gênero, bordados etc.”. Além disso, esperava-se que “os encarregados da direção desses doentes, no trabalho, devem auxiliá-los, tendo sempre em mente que o trabalho constitui o melhor meio de tratamento do doente, além de concorrer para a diminuição do seu déficit para com o Estado”.<sup>157</sup>

Chamando a atenção para o fato de que “a mór parte dos doentes que povoam os nossos manicômios são indigentes”, o administrador da colônia compreendia, consoante ao juriconsulto e professor de direito Dr. Almeida Nogueira, que as causas da indigência eram, sobretudo, “as fatalidades congênitas do organismo, como sejam a cegueira, a surdez-mudez, a imbecilidade, a alienação mental e outras moléstias ou defeitos orgânicos que tornam a pessoa inapta para o trabalho ou inepta para a direção da vida”.<sup>158</sup> Ainda de acordo com Cardoso, “para esta ordem de indivíduos é necessária a ‘aplicação

---

<sup>154</sup> A avicultura, em especial, desenvolvera-se “com a criação de tipos puros de raças Leghorne, Orpington, Plimouth-Rock, Rhodes Island Red e Wyandotte” (ANEXOS. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1928, pp. 437-438).

<sup>155</sup> CARDOSO, Álvaro. O alienado como fator econômico, 1928, p. 91.

<sup>156</sup> CARDOSO, Álvaro. As colônias de alienados. Retrospecto e visão futura da Colônia de Psicopatas no Engenho de Dentro pelo Dr. Álvaro Cardoso (Administrador da Colônia de Psicopatas). *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1929, p. 53.

<sup>157</sup> CARDOSO, Álvaro. *Assistência aos insanos sob o ponto de vista administrativo, social e econômico*. Rio de Janeiro: Typog. do Jornal do Comércio, Rodrigues & C., 1930, p. 3.

<sup>158</sup> CARDOSO, Álvaro. *Assistência aos insanos...*, 1930, p. 7.

mais cuidadosa, pertinaz e inteligente da terapêutica social’, não se limitando apenas ao seu recolhimento nos asilos e manicômios”.<sup>159</sup> Isto, segundo ele, ratificava a necessidade de uma prestação de assistência “após a sua restituição à sociedade, amparando-os moral e economicamente, pois, como observa Adolpho Prins: Na base da indigência material está a indigência fisiológica, mental e moral”. Nesse sentido, defendia a organização do “Serviço de Orientação Profissional e Assistência aos Egressos dos Manicômios” com base na criação da “Caixa do Alienado”, “cujo principal objeto seria o amparo do doente após a sua saída do hospital, encaminhando-o e guiando os seus primeiros passos, até a sua completa reintegração no meio social”.<sup>160</sup>

Os médicos da colônia também compartilhavam dessa visão da praxiterapia, como elemento econômico e terapêutico. No artigo “Terapêutica ocupacional e orientação profissional”, publicado nos *Anais da Colônia de Psicopatas* de 1929, Plínio Olinto sublinhava que “ninguém mais discute hoje as vantagens do tratamento ocupacional dos loucos e não há moderno manicômio para agudos ou crônicos em que não seja praticado em larga escala, transformando tais doentes em fonte de receita para o Estado”. Em seguida, a par de suas ideias e de seu incômodo com a postura ativa da mulher moderna, como veremos no último capítulo, sublinhava que “das mulheres alienadas é muito difícil obter dedicação ao trabalho”. Segundo o médico, as mulheres, em sua maioria, “não recebem a imposição de trabalhar com a mesma facilidade com que ao labor se submetem os homens”, o que, para o médico, era explicado pela psicologia. A ideia é que “a mulher sã que é tão consagrada ao serviço do lar, o faz por dedicação ao marido, ao pai, ao irmão. Pode-se mesmo afirmar que a amizade dispensada ao homem da casa se traduz num maior ou menor interesse pelos trabalhos domésticos”.<sup>161</sup> Nesse sentido, considerava que a frase de um operário alemão resumia bem esta questão: “a mão que seguram vassoura durante a semana é a que melhor acaricia ao domingo”. E conclui dizendo que enquanto o homem trabalhava com o cérebro e pela convicção de sua responsabilidade, a mulher o fazia com o coração e pela obrigação de sua afetividade, sendo por este motivo que “quando elas perdem a razão e estão segregadas do meio familiar, vivendo no meio hospitalar, sem ver a quem dedicar o seu trabalho, negam-se a trabalhar”.<sup>162</sup>

---

<sup>159</sup> CARDOSO, Álvaro. *Assistência aos insanos...*, 1930, pp. 7-8.

<sup>160</sup> CARDOSO, Álvaro. *Assistência aos insanos...*, 1930, p. 8.

<sup>161</sup> OLINTO, Plínio. Terapêutica ocupacional e orientação profissional. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1929, pp.7-18, p. 13.

<sup>162</sup> OLINTO, Plínio. Terapêutica ocupacional e orientação profissional, 1929, pp.7-18, p. 14.

Por sua vez, Waldemar de Almeida, em um artigo intitulado “O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces”, publicado nos ABPNM de 1917, defendia que o trabalho representava um recurso de grande valia como meio terapêutico dos dementes precoces. Segundo o médico, o método ideal para a assistência desses enfermos era a sua instalação em colônias agrícolas, pois além dos benefícios da vida ao ar livre, “do convívio com doentes de psicoses crônicas, da maior facilidade de uma higiene corporal, da melhor vigilância, a reeducação pelo trabalho metódico pode ser iniciada com as maiores vantagens, de acordo com o estado mental e aptidão anterior de cada enfermo”. Desse modo, para Almeida, se resolveria o problema terapêutico e, também, econômico, “auferindo o próprio doente os proventos materiais que lhe forem adjudicados pela utilização racional de seu esforço voluntário”.<sup>163</sup> O médico informava ainda que, na Colônia de Engenho de Dentro, existiam quarenta dementes precoces, sendo apenas onze adaptáveis ao trabalho, ou seja, mais ou menos um quarto do total.<sup>164</sup> Com relação às enfermas que devido a estados de agitação não podiam ser adaptadas ao trabalho, considerava que deviam ser transportadas temporariamente para seção de clinoterapia, pois esta seria o tratamento aplicável a tais enfermas.<sup>165</sup> O médico terminava o texto com uma frase otimista de Garnier e Cololian: “O trabalho é um meio terapêutico precioso, que ativando a vida, estimulando a vontade e a energia, consolida a resistência cerebral e tende a fazer desaparecer os vestígios do delírio”<sup>166</sup>, e com uma foto das alienadas da colônia trabalhando, carregando terra em carrinhos-de-mão. A fotografia mostra a utilização metódica e ordenada do espaço e do tempo asilar e fornece uma visão da louca regenerada.

---

<sup>163</sup> ALMEIDA, Waldemar. O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces, 1917, p. 60-61.

<sup>164</sup> ALMEIDA, Waldemar. O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces, 1917, p. 67.

<sup>165</sup> ALMEIDA, Waldemar. O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces, 1917, p. 62-63

<sup>166</sup> ALMEIDA, Waldemar. O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces, 1917, p. 70.



Figura VII – Fotografia das alienadas em trabalho na Colônia de Engenho de Dentro



Fonte: ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces. *ABPNML*, 1917, p. 70.

Outro médico da colônia que se debruçou sobre a temática da praxiterapia foi Gustavo de Rezende. Em um artigo intitulado “A atividade geral ou psicomotora – semi-agitados” defendia que os princípios básicos da terapêutica, consubstanciados no lema “trabalho e amor”, eram “o trabalho como aplicação da atividade para uma finalidade econômica e o trabalho como aplicação da atividade para desafogo ao trabalho-recreio”. Ainda segundo o médico, o trabalho deverá obedecer a princípios psicológicos e ser “adequado às habilidades do paciente, levando em consideração o lado afetivo, isto é, o gosto do paciente, as suas preferências, estado mental, condições físicas, sexo, idade”. Destacava ainda que o enfermo “será levado ao trabalho pelo exemplo, por um convite delicado, sem qualquer constrangimento”.<sup>167</sup>

Em outro artigo, fazendo uma retrospectiva sobre o tratamento das alienadas durante a administração de Gustavo Riedel, Rezende destacava que o objetivo da praxiterapia era “desviar o paciente dos seus devaneios de introspecção, e o que é mais, chamar o paciente à realidade, corrigindo desse modo as suas idéias delirantes”.<sup>168</sup> O médico ainda observava uma relação das pacientes com o trabalho a partir de seus respectivos quadros nosográficos.

As parafrênicas melhoraram do seu delírio no serviço de auxiliares de enfermagem, ou de outro emprego de atividade em que se convenciam de ter alguma autoridade ou que agradavam aos chefes de sua

<sup>167</sup> REZENDE, Gustavo Augusto de. A atividade geral ou psicomotora – semi-agitados. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3-4, 1 e 2º sem. 1947, 1950a, p. 48.

<sup>168</sup> REZENDE, Gustavo Augusto de. Tratamento dos insanos na antiga Colônia de Psicopatas Mulheres no Engenho de Dentro, durante a administração do Dr. Gustavo Riedel. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3-4, 1 e 2º sem. 1947, 1950b, p. 55.

predileção. As dementes precoces processuais de forma de acessos (destruição descontínua da personalidade) puderam ter remissões prolongadas, empregando a sua atividade em um serviço de sua preferência ou que melhorasse a sua atividade inquieta, o seu desgosto de agir. Os epiléticos preferiam trabalhos manuais em que sua afetividade viscosa não fosse contrariada. Muitas eram colecionadoras e seriam peritas em trabalhos de cerâmica, confecção de colares, rosários, etc. Os oligofrênicos (débeis e imbecis) ou eram eréticos e preferiam trabalhos que exigiam esforço muscular ou eram apáticos e realizavam atos induzidos que puderam ser de utilidade quando selecionados. Os psicopatas constitucionais, fronteiriços ou esquizoides, tiveram uma atividade variável como o seu temperamento, pois em pouco tempo um trabalho qualquer determinava-lhes fadiga e aborrecimento.<sup>169</sup>

Ainda segundo o médico, no período de recuperação após crises de excitação ou depressão, muitas pacientes, “dado o seu antigo meio social, preferiam trabalho de limpeza e outros serviços de maior movimento”.<sup>170</sup> Analisando as atividades de recreio das pacientes, acreditava que “a dança ao som das músicas alegres, tocadas por bandas ou pelo piano” tinha dado melhor resultado. Quanto ao rádio, afirmava ter sido prejudicial às delirantes, alucinadas e agitadas. O cinema interessava apenas algumas pacientes e os desportos interessavam bem pouco.<sup>171</sup> Outra questão importante, segundo o médico, foi o trabalho remunerado nos períodos de acalmia ou de cura. Nesses períodos, as pacientes mostravam “um grande interesse em participar da ação coletiva, de ter novamente convívio social. Assim como o dinheiro e a tradução monetária do valor, assim a remuneração era para esses indivíduos a tradução social de sua cura ou melhora”.<sup>172</sup> Lia Riedel, que residiu dentro da área da colônia na época em que seu pai era diretor, comentou em uma entrevista de 1998 que nessas sessões de cinema eram exibidos filmes antigos, mudos, de Chico Bóia, o Gordo e o Magro e Charlie Chaplin, que uma parente de sua família tocava pianola e que, quando acabavam as sessões, as doentes dançavam umas com as outras. Lia referiu ainda que as pacientes usavam uniforme (saia larga e bata) e que as enfermeiras davam banho nas pacientes em conjunto numa sala enorme de ladrilhos com uma porção de chuveiros.<sup>173</sup>

Como foi possível observar, apesar de concordarem sobre o elemento econômico e terapêutico em torno do trabalho da paciente, esses médicos tinham visões muito específicas em relação aos efeitos da terapêutica nas pacientes. Os conteúdos e as nuances

---

<sup>169</sup> REZENDE, Gustavo Augusto de. Tratamento dos insanos na antiga Colônia..., 1950b, p. 55.

<sup>170</sup> *Idem*.

<sup>171</sup> REZENDE, Gustavo Augusto de. Tratamento dos insanos na antiga Colônia..., 1950b, p. 55.

<sup>172</sup> REZENDE, Gustavo Augusto de. Tratamento dos insanos na antiga Colônia..., 1950b, p. 56.

<sup>173</sup> RIEDEL, Lia. *Lia Riedel. Entrevista de História Oral*, 2021, p. 9.

das práticas dos médicos da Colônia de Engenho de Dentro é algo que vamos ver no último capítulo. Aqui fechamos as narrativas do administrador e dos médicos da instituição sobre a praxiterapia, e partimos para a historiografia sobre o trabalho dos pacientes manicomiais.

No capítulo que abre a obra *Work, Psychiatry and Society, c. 1750-2015*, Waltraud Ernst indica que a extensão com que o trabalho físico foi empregado em regimes médicos no período moderno parece estar ligada a mudanças no tecido social e econômico das sociedades europeias que ocorreram a partir de meados do século XVIII. Segundo nosso autor, “o principal desses desenvolvimentos foi a mudança do locus do tratamento dos doentes mentais: a partir de meados do século XIX os pacientes estavam cada vez mais confinados em manicômios públicos de grande escala” (ERNST, 2016a: 5). Ernst destaca que, em muitos lugares, o século XIX não foi só o século da industrialização e da urbanização, mas também o apogeu da *workhouse*, que, como observa o autor, para Foucault tinha como objetivo instalar “uma nova ‘consciência ética do trabalho’, e a transformou em um símbolo moral que afirmava o valor do trabalho” (ERNST, 2016a: 5). O autor ainda aponta que, como produto da ascensão de uma “ética de trabalho protestante”, como sugeriu Max Weber, “os significados de ‘movimento’, ‘atividade’ e ‘exercício’ não eram mais os mesmos que nas tradições médicas hipocráticas ou pré-modernas subsequentes” (ERNST, 2016a: 5). Contrapondo-se à visão de Foucault de que o uso do trabalho do paciente pelo Retiro de York na Grã-Bretanha representou uma tentativa de impor “submissão à ordem”, Ernst entende que “pode ser justo sugerir que o trabalho no contexto da ‘terapia moral’, tal como praticado no Retiro, vise a conformidade social através de meios humanitários” (ERNST, 2016a: 7). Contudo, apesar dos princípios da terapia moral serem ainda amplamente celebrados no final do século XIX, a viabilidade de implementá-los nas instituições públicas de grande escala que surgiram em toda a Europa era restrita. Nesse cenário, o trabalho do paciente “foi mais facilmente mantido como uma pedra angular da gestão institucional do insano e um gerador de renda” (ERNST, 2016a: 7).

Ernst explica que durante o período moderno, o trabalho dos pacientes constituiu uma das principais características das instituições psiquiátricas, sendo considerado não apenas terapêutico, mas também como ferramenta para contribuir para a manutenção desses estabelecimentos. Do final do século XIX e início do século XX, “a ênfase passou a ser cada vez mais no lucro institucional, na intolerância à ‘ociosidade’ e no trabalho como a configuração padrão, e não como uma questão de escolha do paciente” (ERNST,

2016a: 7-8). Outra grande descontinuidade com conceituações anteriores e não ocidentais, na época em questão, diz respeito, segundo o autor, “à ênfase na classe ou raça social de uma pessoa, em vez de apenas sua condição física e mental individual” (ERNST, 2016a: 8). Nesse sentido, ele destaca que, ao longo do século XIX, o advento de grandes instituições públicas para pobres ao lado de estabelecimentos privados para ricos “proporcionou um foco em que tipo de trabalho era adequado para que tipo de classe social”, ao mesmo tempo em que considerações raciais entraram em ação, superando divisões de classe em países colonizados, como a Índia (ERNST, 2016a: 8). Ernst argumenta que trabalho, psiquiatria e sociedade estão intrinsecamente relacionados e que as experiências de trabalho e atividade dos pacientes em instituições psiquiátricas são mutáveis ao longo do tempo, sendo determinadas por predisposições e inclinações individuais dos pacientes e, também, pelos contextos sociais, institucionais e médicos mais amplos dentro dos quais o trabalho é gerado (p. 10).

No primeiro capítulo da obra acima referida, Jane Freebody afirma que o trabalho do paciente não foi teorizado como parte integrante do tratamento moral na Grã-Bretanha, França e Toscana antes do século XIX, embora tenha sido realizado em vários manicômios nas últimas décadas do século XVIII. Além disso, a ocupação era quase exclusivamente conceitualizada em relação ao quadro humoral dos seis não-naturais que “compreendiam ar, comida e bebida, exercício e descanso, sono e vigília, saciedade e evacuação e as paixões e emoções” (FREEBODY, 2016: 34). Freebody observa que as recomendações inglesas para práticas de trabalho em asilos se tornaram consideravelmente mais sofisticadas somente na década de 1820, “quando a industrialização e a modernização da economia aceleraram após as Guerras Francesas, e as preocupações com a pobreza e os desempregados aumentaram”. Antes disso, as orientações “para o tratamento moral estavam focadas no controle dos pacientes por meio da ascendência do médico, e não na convocação de sua polícia interna (*police interieure*)” (FREEBODY, 2016: 49). Quanto ao alienista francês Philippe Pinel (1745-1826), Freebody observa que ele defendia, efetivamente, uma mistura de controle externo e interno de seus pacientes, ou seja, de meios coercitivos e formas de internalização de padrões morais. Em vista dessas considerações, pode-se dizer que, na reportagem do *Jornal do Brasil* referida anteriormente, Braule Pinto se posiciona a favor de um tratamento gentil (controle interno).

No terceiro capítulo da obra organizada por Ernst, James Moran identificou a questão do trabalho útil dos pacientes psiquiátricos. Segundo este, em meados do século

XIX, no Asilo de Nova Jersey, o trabalho do paciente, concebido para o aperfeiçoamento mental, deveria estar orientado para a satisfação das necessidades materiais do asilo e a redução dos custos institucionais. Argumentava-se que “embora outras formas de exercício e diversão fossem de benefício constitucional para os pacientes asilados, elas não poderiam igualar os poderes do trabalho produtivo” (MORAN, 2016: 93). Em diálogo com os estudos revisionistas pioneiros de Andrew Scull sobre o desenvolvimento do asilo inglês, Moran aponta que, em particular, a emergência de um mercado de trabalho constituiu “o primeiro incentivo para distinguir muito mais cuidadosamente do que até agora as diferentes categorias de desvios. No mínimo, nessas condições, foi preciso enfatizar pela primeira vez a importância de distinguir os pobres fisicamente aptos dos pobres incapazes” (MORAN, 2016: 78). Por fim, assumindo preceitos de Marx e Weber em relação ao trabalho, conclui que, como estratégia de reabilitação no asilo público para pacientes psiquiátricos, este era sinônimo do ideal de produtividade de classe média de meados do século XIX.

O décimo primeiro capítulo da obra foi redigido por Monika Ankele, sobre o hospital mental Hamburg-Langenhorn durante a República de Weimar. Ankele também nota que se, por um lado, o trabalho dos pacientes era referido nos relatórios anuais de Langenhorn por seus efeitos terapêuticos, por outro, ele não era visto como uma cura para doenças mentais: “em vez disso, destinava-se a desviar o foco dos pacientes da ocupação interna para a externa, para evitar a autoabsorção e incentivar a participação na vida comunitária da instituição, e ajudá-los a se tornarem novamente membros ‘úteis’ da sociedade” (ANKELE, 2016: 245). A autora destaca que, ligada diretamente aos interesses do Estado, a ambição primária da terapia do trabalho já não era a cura do paciente, mas sua reintegração no mercado de trabalho e no processo de produção, assim “cura e ‘recuperação’ não eram mais direcionadas principalmente a um transtorno somático e suas possíveis causas” (ANKELE, 2016: 243). Tratando do fato dos pacientes ajudarem os funcionários nos serviços do hospital psiquiátrico alemão Hamburg-Langenhorn no período de Weimar (1919-33), e de seu superintendente admitir que não era apenas por razões terapêuticas que isso se dava, a autora observa que “a linha entre a ocupação por razões terapêuticas e a ocupação que atendia às necessidades privadas da equipe era permeável” e “a utilidade do trabalho era vista como crucial para a terapia de trabalho” (ANKELE, 2016: 245, 248).

A situação explicitada por Ankele foi observada, inclusive, pela psiquiatra alagoana Nise da Silveira nos anos de 1940, no âmbito do Centro Psiquiátrico Nacional

(CNP), que destacava que “muitos doentes eram ocupados em trabalhos braçais, serviços de limpeza das enfermarias e das instalações sanitárias, sendo que pequenas verbas eram destinadas para gratificá-los” (DIAS, 2003: 54, *apud* SILVEIRA, 1966: 38). Inclusive, uma das coisas que essa psiquiatra, considerada “heroína do Brasil”, fez foi, à frente da Seção de Terapia Ocupacional e Reabilitação do CPN, “criar um espaço de atividades expressivas que promovessem uma potência terapêutica” (MAGALDI, 2018: 127). A ligação entre trabalho e coerção no manicômio de Engenho de Dentro teria começado a ser quebrada em meados da década de 1940 por Nise da Silveira.

Em sua obra *Historia cultural de la Psiquiatria*, Rafael Huertas argumenta que as características do espaço de observação são fundamentais para compreender o advento “de uma entidade nosológica, uma descrição clínica ou uma teoria psicopatológica”. Nesse ponto, Huertas dialoga com o pensamento do psiquiatra e historiador francês Georges Lantéri-Laura, que, no artigo *La chronicité dans la psychiatrie moderne française* (1972), explica que a doença aguda desapareceu do campo da psiquiatria<sup>174</sup> justamente na época do surgimento dos grandes asilos. Nesse contexto, os pacientes psiquiátricos passaram a ser classificados como crônicos, o que por si só justificaria as longuíssimas permanências desses sujeitos em instituições psiquiátricas, onde eles deveriam trabalhar. Lantéri-Laura relaciona o surgimento e o uso do termo crônico em doença mental ao interesse em aproveitar, por longos períodos, no âmbito dos grandes asilos, a capacidade de trabalho dos pacientes (LANTERI-LAURA, 1972). Dessa forma, a ideia de cronicidade contemplaria, efetivamente, a realidade institucional pela necessidade de os pacientes permanecerem na instituição por um período de tempo suficiente para aprenderem e desempenharem, ali, um determinado ofício, estabelecendo uma relação direta entre a criação do termo de crônico, a viabilidade didática da laborterapia e sua essência econômica – especialmente no modelo colonial.

Huertas, por sua parte, chama a atenção para a subjetivação da norma por parte do interno. Segundo o autor, o dispositivo e a prática asilar são atravessados por três eixos: “poder”, “verdade” e subjetivação, de tal forma que “o sujeito deve endossar as regras que lhe são impostas” (HUERTAS, 2012: 37) Assim, o tratamento moral “aparece como instância normalizadora, com uma tecnologia precisa destinada a convencer o louco de

---

<sup>174</sup> O autor aponta que tratados modernos reservam cinco a dez vezes mais páginas para doenças crônicas do que para doenças agudas, e que a desproporção é mais discreta na tradição psiquiátrica francesa e italiana, e mais acentuada na tradição psiquiátrica anglo-saxônica, germânica e russa (LANTERI-LAURA, 1972: 550).

seu ‘erro’, o que nos leva, como não poderia ser de outra forma, a considerar o autocontrole, o *self restraint*, como elemento em que a intervenção sobre a subjetividade individual adquire uma importância de primeira ordem” (p. 56). Além disso, explica o autor, atuar sobre a perturbação psíquica por meio do tratamento moral implicava “uma profunda mudança no modo de ‘pensar a loucura’. Uma ruptura com a ideia de ‘loucura completa’ e um reconhecimento de que há sempre um resquício de razão no louco, que o louco ‘não está de todo louco’” (p. 59). Este é o contexto do nascimento do manicômio como instituição terapêutica (da clínica psiquiátrica), com Pinel, sua concepção unitária de “alienação” e vontade de classificar suas diferentes variedades e sua crença de que a alienação seria “curável” por meio de um tratamento psíquico (moral) (p. 61). Por último, pensando terapêutica e disciplina, Huertas chama a atenção para o fato de que, ao contrário do que poderia nos levar a crer uma leitura confiante dos tratados médicos, a análise das histórias clínicas mostra que “a vontade terapêutica e as medidas disciplinares coexistiram na prática psiquiátrica e que não podem necessariamente ser enquadradas em dois modelos interpretativos diferentes” (p. 159).

Com essas ideias em mente, consideramos as experiências das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro em relação à terapia pelo trabalho a partir de suas histórias clínicas.

### **1.5. A terapia pelo trabalho a partir das fontes clínicas**

Antes de analisar as histórias clínicas referentes ao trabalho na instituição, é importante apresentar os dados estatísticos a respeito do campo “gênero de trabalho a que se dedica” dos livros de observação médica. Considerando apenas os campos com informação (n=1.161), que correspondem a 45% do total de pacientes, 44% dessa amostra trabalharam na instituição e 56% não trabalharam. Confrontando a observação médica e o campo “gênero de trabalho a que se dedica”, verificamos que, em muitos casos, consta na primeira que a paciente trabalhava, mas o último ou está vazio ou informa “nenhum trabalho”. Ainda de acordo com essa amostra, as pacientes brancas, não brancas e estrangeiras “ativas” correspondem, de modo respectivo, a 47%, 45% e 39% (“inativas”, 53%, 55% e 61%). Ou seja, a taxa de rejeição ao trabalho foi maior entre as estrangeiras e ligeiramente menor entre as nacionais brancas em comparação as não brancas. A análise dos grupos estrangeiros de maior expressividade demonstra ainda que entre as portuguesas, italianas e espanholas a rejeição ao trabalho correspondeu a 66%, 50% e

47%, respectivamente. Abaixo apresentamos uma tabela dos principais trabalhos realizados pelas pacientes nacionais (brancas, pardas e pretas) e estrangeiras.

Quadro III – Agrupamento dos trabalhos realizados pelas pacientes da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932)

<b>Trabalho</b> <sup>175</sup>	<b>Branças</b>	<b>%</b>	<b>Pardas</b>	<b>%</b>	<b>Pretas</b>	<b>%</b>	<b>Estran-geiras</b>	<b>%</b>
limpeza, limpeza geral, do terraço, dos dormitórios, da enfermaria, do PPEP, do Pavilhão Juliano Moreira, serviços domésticos, serviços gerais	36	31	41	35	26	23	13	11%
lavanderia, roupa, passar ferro na roupa,	15	31	15	31	12	25	6	13
cozinha, cozinha, copa, copa da enfermaria, refeitório, dispensa	32	29	32	29	37	33	10	9
sala de trabalho de agulha, costura, confecção, bordados, crochê, rendas, trabalhos manuais	72	53	33	24	9	7	24	17
lavoura, capinação, aterro, horta, pomar, jardim, galinheiro, criação de galinhas/aves, apiário	16	26	15	24	22	35	9	15

O quadro mostra que as pacientes nacionais brancas e, também, estrangeiras trabalharam mais em serviços de agulha, enquanto as nacionais não brancas trabalharam mais nos demais serviços, na seguinte ordem de importância: atividades rurais, atividades relacionadas à alimentação, ao cuidado da roupa e de limpeza. A AHF apareceu ao todo

<sup>175</sup> Optamos por não incluir na tabela oito casos de trabalho na AHF, três na enfermaria e um na SPC (não consta que fosse realizando serviços de limpeza), por não serem números expressivos. Também suprimimos os serviços de 29 pacientes que tinham ocupações em mais de um dos agrupamentos.



onze vezes como trabalho (três brancas, três pardas, três pretas e uma portuguesa): oito vezes sozinha e as demais junto com os serviços copa (3), horta (2), limpeza geral (2) e pomar (1). Este dado parece reforçar a importância da capacidade de trabalho das pacientes encaminhadas para essa assistência.

Duas reportagens de jornal e um artigo médico que trataram da praxiterapia na Colônia de Engenho de Dentro nos ajudam ainda a pensar a mensuração quantitativa do trabalho na instituição. De acordo com uma entrevista com Braule Pinto publicada pelo jornal *A Época* em 15 de janeiro de 1915, em janeiro daquele ano existiam, na colônia, 75 doentes em serviço ativo (29,52%) e 179 gozando a boa vida (70,47%).<sup>176</sup> Tratando dos primeiros anos da gestão de Ernani Lopes, o médico Edgard de Almeida apontou que em 1933 existiam 165 pacientes (29,9% da população total da colônia) trabalhando e em 1935, 159 (27% da população). O médico observou ainda que, excluídas as pacientes falecidas, transferidas e que tiveram alta de 1933 a dezembro de 1935, 28,5% das enfermas que trabalhavam permaneceram em suas funções por dois anos; ao passo que outras deixaram “os serviços por extinção de oficinas e outras abandonaram-no voluntariamente ou se transferiram para serviços diversos”.<sup>177</sup> Por último, uma entrevista com Ernani Lopes, publicada pelo jornal *O Radical* em 17 de agosto de 1941, destacou que havia na então Colônia Gustavo Riedel seiscentas mulheres internadas e apenas trinta trabalhando (5%).<sup>178</sup> A partir desses dados, é possível imaginar que, nas gestões dos dois primeiros diretores, houvesse em torno de 30% das pacientes em serviço, e que essa taxa caiu para 5% no início dos anos de 1940. Vale destacar que não encontramos dados estatísticos referentes à gestão de Riedel e que estamos acreditando que os números de 1932 não sejam muito diferentes de 1933.

Edgard de Almeida entrou em 14 de agosto de 1935 no exercício de suas funções na colônia, sendo designado para servir no serviço de praxiterapia. Segundo o médico, esse serviço não vinha tendo “o desenvolvimento e a orientação que deveria ter”. Assim, a partir de um levantamento do serviço, concluiu que este vinha sendo realizado com o aproveitamento das doentes apenas em serviços comuns; que, por deficiência de pessoal e material, os serviços não duravam muito tempo (flores e tamancos, por exemplo), e, por último, que o número de doentes inativas chegava a 429 doentes (73% da população).<sup>179</sup>

---

<sup>176</sup> COLÔNIA de Alienadas de Engenho de Dentro, 1915, p. 3.

<sup>177</sup> ALMEIDA, Edgard de. Relatório do Serviço de Praxiterapia. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1936, pp. 247-248.

<sup>178</sup> UM MUNDO diferente do nosso. *O Radical*, ano X, n. 3.365, 17 de agosto de 1941a, p. 6.

<sup>179</sup> ALMEIDA, Edgard de. Relatório do Serviço de Praxiterapia, 1936, p. 248.

Para Edgard de Almeida, “a solução do problema da praxiterapia se resume unicamente em mera questão econômica”, de modo que “para sua solução bastaria que se obtivesse dos poderes competentes duas verbas, uma para material, outra para pessoal”.<sup>180</sup> Braule Pinto, em 1915, também se referia à falta de capital para dar impulso aos serviços. Segundo ele, com as 75 pacientes em serviço ativo, a colônia poderia ser uma boa fonte de renda, o que deveria ser empregado em benefício das próprias doentes, mas isso esbarrava na falta de capital para dar impulso a serviços de lavoura e criação de animais. O primeiro diretor da colônia mencionou ainda a impossibilidade de se estabelecer uma obrigatoriedade em relação ao trabalho. “Com paciência evangélica, é preciso atraí-las ao trabalho com muita doçura, muito carinho, incentivando-as por uma série bem calculada de estímulos e de prêmios”. Sobre a recusa ao trabalho, apontou que “a maioria das doentes, a que não trabalha ‘porque não quer’, ‘porque maluca não trabalha’, por muitas outras razões, recolhe-se a uma grande sala, sob a fiscalização das guardas”.<sup>181</sup> Segundo a reportagem, a maior preocupação das pacientes era com a alta médica. “Quando é que eu vou embora, seu doutor? Era o tema, sintetizado ou desenvolvido de mil modos, em súplicas lacrimosas, em pedidos meigos, em olhares de desdém, em esgares raivosos, e uma preta baixinha e reforçada, espumando, afirmava eloquentemente que em casa ‘também tinha comida’”.<sup>182</sup>

Já os dados fornecidos pelas análises das observações médicas mostraram, em primeiro lugar, que os termos praxiterapia e laborterapia, empregados nos artigos médicos, não eram utilizados pelos médicos na clínica psiquiátrica, no período estudado (1911-1932). As palavras e expressões utilizadas para se referir ao trabalho das pacientes na instituição eram auxilia, ajuda a serventes e enfermeiras, presta-se, trabalha com vantagem, proveito etc. Em segundo lugar, os primeiros e os últimos livros de observação estudados não mencionavam muito a questão do trabalho. Entre 1917 e 1921, período de altas taxas de transferências entre o HN e a Colônia de Engenho de Dentro, o panorama foi diferente, pois houve uma espécie de discussão, nos livros de observação da colônia, a respeito do estado e do nível de aproveitamento das doentes. Esse debate aparece mais precisamente nas notas clínicas enviadas pelo HN junto com as pacientes transferidas

---

<sup>180</sup> *Idem.*

<sup>181</sup> COLÔNIA de Alienadas de Engenho de Dentro, 1915, p. 3.

<sup>182</sup> *Idem.*

para a colônia e transcritas nos referidos livros, onde são, na maioria das vezes, seguidas de réplicas do médico da colônia Waldemar de Almeida.<sup>183</sup>

O fluxo de transferência de pacientes foi intenso desde a inauguração da colônia até 1922 (como pode ser observado nos anexos IX e X), de modo que o período em que Almeida atuou como alienista na Colônia de Engenho de Dentro parece ter sido decisivo para as questões relacionadas ao trabalho das pacientes. Almeida foi designado, por portaria de 8 de fevereiro de 1917 do diretor geral da Assistência a Alienados, para exercer, interinamente, o lugar de assistente na Colônia de Engenho de Dentro, preenchendo então o lugar vago pelo falecimento, em 24 de janeiro de 1917, do médico Paulo Affonso de Araújo Costa, que havia sido nomeado para o referido cargo por portaria de 1º de fevereiro de 1916.

Por meio das referidas notas, o hospício buscava exercer um papel pedagógico estratégico em relação à aclimação das doentes ao trabalho e à colônia. Com o intuito de facilitar a adaptação das pacientes ao regime colonial, tais notas indicavam se elas já haviam trabalhado ou não no hospício e em quais serviços, quais habilidades já haviam demonstrado, os ofícios que traziam de fora, e se eram “calmas, de humores benévolos e trabalhadeiras/trabalhadoras”; e, numa abordagem mais médica, informava-se também sobre os resultados, na grande maioria negativos, dos exames de Wassermann e von Pirquet, para sífilis e tuberculose. Na realidade, havia, nestes comunicados, uma crítica implícita à falta de aptidão do pessoal da colônia para essas tarefas.

O fato é que as notas visavam informar pontos de maior facilidade ou resistência para a aclimação da paciente na colônia. Neste sentido, em alguns casos se apontavam precauções que deveriam ser tomadas para evitar a não adaptação ao trabalho, como tratar a paciente com jeito, dar ordens para trabalhar, procurar utilizá-la em serviços leves etc. De fato, na maior parte dos casos, as notas enviadas pelo hospício indicavam como as pacientes poderiam ser aproveitadas na Colônia de Engenho de Dentro, sem deixar de apelar para a capacidade de persuasão do pessoal desta instituição para adaptar as pacientes ao trabalho.

A nota referente à paciente Maria Ângela Soto<sup>184</sup> (branca, casada, natural da capital federal, doméstica, alguma instrução, 32 anos, diagnóstico de psicose periódica–

---

<sup>183</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Carlos Maximiliano Pereira dos Santos. Agosto de 1918.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1918, p. 60.

<sup>184</sup> N. 1.422, Livro 11 de Observação.

síndrome histeroide, internada na colônia em dezembro de 1919 e removida desta em abril do ano seguinte), por exemplo, destacava que ela era “uma paciente reclamante, que deve ser muito agradada para que reconheça parte dos benefícios recebidos”. Percebe-se que, em certos casos, foi necessário ocultar as relações de poder que permeavam o trabalho das pacientes na instituição para conseguir fazer com que elas se entregassem a algum mister.

No entanto, as estratégias discursivas do hospício teriam se mostrado uma faca de dois gumes, pois abririam precedentes para que as pacientes fossem devolvidas pelo fato das informações serem inverídicas, de acordo com os médicos da colônia. Após transcrever as notas em questão nos livros de observação da colônia, como já referimos, Waldemar de Almeida se dispunha a observar as pacientes, dialogando com as informações presentes nesta resenha clínica. Na maioria dos casos, o médico rebatia a tentativa de anunciar as doentes transferidas como aproveitáveis, apontando diversos problemas relacionados à presença delas no meio colonial, como agitação, agressividade, tendência à fuga, desnutrição, verminoses, escorbuto, tuberculose, quadros febris etc. Após críticas por parte da colônia quanto às condições de saúde das pacientes, as notas do hospício passaram a incluir também informações sobre algumas questões médicas, como, por exemplo, a realização de tratamentos para verminoses e sífilis. Assim, ficava claro que, para evitar o retorno de pacientes para o hospício, não bastava apenas indicar as estratégias de persuasão com relação ao trabalho, era necessário enviar as pacientes previamente tratadas, e, também, submetidas a alguns exames importantes. Importa ressaltar que algumas notas foram corroboradas pelo médico da colônia, tendo certas pacientes, inclusive, se adaptado ao mesmo trabalho que já faziam no hospício. A partir da análise das observações feitas por Almeida é possível identificar ainda uma distinção das pacientes em pouco, algo ou muito aproveitáveis.

A paciente Rosa da Conceição<sup>185</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, 51 anos, diagnóstico de psicose periódica) viveu na assistência psiquiátrica mais de catorze anos, destes sete anos foram na colônia, de onde teve alta por óbito em abril de 1929 de nefrite crônica, insuficiência cardíaca. De acordo com a nota do hospício, seu estado era o seguinte: “compleição sofrível; emagrecida; é uma doente que, quando melhora de sua nutrição, fica com disposição de trabalhar, no auxílio da limpeza da Seção (varre etc.)”. Já na colônia, em outubro de 1919, Waldemar de Almeida apontou que se tratava de uma

---

<sup>185</sup> N. 1.346, Livro 10 de Observação.

mulher muito emagrecida, com palidez no tegumento cutâneo e das mucosas, que não se adaptou a nenhum trabalho oferecido.

Outra paciente que tinha um histórico de desnutrição era Ana Garcia<sup>186</sup> (branca, natural da capital federal, casada, doméstica, 26 anos e alguma instrução, diagnóstico de psicose periódica) que permaneceu quase 25 anos na instituição de Engenho de Dentro, de onde saiu em maio de 1945 transferida para a CJM. Faleceu em dezembro de 1950 de caquexia, pelagra. Em novembro de 1920, Waldemar de Almeida registrou que a paciente se encontrava bem-disposta e regularmente nutrida; calma, deprimida, reservada; não tendo se adaptado a nenhum trabalho. Contudo a nota clínica trazida do hospício indicava o seguinte:

Esta doente que não se tem agitado depois que entrou para esta seção acha-se muito melhorada. Seu estado geral que era de desnutrição acentuada fez sensíveis modificações: de muito pálida que era e indisposta para qualquer serviço se *tornou corada e trabalhadora*. Auxíla no serviço do terraço.

Ao que tudo indica, essa mulher entrou com uma desnutrição acentuada no hospício, onde permaneceu por quase cinco meses, sendo alimentada, até ser enviada para a colônia para ser adaptada a algum trabalho. As notas clínicas do hospício dão conta do ingresso, nas primeiras décadas do século XX, de muitas pacientes subalimentadas nesse estabelecimento. Assim, se dentro da instituição, como vimos anteriormente, havia problemas de abastecimentos de alimentos, do lado de fora a realidade não era muito diferente.

Como esta nota, muitas outras ligaram a melhoria do estado de saúde da paciente ao restabelecimento de sua capacidade de trabalho. Portanto, é possível pensar que a necessidade de transformar as pacientes em elementos úteis para compensar o custo da internação tenha pressionado pela adoção de cuidados físicos dentro da assistência psiquiátrica (criação e manutenção da força de trabalho das internas). Ou seja, alguma assistência médica e disciplinarização para o trabalho na instituição andaram, muitas vezes, lado a lado.

O caso de Albertina Ferreira<sup>187</sup> (parda, natural do Rio de Janeiro, casada, doméstica, 37 anos e quase nenhuma instrução, diagnóstico de psicose tóxica alcoólica), que deixou a colônia com uma alta médica em 27 de janeiro de 1920, depois de três meses de internamento, também é exemplar para analisar os conflitos entre o hospício e a

---

<sup>186</sup> N. 1.499, Livro 12 de Observação (grifo nosso).

<sup>187</sup> N. 1.390, Livro 11 de Observação.

colônia. A nota clínica dessa paciente referia o seguinte: “teve infecção sífilítica. Não tem alucinações. É calma e trabalhadora, presta os mais variados serviços, costura, cozinha, copa etc.”.

Na colônia, em 2 dezembro de 1919, o médico Waldemar de Almeida sublinhou que a paciente estava orientada e não revelava distúrbios psicossensoriais, mas se encontrava “astênica, anêmica, amenorreia, emagrecida, tuberculosa. Veio do Hospital com escabiose. Hipertrofia da glândula tireoide. Ainda não trabalhou; tem estado na enfermaria”. Almeida ainda destacou que a paciente, internada com o diagnóstico de psicose tóxica alcoólica, negava, peremptoriamente, o uso de álcool, e apenas dizia ter o vício de fumar cachimbo; e referiu ter sido internada devido a distúrbios mentais que apresentou após uma forte hemorragia. O médico, falando a favor de Albertina, pontuou que, nessa época, a observada encontrava-se empregada na Rua da Lapa; essa referência, provavelmente, contribuiu para a sua alta médica como prova de uma mente racional.

Por meio desta e de outras observações, o médico criticava o pessoal do hospício que, dizendo enviar uma doente dita “colonizável”, transferia, na verdade, uma paciente em péssimo estado de saúde, necessitando de cuidados na enfermaria e não podendo trabalhar.<sup>188</sup> Por outro lado, devido à mesma preocupação institucional, outras pacientes teriam encontrado na colônia um lugar onde a sua saúde se deteriorou, tanto pela tendência dos médicos em considerar as queixas das pacientes como fingimentos para se esquivar ao trabalho como pelas próprias condições higiênico-sanitárias inadequadas do estabelecimento, que contribuíam para a propagação de doenças.

Essa problemática envolvendo o HN e a Colônia de Engenho de Dentro se assemelha aos conflitos passados no México entre o “Manicomio General de La Castañeda” (1910-1968) e a Granja de San Pedro del Monte, criada em 1945 como uma extensão desse manicômio. Contudo como observa Cristina Sacristán, a lei que autorizou a criação da Granja não deixava a menor dúvida de que *La Castañeda* não tinha a menor interferência na nova instituição tanto médica quanto administrativamente, o que coube a um Patronato dependente da *Secretaría de Salubridad y Asistencia*. Segundo a autora, os primeiros quatro anos de funcionamento da Granja (1945-1948) por ela estudados “podem ser considerados como um período de transição, caracterizado por uma luta intensa entre as duas instituições, pois, enquanto *La Granja* ganhava vida própria, a capacidade de *La Castañeda* de controlá-la ia desaparecendo” (SACRISTÁN, 2003: 59).

---

<sup>188</sup> *Idem.*

Nesse sentido, é notável que o impasse entre o hospital urbano e sua primeira e principal colônia agrícola no México tenha sido o fato de que, para a Granja, “estavam sendo enviados os melhores pacientes e não precisamente os incuráveis” (SACRISTÁN, 2003: 62). Ortiz Escudero, diretor da Granja, era taxativo no sentido de que “só receberia enfermos ‘com transtornos mentais ou físicos que não os incapacitassem para a aprendizagem e o desempenho das atividades agrícolas’” (SACRISTÁN, 2003: 62). O fato do estabelecimento de Engenho de Dentro ter que se dirigir diretamente ao HN não impediu que as disputas em torno das pacientes aproveitáveis e inaproveitáveis ocorressem entre eles; no caso da colônia aqui estudada parece que isso foi, efetivamente, parar na clínica psiquiátrica.

Por trás desse conflito acerca das pacientes inaproveitáveis, como já referimos, estava o incremento das transferências de pacientes por parte do hospício como também da colônia. Ao escoar um grande número de pacientes para a colônia – muitas das quais não necessariamente crônicas e aptas ao trabalho, mas pacientes com quadros agudos e, também, com doenças infectocontagiosas – o pessoal do HN buscou utilizar estratégias discursivas mais conformes ao modelo colonial. Ou seja, essa “pedagogia” do hospício denota uma preocupação com o seu quadro de superlotação e teria como objetivo evitar, num contexto de incremento do número de pacientes transferidas pelo estabelecimento da Praia Vermelha, as constantes remoções de pacientes por parte da colônia por incompatibilidade com o regime colonial. Nesse sentido, é relevante perceber que essas notas surgem em 1917, ou seja, seis anos depois da inauguração da colônia, momento em que o hospício intensificou as transferências e retransferências de pacientes devolvidas por incompatibilidade com o regime colonial. Nestes casos, como se verá, o hospício agia com mais cerimônia e sutileza. Aliás, essa intensa movimentação revela que muitas pacientes eram indesejadas tanto no hospício como na colônia e que, nesse jogo de empurra, algumas pacientes acabaram recebendo alta na colônia e, provavelmente, no hospício também.

Ao fim e ao cabo, pode-se pensar que tanto o hospício como a colônia buscavam, por meio das transferências, resistir à entrada de certo contingente populacional, a fim de sobreviver enquanto instituição assistencial. Dessa forma, teria havido um esforço argumentativo, de ambos os lados, para defender seus próprios interesses. A mesma paciente remetida pelo hospício e removida da colônia era descrita de formas completamente diferentes, às vezes opostas. Da parte do hospício, muitas vezes foram superestimadas e subestimados, respectivamente, as aptidões de trabalho e os sintomas

das pacientes, como as crises de agitação (duração e intensidade), os impulsos agressivos e, inclusive, os estados de desnutrição. Os médicos da colônia, provavelmente, também maximizavam e minimizavam determinados dados.

Entretanto, cabe dizer que, ao apontar as estratégias discursivas por parte do hospício, não se quer desconsiderar o interesse real deste estabelecimento em tornar a colônia uma instituição rentável por meio do trabalho das pacientes, mas ressaltar os elementos administrativos e clínicos presentes no processo de transferência de pacientes do hospital urbano para a sua colônia feminina. Do mesmo modo, entende-se que, em nome da praxiterapia ou sob esta alegação, a instituição de Engenho de Dentro também devolveu várias pacientes classificadas como inaptas ao trabalho para o hospício, e que, a despeito da retórica de incompatibilidade, a prática do hospício com relação às transferências de sua população excedente, de fato, se chocava com a cobrança para que a colônia se apresentasse como uma “empresa lucrativa”.

Evidencia-se que a remoção por incompatibilidade com o regime colonial podia estar relacionada a diferentes fatores comportamentais e médicos. Mas, em geral, o grande motivo desta incompatibilidade era a agitação somada ao não trabalho. Muitas pacientes calmas que não trabalhavam, bem como as semiagitadas que eram ativas, permaneceram na instituição por muito tempo. Já as pacientes com crises depressivas e, sobretudo, de agitação, além de não trabalharem, faziam pressão sobre os recursos da sala de clinoterapia, que se tornava, nesse contexto, uma unidade cada vez mais central na colônia. Esta sala, batizada em 1921 de Sala Paulo Costa,<sup>189</sup> era um espaço destinado a oferecer descanso no leito (clinoterapia), duchas frias ou quentes (balneoterapia) e, também, tratamentos como hipnóticos, sedativos, ópio, injeções de sedol, luminal etc. Cabe registrar que tal sala foi fechada em 17 de junho de 1942.<sup>190</sup> Em síntese, a colônia foi resistindo, mas, também, se ajustando ao envio de pacientes “agudas”, especialmente através dessa espécie de emergência psiquiátrica. Ela parecia resistir tanto devido aos seus limitados recursos materiais e humanos como porque precisava apresentar uma produtividade compatível com o seu modelo assistencial. Na prática, dizer que a paciente

---

<sup>189</sup> Paulo Affonso de Araújo Costa (-1917) foi assistente alienista do Hospital Nacional de Alienados, mas na década de 1910 esteve em exercício na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Ver PAULO Afonso Costa (traços biográficos). Alocação pronunciada na Soc. Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Med. Legal, Tip. do Hosp. Nacional de Alienados, 1918.

<sup>190</sup> REZENDE, Gustavo de. Relatório dos serviços do Pavilhão "Juliano Moreira" (andar superior) em 1942. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943b, p. 439.



estava na clinoterapia ou na balneoterapia era o mesmo que afirmar que ela não trabalhava.

Uma das pacientes tratadas na sala de clinoterapia foi Castorina dos Santos<sup>191</sup> (parda, natural de Minas Gerais, solteira, doméstica, 16 anos, diagnóstico de imbecilidade), removida da colônia em abril de 1922 por não ser adaptável ao regime colonial, depois de permanecer em torno de dois anos e meio na instituição. Em dezembro de 1919, Waldemar de Almeida anotou que, desde a sua entrada, a paciente manifestava crises de agitação psicomotora e um estado de confusão mental, pelo que se encontrava na sala de clinoterapia, onde, no entanto, pouco havia melhorado. Já a nota do hospício havia sublinhado o seguinte: “é uma imbecil. Só presta serviços fáceis e grosseiros”.

A Sala Paulo Costa representava o isolamento e a medicalização das pacientes dentro do *open-door*. Era, na verdade, o que havia ali de mais parecido com um asilo fechado. Na observação da paciente Rita Corrêa<sup>192</sup> (branca, brasileira, solteira, 12 anos, doméstica, diagnóstico de epilepsia e demência precoce), registrou-se que ela estava sempre agitada na Sala Paulo Costa, “de onde sai de tempos a tempos para um passeio pela Colônia”.

Sobre a relação entre trabalho da paciente e reabilitação, cabe destacar o caso da paciente Ursulina Peçanha<sup>193</sup> (parda, natural da capital federal, solteira, doméstica, 33/35 anos, quase nenhuma instrução, diagnóstico de alcoolismo/psicose tóxica alcoólica), removida da colônia duas vezes, uma em 1918 e outra em 1920, por não ser adaptável ao regime colonial. A nota clínica trazida com a paciente do hospício apontou o seguinte:

Doente calma, alcoolista, colonizável. Faz os serviços de limpeza do terraço, lavar etc. Todavia não se oferece *sponte sua* para o trabalho, o que, até certo ponto, já é um indício de sua incompleta *restitutio ad integrum*.

Na colônia, em novembro de 1919, Waldemar de Almeida assinalou que a paciente tinha ideias persecutórias vagas, alucinações auditivas e hábitos imundos. “É uma doente agitada, com excitação psicomotora, com predominância desta última. Tabagismo: masca fumo. Ainda não trabalhou com proveito”. O fato da paciente não se oferecer espontaneamente para trabalhar seria, de acordo com o pensamento revelado nessa nota clínica, prova de sua incompleta restauração. Talvez estivesse em jogo aqui a

---

<sup>191</sup> N. 1.419, Livro 11 de Observação.

<sup>192</sup> N. 104, Livro 1 de Observação.

<sup>193</sup> N. 1.226 e 1.394, Livros 9 e 11 de Observação.

questão do autocontrole, tão cara a alguns defensores do tratamento moral dos séculos XVII e XVIII, como aponta Freebody (2016).

Para abordar a questão do trabalho produtivo e útil das pacientes, apresenta-se agora a história clínica de Lena Betty<sup>194</sup> (branca, da Romênia, solteira, doméstica, 34 anos, diagnóstico de psicose periódica, trabalhava na limpeza geral, internada na colônia em abril de 1920 e removida para o hospício em dezembro de 1920 por ser incompatível com o regime colonial). Sobre essa paciente a nota do hospício apontou o seguinte: “Calma, só faz serviços leves como: varrer o terraço etc.”. Já na colônia, em agosto de 1920, Waldemar de Almeida assinalou o seguinte:

Esta doente em sua entrada teve uma fase de acalmia; levada à costura, não se prestou a tal mister, apenas fazendo pequenos trabalhos manuais rudimentares<sup>195</sup>, muito comuns. Teve tempos depois uma forte crise de agitação psicomotora, sendo internado na sala de clinoterapia, onde ainda permanece. Manifestaram-se indícios de forte intoxicação alimentar, que perdurou durante alguns dias, tomando caráter grave (adinamia, tendência a colapso, sitiofobia etc.). Atualmente não podemos praticar um exame regular; vive em constante agitação impulsiva, agressiva, procurando morder as empregadas. A balneoterapia e os hipnóticos visuais não lhe tem aproveitado. Alimenta-se bem; gatismo.

A avaliação de que a paciente não tinha aptidão para a costura, por produzir “trabalhos manuais rudimentares”, é mais um indício de que, naquele contexto, o trabalho sem valor agregado não era considerado terapêutico. Assim, as mulheres que trabalhavam nas oficinas de costura e bordados deveriam fabricar produtos considerados passíveis de serem utilizados ou vendidos, ou seja, voltados para a manutenção da instituição.

Uma abordagem mais médica, propriamente dita, acerca do trabalho aparece em pouquíssimas observações no sentido da paciente se acalmar ao ter a mente ocupada (atenção preocupada) com uma atividade regular. Contudo, mesmo nesses casos, o trabalho é focado na instituição, na produtividade obtida, e não no sujeito que “produz apesar dos sintomas”. Assim, no plano concreto, vigorava a expectativa de que os

---

<sup>194</sup> N. 1.475, Livro 11 de Observação.

<sup>195</sup> Marina Maluf e Maria Lúcia Mott apontam que “a mulher que não sabia costurar era considerada ‘digna de lástima’. A máquina de costura era vista como a ‘amiga inseparável’ da boa dona de casa. O principal atributo da máquina de costura, segundo os preceitos da época, era a economia que ela poderia representar para o orçamento doméstico” (MALUF; MOTT, 1998: 418). Maria Izilda Matos e Andrea Borelli, por sua vez, apontam que, mesmo de maneira pouco visível, um número expressivo de mulheres realizava trabalhos “de agulha” para empresas, oficinas e intermediários nas próprias residências. Segundo as autoras, “a qualificação da mão de obra era feita através do processo de socialização e da educação (...). Destreza, rapidez, repetição e precisão eram elementos importantes para a execução de bordados e rendas, costura, tricô, crochê, manufatura de flores, ornamentos (...)”. (MATOS; BORELLI, 2013: 130).

sintomas psicopatológicos não prejudicassem o trabalho, ou seja, que, mesmo passando por crises de agitação e ideias persecutórias, as pacientes trabalhassem com vantagem.

Abaixo, citam-se três casos que demonstram o que se comentou:

É uma doente que, aqui na Seção, só tem tido crises de hipomania não suficientes para a afastar do trabalho. Este consiste em ajudar as guardas no serviço de limpeza das enfermarias. É carinhosa com as suas companheiras de infortúnio. Também tem trabalhado na costura. Margarida de Castro<sup>196</sup> (preta, natural de Minas Gerais, casada, doméstica, 28 anos, pouca instrução, diagnóstico de psicose periódica, trabalhava na costura, internada na colônia em 1920).

Compleição boa, etilismo confesso; é uma doente que trabalha na lavanderia, com vantagem; de quando em quando tem suas crises de pequena exaltação, dizendo-se perseguida; nem assim, entretanto, deixa de trabalhar. Ana Jatobá (preta, viúva, doméstica, 25 anos, diagnóstico de debilidade mental, trabalhava na lavanderia, internada na colônia em 1919).<sup>197</sup>

É um pouco alucinada, porém, não deixa de trabalhar, mesmo quando em suas alucinações. Vivência Sant'Anna<sup>198</sup> (parda na primeira entrada e branca na segunda, 52/62 anos, natural de Barra do Piraí (RJ), viúva, doméstica, quase nenhuma instrução, diagnóstico de sífilis cerebral, trabalhava na costura, internada na colônia em 1920 e 1929).

A nota clínica referente à paciente Olímpia Rocha<sup>199</sup> (branca, casada, doméstica, 27 anos, pouca instrução, diagnóstico de psicose periódica, internada na colônia em 1919) apontou que se tratava de “um caso em que nos parece possível conseguir educar a paciente para o trabalho (conhece toda espécie de trabalho doméstico)”. É importante notar que referências ao ensino de novas habilidades e aperfeiçoamento das já adquiridas foram bastante incomuns nas observações médicas da colônia. Isso pode estar relacionado ao fato de a colônia ser destinada a abrigar pacientes pobres, já acostumadas, portanto, com algum tipo de trabalho. Com efeito, a maioria das pacientes tinha como profissão antes da internação doméstica (empregada ou dona de casa). Notamos inclusive que a maior parte das notas clínicas do hospício apontava a capacidade das pacientes para a realização de tarefas consideradas tipicamente femininas, como lavar, passar, limpar, cuidar de outras enfermas, costurar etc. Assim, a documentação clínica analisada mostra que tanto o hospício como a colônia refletiram e reforçaram uma divisão do trabalho de acordo com o sexo.

---

<sup>196</sup> N. 1.478, Livro 11 de Observação.

<sup>197</sup> N. 1.326, Livro 10 de Observação.

<sup>198</sup> N. 1.437 e 2.194, Livros 11 e 19 de Observação.

<sup>199</sup> N. 1.315, Livro 10 de Observação.

Como um exemplo das pacientes que serviam como enfermeiras, tem-se o caso de Orlandina Reis<sup>200</sup> (branca, natural da capital federal, casada, doméstica, 19 anos, diagnóstico de epilepsia, trabalhava na limpeza geral). Na nota do hospício, constava que ela havia trabalhado na enfermaria de incorrências realizando as seguintes tarefas: “distribuição de dietas, fazer as camas, carrega as doentes com paciência e carinho para o banho ou para abluções de asseio, via enfermaria etc.”.<sup>201</sup> Em junho de 1919, Waldemar de Almeida registrava que Orlandina era “comunicativa, calma e diligente, trabalhava com assiduidade e proveito nos dormitórios”.<sup>202</sup> Apesar de ter sido classificada como uma doente mental incurável, Albertina foi encarregada de cuidar de outras pacientes, tal como muitas mulheres do lado de fora que muitas vezes, além de trabalho doméstico, se dedicavam aos cuidados com doentes, crianças e idosos. Como assinalam Melo e Thomé, os trabalhos que reproduzem a vida trazem para a mulher uma sobrecarga severa. Tratam-se de “tarefas essenciais para a reprodução da vida, feitas ‘gratuitamente’ pelas mulheres e desvalorizadas pela sociedade, como tarefas femininas” (MELO; THOMÉ, 2018: 169). Vale notar que as epiléticas, por serem, no âmbito da colônia feminina, consideradas, em geral, calmas e obedientes, se prestavam, muitas vezes, ao papel de mão-de-obra muito vantajosa. Assim, se se conseguisse controlar, em alguma medida, as crises comiciais, o que restava era uma mão-de-obra asilada e trabalhando com proveito. Ocorreria do mesmo modo com as alcoolistas quando disciplinadas com êxito.

A história clínica da paciente Epifania de Jesus<sup>203</sup> – transferida, em 1919, pela segunda vez para a colônia, a primeira foi em 1911 – também é válida para a compreensão do papel do gênero no universo laboral. Epifania era preta, solteira, cozinheira, analfabeta, 33 anos, recebeu o diagnóstico de imbecilidade, ficou na instituição até dezembro de 1944, quando foi transferida para a CJM. A nota do hospício dizia o seguinte sobre essa paciente:

Compleição boa; analfabeta; baixo nível mental e capacidade idem; nunca teve ataques; está doente, foi removida da Colônia para o Hospital em 1913 por não se adaptar ao regime colonial; afirmamos, entretanto, que ela é o tipo da doente colonizável. Aqui na Seção Esquirol trabalha com o maior zelo no serviço de baldeação do terraço, limpeza dos pavimentos, limpeza das privadas etc.

---

<sup>200</sup> A paciente possui quatro entradas na colônia, com os seguintes números de matrículas: 767, 1.170, 1.358 e 2.285 (g. 141, 06/02/1915).

<sup>201</sup> N. 1.358 [1356], Livro 10 de Observação.

<sup>202</sup> *Idem.*

<sup>203</sup> N. 249 e 1.363, foi observada apenas na segunda entrada, no Livro 10 de Observação.

Em junho de 1919, Waldemar de Almeida assinalou que Epifania de Jesus era “o tipo de atrasada mental, nos limites de imbecilidade. Fisicamente muito degenerada. Trabalha com assiduidade no jardim; o serviço é proveitoso”. Quanto à resenha do hospício cabem as seguintes indagações: por que limpar latrina era considerado algo terapêutico pelos médicos? O que significava realizar tais trabalhos dentro de uma instituição assistencial? Esses e outros trabalhos realizados pelas pacientes, além de serem vantajosos para a administração do estabelecimento, mostravam a submissão e a adequação delas às normas da instituição e do trabalho; isso era visto como algo adequado para as mulheres pobres e, sobretudo, negras como Epifania, no contexto geográfico e histórico em questão: Rio de Janeiro, fins dos anos de 1910.

Pensando o processo de transformação das relações de trabalho no final do século XIX e nas primeiras décadas do XX, Natália Peçanha afirma que, em conjunto com o contexto legislativo da lei do Ventre Livre, considerado por muitos autores como um “divisor de águas” na história do trabalho no Brasil (GRAHAM, 1992; LIMA, 2005; SILVA, 2016; ARIZA, 2017; SOUZA, 2022), “é importante identificar outros fatores como, por exemplo, as influências do pensamento liberal” (PEÇANHA, 2018: 111). Para a autora, “trata-se de uma transformação no cenário do mundo do trabalho e da condição de vida dos/as trabalhadores/as pobres, em um sentido global” (pp. 105-106). Na sua opinião, “o cenário apresentado era o de que as forças produtivas estavam sendo alvo de tentativas de controles e regulamentações a fim de fixar a população pobre ao trabalho” (p. 111). Quanto ao cenário nacional, o ponto crucial é, ao nosso ver, a constituição de um mercado livre e, a partir daí, a sua relação com a historicidade, incluindo a escravidão. Nesse sentido, é notório “o esforço da classe dominante para a construção de uma ética positiva do trabalho – tendo em vista o caráter aviltante e degradador do mesmo durante o escravismo –, que mobilizasse – e obrigasse, se necessário – a população egressa do cativeiro, e pobre em geral, para as atividades laborais” (SOUZA, 2022, 303). Ainda segundo Flávia Fernandes de Souza, “à medida que o trabalho livre e assalariado tornou-se a lei suprema da sociedade, cresceu a necessidade de repressão aos vadios” (p. 303). Enfim, foi nesse contexto que se observou o esforço de transformar, por meio de uma terapia pelo trabalho orientada cada vez mais para o controle interno ao invés do externo, as pacientes da Colônia de Engenho de Dentro em elementos úteis à sociedade. A terapia pelo trabalho buscava assegurar uma mão de obra disciplinada fora ou aproveitável dentro. Ou seja, menos “inúteis” para a sociedade.

Como vimos no início deste capítulo, as Colônias de Alienados da Ilha do Governador, as primeiras do Brasil, surgiram no contexto da abolição da escravatura e da Proclamação da República no Brasil (CLAPER, 2020). Segundo Claper, de 1890 a 1901, 55% dos internados nessas colônias eram não brancos e 28%, brancos. Já de 1902 a 1919, 46% eram não brancos e 54%, brancos (CLAPER, 2020: 75). A Colônia de Engenho de Dentro, como veremos na análise do perfil sociodemográfico de sua população manicomial entre 1911 e 1932 apresentada no quarto capítulo, recebeu, durante a sua primeira década de funcionamento, levas bem maiores de pacientes de cor por parte do HN. De fato, não parece haver dúvidas de que a criação das colônias agrícolas no Rio de Janeiro é marcada em seus primeiros anos por uma importante distinção da categoria “raça”.

Assim, é possível notar, se não uma divisão racial do trabalho, uma tendência para pôr as pacientes pardas e, sobretudo, negras para realizarem trabalhos considerados pesados, grosseiros – “serviços brutos”, “de pretos”, destinados a manter o “negro em seu lugar”, segundo observou Florestan Fernandes em sua obra *A integração do negro na sociedade de classes* (2008). Mas isso não deve ser uma surpresa, já que o manicômio funcionava como um microcosmo da sociedade onde essa divisão existia, e ela, apesar de importantes avanços na luta contra o racismo e a discriminação da população negra no Brasil, se faz presente ainda hoje. Aqui o discurso por trás dessa divisão era o de que as mulheres de cor eram fortes fisicamente (arquitetura óssea forte e compleição robusta) e inferiores psiquicamente. Como exemplo de pacientes consideradas aptas para trabalhos rudes tem-se Ambrosina da Silva e Benedita Maria da Conceição, ambas negras e observadas na colônia por Waldemar de Almeida que, como veremos no último capítulo, se valeu na clínica psiquiátrica das noções de “estigmas físicos degenerativos” e de “estigmas físicos degenerativos e caracteres étnicos peculiares à raça negra ou à mestiçagem”. Ambrosina da Silva<sup>204</sup> (preta, natural de Minas Gerais, solteira, doméstica, analfabeta, 50 anos, diagnóstico de psicose periódica, internada na colônia em 1913 e 1915) foi apontada, em setembro de 1917, por Waldemar de Almeida como “uma débil mental, a caminho da demência”, sendo, em geral, “de bom humor, obedecendo passivamente as ordens recebidas. Sua atividade física melhor se nota em trabalhos rudes, como varredura, carregar terra etc. É, portanto, uma doente aproveitável, e presta os serviços de acordo com a sua baixa mentalidade”. Já Benedita Maria da Conceição<sup>205</sup>

---

<sup>204</sup> N. 573 e 790, Livros 2 e 5 de Observação.

<sup>205</sup> N. 1.282, Livro 9 de Observação.

(preta, natural do Rio de Janeiro, solteira, doméstica, 15 anos, pouca instrução, diagnóstico de imbecilidade, internada por mais de 27 anos na instituição de Engenho de Dentro, de onde saiu transferida para a CJM em 1945), em abril de 1919, foi classificada por Waldemar de Almeida como sendo da “raça negra, compleição robusta, com caracteres étnicos peculiares à raça”. Ainda de acordo com esse médico, se tratava de uma “doente aproveitável; nesta Colônia trabalha com assiduidade em remoção de terras, capinação e demais serviços árduos. Não é agitada; apenas demonstra, por vezes, leves crises de excitação mental, cantando muito”.

Os trabalhos grosseiros e fáceis diziam respeito à lavoura, à capinação, ao serviço de aterro etc., e também a alguns trabalhos de limpeza. Falava-se ainda em trabalhos comuns e finos. Os primeiros eram basicamente os trabalhos domésticos, enquanto os segundos eram os trabalhos de rendas, bordados e trabalhos manuais com agulha que careciam de precisão. É possível perceber uma distinção clara nos tratamentos pensados para mulheres de uma classe social mais elevada (que eram raras na colônia), geralmente brancas. Nestes casos, não aparece a ideia de servir, ser aproveitável, no máximo algo em torno dos malefícios da ociosidade.

De acordo com a análise dos livros de observação, muitas pacientes sentiram a praxiterapia como algo injusto, imoral, totalmente fora de propósito. A maioria o fazia por achar que se tratava de uma exploração (trabalho não remunerado) e/ou por considerar um desvirtuamento dos fins da assistência psiquiátrica. Algumas ainda destacaram que preferiam ganhar a vida trabalhando fora da instituição. Fica claro que as pacientes da Colônia de Engenho de Dentro, ao mesmo tempo em que reagiam à separação entre dinheiro e trabalho, questionavam a ligação entre este último e o tratamento das enfermidades mentais. É preciso deixar claro que dizer que diversas pacientes experienciaram a praxiterapia como uma forma de exploração de sua força de trabalho não é o mesmo que dizer que os médicos compreendiam ou assumiam a praxiterapia também dessa forma. Determinadas pacientes esclareceram, inclusive, que se negavam a trabalhar por desejarem retornar para casa. Elas compreendiam que, ao se envolverem com algum serviço na instituição, suas chances de obter alta poderiam, ao invés de aumentar, diminuir. Elas buscavam a concessão da alta não sendo úteis para a instituição. Assim, muitas pacientes não teriam trabalhado na colônia como uma forma de resistência e retaliação ao próprio asilamento.

Esse foi o caso de Joanita Marcello<sup>206</sup> (branca, natural de Pádua, na Itália, solteira, doméstica, analfabeta, 44 anos, diagnóstico de psicose maníaco-depressiva, alcoolismo) que permaneceu quase treze anos na colônia, de janeiro de 1918 a outubro de 1930, quando faleceu de arteriosclerose, *ictus* apoplético. Joanita foi observada em dezembro de 1918 por Waldemar de Almeida, que apontou que se tratava de “uma doente agitada, por vezes impulsiva, e que não se prestava ao trabalho”. Em junho de 1927, a paciente foi observada, desta vez por Gustavo de Rezende, que destacou que ela tinha a “atenção regular e vontade presente, dizendo que não trabalhava porque desejava ir para a sua casa e não queriam consentir visto”.

Outro caso interessante de recusa ao trabalho é o da paciente Maria Camarano<sup>207</sup> (branca, italiana, casada, analfabeta, 50 anos, diagnóstico de psicose periódica, trabalhava no galinheiro) que ficou internada na colônia de outubro de 1919 a janeiro de 1940, quando saiu evadida. Segundo a nota do hospital, a paciente tinha “ligeiras crises de excitação, porém era muito assídua no serviço de costura”. Já na colônia, Waldemar de Almeida, em dezembro de 1919, assinalava que essa italiana frequentou a oficina de costura, porém não se prestou ao ofício:

Sendo instável, negou-se mesmo ao trabalho, alegando não vir para aqui com tal fim. É loquaz, viva, calma, obediente. (...) Não apuramos desarranjos psicossensoriais. Hábitos alcoólicos moderados. Envelhecimento relativo à idade; menopausa. Emagrecida. Estigmas físicos degenerativos.

É interessante perceber que, mesmo tendo se negado a trabalhar, ela foi considerada “loquaz, viva e calma” e não protestadora, denominação usada pelos médicos, em geral, para se referir às pacientes que se recusavam abertamente a trabalhar na instituição. Em termos sintomatológicos, tal recusa foi frequentemente descrita por eles como humor irritável, vontade embotada, agitação e até estado confusional, no caso, por exemplo, da paciente reclamar um soldo para trabalhar. Provavelmente, o fato de Maria Camarano ser uma mulher branca, italiana e idosa contribuiu para que ela não fosse apreendida como insurgente. Outras internadas também defenderam sua condição de paciente para não trabalharem no âmbito da colônia. Em geral, elas viam a prática do trabalho na instituição como desrespeitosa e incompatível com o que deveria ser um tratamento para doentes mentais.

---

<sup>206</sup> N. 1.211, Livro 9 de Observação.

<sup>207</sup> N. 1.412, Livro 11 de Observação.



Assim como Joanita Marcello, a paciente Delfina Machado<sup>208</sup> (portuguesa, casada, de 39 anos, pouca instrução, diagnóstico de psicose periódica), internada por quase onze anos na colônia, também evocava a imagem de sua casa em sua recusa em trabalhar. Em 14 de setembro de 1917, Waldemar de Almeida registrou o seguinte sobre ela: “Nunca quis entregar-se a trabalho de qualquer natureza nesta Colônia, dizendo que para trabalhar, só em sua casa”. Essa justificativa deixava claro que a paciente percebia a praxiterapia como uma transposição do trabalho doméstico para o espaço da instituição psiquiátrica. Verificamos (quantitativa e qualitativamente) uma resistência importante de pacientes estrangeiras, em especial portuguesas, ao trabalho na instituição. Trabalhar numa instituição psiquiátrica brasileira parecia, além de tudo, ir contra a própria lógica imperialista. Monika Ankele também encontrou em seu estudo pacientes argumentando que não tinham ido ao hospital psiquiátrico para trabalhar. A autora ressalta que esse discurso “levanta a questão da relação entre trabalho e salários, uma relação que existe tão intimamente em uma sociedade capitalista, baseada na troca de dinheiro e trabalho, onde o dinheiro é visto como significando liberdade e autodeterminação e um motivador para procurar trabalho” (ANKELE, 2016: 246).

Por fim, tem-se o caso da paciente Justina de Castro<sup>209</sup> (preta, brasileira, solteira, doméstica, analfabeta, 20 anos, diagnóstico de epilepsia e alcoolismo), removida da colônia em 1922 por não ser adaptável ao regime colonial, depois de quase quatro anos de internamento. A nota do Hospital apontou o seguinte sobre ela:

Compleição boa; hábitos alcoólicos confessos; ataques espaçados; trabalhava no terraço, ajudando a varrer; é uma doente um pouco caprichosa; às vezes cisma que não deve trabalhar, pois veio para tratar-se; com tato logrei convencê-la de que não deve ser inativa.

Ou seja, essa paciente negra questionava o significado da praxiterapia, dizendo que não devia trabalhar, pois estava ali para ser tratada. Em outubro de 1919, Waldemar de Almeida apontou que se tratava de uma “mulher de compleição forte, nutrida, expressão fisionômica atoleimada, atitude calma, estigmas físicos degenerativos. Caracteres étnicos próprios da mestiçagem”. Assinalou também que “no meio é apática; não foi adaptada ao trabalho, porque procura esquivar-se. Entretanto, deve ser aproveitada a sua provável capacidade para tal regime”. E, neste sentido, advertia que “o regime (terapêutico) pelo trabalho deve ser quanto antes iniciado, para que um estado demencial definitivo não se instale na mentalidade da observada”. O médico avaliava que o trabalho

---

<sup>208</sup> N. 543, Livro 2 de Observação.

<sup>209</sup> N. 1.353, Livro 10 de Observação.

seria fundamental para frear, no caso dessa epiléptica, um estado demencial definitivo. Ao que parece, essa foi a única vez que o termo “terapêutico” foi associado ao trabalho nas observações médicas; contudo, vale perceber que ele foi acrescentado à sentença através do recurso dos colchetes. Esse detalhe mostra algo que se passava no plano prático da instituição com relação ao trabalho da paciente: o aspecto econômico vinha antes do terapêutico e o equilíbrio entre esses dois aspectos foi um ponto importante de afirmação do saber médico.

As estratégias das pacientes iam da resistência à adesão (apropriação) ao trabalho. Nesse sentido, algumas pacientes se valeram da existência de um tratamento baseado no trabalho para evidenciar um comportamento desejável para uma mulher pobre: o de trabalhadora, na esperança de obter a alta, o que nem sempre acontecia. Cabe salientar ainda que o trabalho na colônia também foi uma forma da paciente simplesmente sobreviver, equilibrando ou reforçando a sua relação com a instituição. Nesse caso, o ato de mostrar suas aptidões para o serviço também pode ser entendido como uma estratégia de sobrevivência das internas. Ao invés de resistirem, elas aceitavam, tentando se encaixar naquele ideal da instituição. O “tornar-se trabalhadora” se configuraria, assim, por vezes, como uma falsa organização para dar conta de um trabalho que estava sendo imposto de fora, com o fim, em especial, de não perder possíveis privilégios e recompensas, por menores que fossem.

Como demonstrado anteriormente, em torno de dez a vinte pacientes por mês dividiam os 10% do lucro da produção da colônia, o que indica, portanto, que boa parte das pacientes que trabalhava não recebia quantia alguma. Mas, por outro lado, a existência de dormitórios específicos para alienadas que trabalhavam e que não trabalhavam na Colônia de Engenho de Dentro<sup>210</sup> durante a gestão de Riedel é um vestígio de um tratamento diferenciado entre esses dois tipos de pacientes. Nas histórias clínicas, era o cigarro que aparecia como moeda de troca para o trabalho, o que, certamente, estava ligado ao fato de muitas pacientes, segundo os próprios médicos destacavam nas observações, adquirirem o vício do tabaco na colônia.

---

<sup>210</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*. Relatório apresentado ao professor Juliano Moreira, diretor geral da Assistência a Alienados, pelo Dr. Gustavo Riedel, diretor da Colônia de Alienadas e titular da Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro: Typogr. do Jornal do Commercio, 1924.

Figura VIII – Fotografia da Seção de alienadas – Dormitório das alienadas que não trabalham



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

Figura IX – Fotografia da Seção de alienadas – Dormitório das alienadas que trabalham



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

Pensando a concessão de tais benefícios no interior das instituições psiquiátricas, Müller põe em questão a “natureza supostamente ‘voluntária’ do trabalho do paciente e à garantia de que ‘nenhuma força’ foi aplicada”, e argumenta que “os limites entre ocupação bem-intencionada e terapeuticamente significativa e exploração econômica de pessoas vulneráveis e mentalmente doentes podem ter sido fluidos” (MÜLLER, 2016: 225).

Para concluir, apresentamos o curioso caso de uma antiga paciente da Colônia Gustavo Riedel, então na Colônia Juliano Moreira, Antônia Freitas<sup>211</sup> (branca, brasileira, viúva, comerciária, 31 anos, diagnosticada com epilepsia), que escreveu em 1944 para o presidente da República Getúlio Vargas (1882-1954), à época já bastante conhecido como o “pai dos pobres”, pedindo sua transferência como empregada do Laboratório do Engenho de Dentro. Procedente de São Cristóvão, no Rio de Janeiro, e endereçado a Vargas, no Palácio do Catete, o telegrama escrito por Antônia, no dia 19 de abril de 1944, dizia o seguinte:

Tudo que lhe devo nunca poderei pagar, peço ao bom Deus felicidades para seu feliz lar, peço-lhe mais um humilde favor, arranjar minha transferência como empregada do Laboratório do Engenho de Dentro. Muito grata.<sup>212</sup>

Antônia Freitas, Colônia Juliano Moreira – Jacarepaguá.

Apesar de breve, o texto suscita muitas reflexões. Em primeiro lugar, é notável o fato dela afastar de si o rótulo de louca, solicitando sua transferência na qualidade de empregada e não de paciente. Talvez ela entendesse que, como empregada, seu pedido de transferência tivesse mais efeito. Tratar-se-ia, portanto, de uma estratégia de negociação e resistência centrada no trabalho. Nesse ponto, vale destacar que o trabalho também tem um lugar central nas cartas analisadas no último capítulo.

Como já apontamos, o telegrama de Antônia data de 1944, e a Colônia de Engenho de Dentro transferiu para a Colônia de Jacarepaguá 209 pacientes entre 1942 e 1946. Essa reorganização, que estava relacionada com o fechamento do HN, também envolveu o quadro de funcionários de toda a assistência psiquiátrica do Distrito Federal. Em suma, apesar de não ter expressado insatisfação com as condições de vida na CJM, Antônia não deixou de resistir à internação em Jacarepaguá. Isso também nos faz pensar no estranhamento que a transferência para uma nova instituição pode ter produzido, sobretudo em pacientes com estadias mais longas em Engenho de Dentro.

Em segundo lugar, o escrito de Antônia nos remete à observação de Rafael Huertas em relação às cartas dos pacientes do manicômio de Leganés: “geralmente começam com fórmulas codificadas, epistolares, para imediatamente passar a adotar em seu conteúdo argumentos de súplica, negociação ou resistência que quase

---

<sup>211</sup> Fonte: Prontuário A. M. Localização: IMAS-CJM. Foi internada na CGR em 1º de março de 1939 pela Delegacia Social da Prefeitura do D. Federal, sendo transferida em 24 de janeiro de 1941 para a CJM, onde faleceu de caquexia, neoplasia maligna em 4 de março de 1975.

<sup>212</sup> Localização: Gabinete Civil da Presidência da República, BRRJANRIO 35.Ø.pro.8589, Arquivo Nacional.

invariavelmente refletem a indefesa dos pacientes”, e que, ao fim e ao cabo, “tornam a escrita da maioria dessas cartas numa espécie de ritual de subordinação”. Por fim, é importante perceber também que o telegrama não partiu da CJM, mas de uma rua em São Cristóvão. Antônia pode ter contado com alguma pessoa externa à instituição para enviar essa carta. Mas vale chamar a atenção para o fato de que, segundo a enfermeira Lúcia Pantoja (observações do pessoal de vigilância da CGR de 1941), a paciente não tinha ideias de fuga, mas tinha “por hábito permanecer fora da colônia, sem permissão da administração”. Enfim, não fugia, mas saía e regressava quando entendia. Queixava-se da internação, desejando “ter liberdade de entrar e sair, quando bem entender, e levar quem ela quiser”. Julgava-se “uma pessoa bastante importante e merecedora de todas as atenções”. Assim, por ter algum acesso à rua, é possível também que ela mesma tenha enviado a carta para Vargas. Ainda segundo a enfermeira, Antônia escrevia cartas para o diretor da CGR, queixando-se dos funcionários da colônia e, também, escrevia para o presidente da República. A carta mencionada acima não foi o primeiro pedido de Antônia junto às instâncias superiores. Em 19 de julho de 1943, através de um ofício, o diretor da CJM, Sampaio Corrêa, encaminhava para o ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, o pedido de liberdade de internação de Antônia Freitas.

Em 5 de maio de 1944, o então diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, Aduino Botelho<sup>213</sup> (1895-1963), escrevia para o chefe do Gabinete do Ministro da Educação, Dr. Carlos Drummond de Andrade, advertindo-o sobre as reivindicações dessa paciente que se julgava trabalhadora no sentido legal:

D. Antônia Freitas, doente mental, quando internada na Colônia Gustavo Riedel, pelo seu estado delirante dizia-se laboratorista, procurando reivindicar direitos neste sentido. Transferida para a Colônia Juliano Moreira, onde se acha internada até o presente momento, continua delirante e julga-se empregada da casa, tendo mesmo de outra feita dirigido um requerimento ao Sr. Ministro da Fazenda solicitando promoção. Em consequência de seu estado mental deve ter feito a solicitação junto ao Exmo. Sr. Presidente da República.<sup>214</sup>

Aduino Botelho buscava se antecipar ao conteúdo da solicitação de Antônia a Vargas, caracterizando a paciente como uma mulher delirante e que, portanto, não merecia ser ouvida. Porém, sua “linguagem delirante” não deixava de escancarar o sentimento de muitas das pacientes submetidas à terapia pelo trabalho em instituições

---

<sup>213</sup> Para saber mais sobre o médico Aduino Botelho, ver FREITAS, 2019.

<sup>214</sup> Localização: Gabinete Civil da Presidência da República, BRRJANRIO 35.0.pro.8589, Arquivo Nacional.

psiquiátricas, de desrespeito aos “direitos trabalhistas”, principalmente ao do pagamento de salários. Sobre isso, Monika Ankele nos conta que, a fim de excluir os pacientes que sofriam de doença mental de quaisquer reivindicações futuras, uma seção foi adicionada ao regulamento de seguro do Reich para que as pessoas com doenças mentais não pudessem ser consideradas como trabalhadores no sentido legal, em razão de suas deficiências mentais e físicas (ANKELE, 2016: 248).

Nesse sentido, nos parece relevante o fato do Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934, que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dava outras providências, além de estabelecer o hospital psiquiátrico como principal meio para o amparo ao doente mental, suprimir as palavras colônia e trabalho, presentes nas leis anteriores.<sup>215</sup>

A par das iniciativas do governo Vargas, o fato é que em julho de 1934, o Brasil ganhou uma nova Constituição, uma nova lei de sindicalização e um novo ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, como destaca Ângela de Castro Gomes na obra *A Invenção do Trabalho*. Segundo Gomes, da Primeira República até a promulgação da Constituição de 1934, a direção do processo de formação da classe trabalhadora no Brasil esteve com os trabalhadores, pois, nesse período, a luta dos trabalhadores por incorporação ao quadro político foi marcada pelo desenvolvimento de uma ética do trabalho e pela valorização da figura do trabalhador que se contrapunha à tradição escravocrata de negação do valor do trabalho e, também, ao discurso governamental que “via no trabalho uma atividade saneadora e moralizadora necessária à manutenção da ordem social” (GOMES, 2005: 300). A partir desse momento, o Estado emergiu como “o mediador por excelência de todos os interesses corporativamente organizados em sindicatos e politicamente representados em partidos” (GOMES, 2005: 301).

Antes de encerrar essa seção, convém apontar que as concepções e as perspectivas em relação à atividade e ao trabalho das pacientes foram ampliadas na gestão de Riedel. Como veremos no próximo capítulo, os higienistas defendiam a importância da ginástica, sobretudo, para a formação de uma juventude sadia. Além da construção de uma sala de cinema e parques para recreio das internas (ludoterapia), nesse período foram criados dois serviços anexos ligados à ideologia do trabalho (a Assistência Heterofamiliar e o Laboratório de Psicologia Experimental), e outros três (ARC, Ambulatório n. 2 da FGG

---

<sup>215</sup> BRASIL. Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

e PPEP) que abriam a instituição em direção ao mundo exterior. O médico Plínio Olinto, em seu discurso de inauguração da EEPAP, em maio de 1921, recordou que, no local em que se abria a sala de cinema para as pacientes, funcionara “outrora uma dependência destinada à correção das enfermas nos transe de agitação. Era por isso cognominada o buraco fundo”.<sup>216</sup> Esse nome remete à ideia de confinamento solitário, privação de luz ou comida como punição.

As questões aqui tratadas não esgotam o tema do trabalho na Colônia de Engenho de Dentro, que será retomado outros momentos da tese, em especial no terceiro (item AHF) e quinto capítulos, quando formos analisar as saídas das pacientes e a perspectiva do médico Waldemar de Almeida.

## 1.6. Questões médico-sanitárias

Assim, após essa reflexão sobre o significado econômico e terapêutico do trabalho nas colônias e sua prática na instituição de Engenho de Dentro,<sup>217</sup> faz-se necessário, para a conclusão do capítulo, voltarmos a observar os relatórios ministeriais referentes aos dois últimos anos de gestão do médico Braule Pinto e analisar as questões médico-sanitárias de sua administração.

No início de 1916, a colônia entrava num período de normalidade institucional, com a finalização de importantes obras e o encerramento do inquérito administrativo envolvendo o administrador da colônia, como já mencionado no item 1.3. Apesar desse cenário promissor, o relatório da comissão de inspeção do início de 1916, composta pelos mesmos membros do ano anterior (Malcher de Bacellar, Raul Camargo e Carlos Olyntho Braga), foi o mais duro desde a comissão de inquérito de 1903. Ele apontou que, apesar do maior conforto oferecido às doentes, ainda havia muito a ser feito para que a Colônia de Engenho de Dentro cumprisse bem seus propósitos.<sup>218</sup> Quanto ao Hospital Nacional, a comissão afirmou que as suas condições se agravavam dia a dia, devido à crescente aglomeração de doentes ali internados; assim, defendeu a urgente instalação de “colônias modernas, de acordo com as exigências atuais”, sem as quais não seria possível

---

<sup>216</sup> NA COLÔNIA de Alienadas. O sr. Ministro da Justiça inaugurou ontem as novas instalações da escola de enfermeiras e da farmácia e o cinema. *O Paiz*, ano XXXVII, n. 13.372, 31 de maio de 1921, p. 6.

<sup>217</sup> As questões médicas, comportamentais e sociais em torno do trabalho, envolvendo médicos e pacientes, foram objeto de análise de uma seção do capítulo 5.

<sup>218</sup> CAMARGO, Raul; BACELLAR, Malcher de; BRAGA, Carlos Olyntho. Relatório da Comissão Inspectora dos Estabelecimentos de Alienados Públicos e Particulares do Distrito Federal. 29 de fevereiro de 1916. Rio de Janeiro. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Carlos Maximiliano Pereira dos Santos. Abril de 1916*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1916, p. 75.

“transformar este manicômio em um verdadeiro estabelecimento hospitalar, onde o doente deve ser convenientemente observado, vigiado e curado”.<sup>219</sup>

Em 1917, a comissão inspetora<sup>220</sup> reafirmou que o Hospital Nacional ainda não podia “ser considerado um estabelecimento modelar (...)” e que “a falta de uma colônia de alienados para dar escoadouro ao Hospital Nacional muito se faz sentir”.<sup>221</sup> Sobre a Colônia de Engenho de Dentro, a Comissão destacou que vinha “prestando relevantes serviços à sociedade, e maiores se tornarão quando o Congresso lhe der melhores verbas para que possa ampliar as suas instalações e distender a sua área”.<sup>222</sup> Salientou ainda a realização de algumas obras: “o jardim, a horta, muros de amparo no morro situado nos fundos, demolição da antiga chácara e construção de uma outra provisória, pinturas internas, serviços de conservação e higiene”.<sup>223</sup>

Em 10 de março de 1916, Juliano Moreira destinou ao ministro da Justiça e Negócios Interiores o relatório detalhado sobre a Assistência a Alienados. Sobre a Colônia de Mulheres no Engenho de Dentro, apontou que, apesar de não ter sido cumprida a desapropriação de terrenos vizinhos para o aumento de sua área, essa instituição prestou o enorme serviço de desafogar as seções de mulheres do hospício e que, agora que algumas dotações haviam melhorado, o seu diretor teria a oportunidade de evidenciar as vantagens do regime colonial para as alienadas. Por fim, o médico baiano chamou a atenção do ministro para o fato de que “sendo insuficiente o número de alienistas no Hospital Nacional em relação ao número de doentes, o Sr. Dr. Braule Pinto, até 31 de julho do ano próximo passado, fez todo o serviço de alienista da mesma Colônia, pondo assim em proveito das alienadas toda sua longa experiência de especialista”.<sup>224</sup>

Essa falta de médicos repercutiu, por exemplo, nos serviços de observação médica. Dentre as 668 pacientes matriculadas até fins de 1914 na colônia, apenas 44% foram observadas, e muitas delas, vale frisar, após esse período. Além disso, nos livros 2 e 3 de observação, as pacientes não foram registradas como de costume, respeitando-se a ordem de matrícula; neles as observações se apresentam de modo descontinuado. Essa

---

<sup>219</sup> CAMARGO, Raul; BACELLAR, Malcher de; BRAGA, Carlos Olyntho. Relatório..., 1916, p. 74.

<sup>220</sup> Não foi encontrada, no relatório, menção aos membros que compunham essa comissão.

<sup>221</sup> BACELLAR, Malcher de; CAMARGO, Raul; BRAGA, Carlos Olyntho. Relatório da Comissão Inspectora dos Estabelecimentos de Alienados Públicos e Particulares. Rio de Janeiro. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Carlos Maximiliano Pereira dos Santos. Agosto de 1918. Anos 1917 e 1918*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1918, p. 66.

<sup>222</sup> BACELLAR, Malcher de; CAMARGO, Raul; BRAGA, Carlos Olyntho. Relatório..., 1918, p. 67.

<sup>223</sup> *Idem*.

<sup>224</sup> Is3 20, Arquivo Nacional.



desorganização nos remete, em certo sentido, à ideia de desamparo trabalhada por Ablard. Segundo o nosso autor, o status legal dos pacientes psiquiátricos na Argentina foi profundamente moldado pelas péssimas condições materiais dos hospitais, que sofriam desde fins do século XIX com o problema da superlotação. O historiador norte-americano aponta que essas “condições afetaram negativamente tanto o tratamento médico dos pacientes quanto a capacidade da equipe do hospital de acompanhar a papelada relativa ao confinamento e liberação dos pacientes” (ABLARD, 2008: 94).

Em 3 de fevereiro de 1916, Braule Pinto apresentou o relatório das ocorrências havidas na Colônia de Engenho de Dentro durante o ano de 1915. Como no relatório de 1911, o diretor da colônia seguia solicitando a construção de uma caixa d'água e pedia agora, também, a remoção da cocheira para local mais apropriado. O médico apontava aqui, novamente, a economia proporcionada pela horta da colônia, e mencionava a vantagem de se desapropriar os terrenos dos fundos da instituição para o desenvolvimento de uma pequena lavoura. Sobre o desenvolvimento da avicultura e pecuária miúda, o diretor esclarecia que havia sido prejudicado pela insuficiência das respectivas consignações; também mencionava a possibilidade de aliviar a verba da alimentação por meio da criação de cabras e coelhos de raça. A renda anual da colônia em 1915 foi de 194\$100:

Seja-me permitido insistir no pedido que tenho feito para construção de uma caixa d'água de grandes proporções, a fim de evitar as frequentes faltas na época calmosa do ano.

Não obstante a seca do começo do ano, que me obrigou a mandar abrir dois poços, para coletar a água do subsolo, a fim de irrigar as plantações, e o aparecimento, por duas vezes, de larvas, que invadiram todas as culturas deste subúrbio, consegui manter a horta desta Colônia em próspero desenvolvimento de modo a não ter havido necessidade de adquirir fora os legumes e as hortaliças nela consumidos.

Se fosse possível desapropriar os terrenos que ficam nos fundos da Colônia na parte mais baixa da localidade, muito maior seria o desenvolvimento da pequena lavoura, em que maior número de doentes poderiam ser empregadas. Pela insuficiência das respectivas consignações não me foi possível ainda, nesse ano, cuidar da avicultura, como já havia iniciado em 1911. Espero, porém, que, no correr deste, possa reencetar esse ramo da atividade industrial, ministrando desse modo às alienadas mais um derivativo às suas afecções mentais.

A pecuária miúda, representada na Colônia pelo gado caprino e pelo supino, não teve o desejado desenvolvimento, também por falta do quantitativo necessário, que nos orçamentos preteridos como no correspondente a esse ano, era de 600\$000 anuais, para a consignação global de forragem e remonta de animais.

Com a remoção da cocheira para local mais apropriado, sem despesa alguma para os cofres públicos, e com as adaptações precisas, espero, no correr deste ano, estabular grande número de cabras, de modo a

conseguir fazer alguma economia na consignação Alimentação. Por isso que, em vez de vender os cabritos excedentes aos necessários para a reprodução, serão dados à alimentação das enfermas, do mesmo modo que o leite de cabra e a carne de porco. Espero, também, agora, desenvolver a criação intensiva de coelhos de raça que, além de poderem ser vendidos, concorrerão necessariamente para a alimentação da população da Colônia, aliviando a respectiva verba.

Insignificante foi a renda anual desta Colônia, que produziu apenas a soma de 194\$100, da qual foi deduzida a quantia de 19\$410, a que foi dado o destino previsto no art. 87 do regulamento vigente, tendo sido recolhida ao Tesouro Nacional a importância de 171\$690, como renda eventual da União. Dos exercícios anteriores tem esta Colônia, na Caixa Econômica, a quantia de 105\$000, constante da Caderneta n. 405.461.<sup>225</sup>

Nesse relatório de 1915, o médico informou a incorporação de Álvaro Cardoso como administrador e do médico Jefferson de Lemos como alienista da colônia e abordou ainda a questão da epidemia de escorbuto ocorrida na instituição:

Por ato de 23 de abril, em consequência de irregularidades cometidas e provadas em regular inquérito por vós presidido, foi demitido das funções o antigo Administrador deste Estabelecimento, e nomeado para o substituir Álvaro Cardoso, que tomou posse e entrou em exercício do cargo a 26 do mesmo mês.

É de justiça salientar a zelosa competência que tem revelado este funcionário na esfera de suas atribuições, pois que conseguiu reduzir de muito o consumo dos gêneros alimentícios sem que surgisse a mínima reclamação. Na sua qualidade de engenheiro, levantou a planta do Estabelecimento que a este acompanha e muito me tem auxiliado na organização dos jardins, parque e pomares. De iguais encômios são merecedoras as senhoras farmacêutica, escriturárias e auxiliares da escrita e farmácia.

Enfim Sr. Dr. Diretor Geral, tenho firme convicção e desvaneço-me de vê-lo comunicar, que entrou a Colônia em época de franca prosperidade, em que cada um procura produzir maior trabalho com máxima lealdade. Esteve a Colônia sem alienista até 3 de julho, tendo sido por mim exercida aquela função desde 27/05/1914, conforme já vos é conhecido pelo relatório passado e declarei em requerimento dirigido ao Exmo. Sr. Ministro a 18 de março, que vos foi enviado com o ofício n. 56 da mesma data.

Em 1º de agosto começou a ter exercício neste Estabelecimento o alienista Dr. Jefferson de Lemos. O estado sanitário da Colônia seria muito lisonjeiro se não se tivesse se manifestado uma pequena epidemia de escorbuto, que acometeu a 196 doentes, das quais baixaram à enfermaria de moléstias intercorrentes 33, vindo a falecer 6.<sup>226</sup>

Segundo o relatório de 1915, as principais *causas mortis* das 34 pacientes falecidas, nesse ano, foram seis: escorbuto (17,64%), enterite (14,7%), pneumonia

---

<sup>225</sup> Relatório do diretor Braule Pinto de 03/02/1916. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. Is3 20, Arquivo Nacional.

<sup>226</sup> Is3 20, Arquivo Nacional.

(11,76%), e, com 8,8%, estado de mal epiléptico, nefrite e tuberculose pulmonar. Com uma ocorrência apenas e correspondendo a 2,9% dos casos cada constam ainda as seguintes *causas mortis*: *angor-pectoris*, apendicite, disenteria, endocardite aguda, endocardite reumática, infecção gastrointestinal, insuficiência aórtica, insuficiência mitral, Mal de Addison e uremia aguda.

Por sua vez, de acordo com os dados do relatório de 1911 do diretor Braule Pinto, as *causas mortis* das 19 pacientes que foram a óbito de 31 de agosto a 31 de dezembro desse ano na instituição foram as seguintes: tuberculose pulmonar (36,84%), escorbuto (21,05%), enterocolite crônica (15,78%), arteriosclerose (10,52%), uncinariose (5,26%), gastroenterite (5,26%) e estado de mal epiléptico (5,26%).<sup>227</sup> O primeiro diretor da colônia, como vimos anteriormente, relacionava a taxa de mortalidade do ano de 1911 (5,67%) à quantidade de pacientes tuberculosas, escorbúticas e uncinariosas entre as primeiras levas de pacientes remetidas do hospício para a colônia.

Monica Moraes, em sua tese de doutoramento, aponta que houve um declínio acentuado da tuberculose entre 1912 e 1916 no contingente feminino do Hospital Nacional. Para a autora, esse declínio esteve relacionado à criação da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro em 1911 e a conseqüente desaglomeração, pelo menos temporariamente, da Seção Esquirol, e, ainda, à abertura do Hospital Nossa Senhora das Dores, em 1914, que absorveu outro tanto de tuberculosas. O número de tísicas no estabelecimento da Praia Vermelha só voltaria a subir em 1917, elevando-se bastante no ano seguinte (MORAES, 2020: 132-133). Ainda segundo Moraes, ao que tudo indica, a tuberculose não foi “um impeditivo para o envio de algumas doentes para a Colônia, por serem consideradas aptas para a vida rural e estarem com a tuberculose fechada (sem emissão de bacilos)” (MORAES, 2020: 191).

Em um artigo de 2017, através de uma análise documental em 205 dossiês de internação da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro (1911-1915), apontamos que as remoções para o hospício por necessidades médico-hospitalares estavam ligadas, sobretudo, à tuberculose (SILVA, 2017: 9). Assim, se o pessoal do hospício, a princípio, não via problemas em remeter para a colônia pacientes com tuberculose dita fechada, os médicos da colônia, muitas vezes, solicitavam a remoção de pacientes com essa doença (sete casos foram reportados como sendo de tuberculose aberta) e destacando não haver isolamento para as doenças infectocontagiosas na instituição. No entanto, em outros

---

<sup>227</sup> Relatório do diretor Braule Pinto de 15/02/1912.

casos, a tuberculose só foi identificada por ocasião da morte das pacientes, as quais, vale destacar, eram, muitas vezes, antes disso observadas como depressivas, preguiçosas, esquivas em relação ao trabalho. Ou seja, o diagnóstico e, obviamente, o tratamento (até porque esse não era o propósito da instituição) da tuberculose teriam deixado muito a desejar na colônia. Em outras palavras: não havia na Colônia de Engenho de Dentro defesa de isolamento e tratamento especial das doenças infectocontagiosas como no HN; a orientação era então a remoção de pacientes portadoras dessas doenças para o hospício.

Em 26 de julho de 1912, uma reportagem no jornal *Gazeta de Notícias* intitulada “Escorbuto. Na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Medidas profiláticas”, discorria sobre as solicitações do diretor dessa colônia e, também, do diretor geral da Assistência a Alienados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores diante do reaparecimento do escorbuto na colônia. Braule Pinto pedia autorização para substituir a dieta das enfermas por outra mais adequada ao combate a esta doença. Juliano Moreira, por sua vez, solicitava a modificação do pavimento dos quartos e salas, cuja umidade contribuiria para a propagação desta doença. De acordo com a reportagem, ambas as medidas seriam autorizadas pelo ministro do Interior.<sup>228</sup> À luz das constantes demandas do diretor da colônia por um aumento da verba direcionada à alimentação, é notável que ele tenha solicitado a substituição da dieta das pacientes como meio de enfrentar o aparecimento do escorbuto na instituição. Os indícios apontam que a incidência do escorbuto nessa instituição psiquiátrica deveu-se diretamente a um déficit alimentar. Em outras palavras, era um sinal da má qualidade da alimentação das pacientes.

Em um artigo intitulado “Scurvy: Historical Review and Current Diagnostic Approach”, Laura Pimentel, professora de clínica do Centro Médico da Universidade de Maryland, nos Estados Unidos, esclarece que a característica proeminente do escorbuto, doença citada pela primeira vez no papiro de Ebers (1500 a.C.), é “o sangramento do tecido com púrpura não palpável”, e que se não for tratada, a doença é fatal, sendo a causa imediata da morte infecção ou morte súbita (PIMENTEL, 2002: 330). Segundo a autora, o tratamento do escorbuto se faz por meio de “uma dieta antiescorbútica que inclua frutas cítricas, vegetais verdes (especialmente brócolis), tomates e batatas” (PIMENTEL, 2002: 331). Pimentel sublinha que escritores antigos, ao ver grupos inteiros de pessoas em mosteiros, a bordo de navios, em exércitos e nas famílias afligidos pela doença, elaboraram diferentes teorias sobre sua etiologia. Foram, assim, consideradas “causas

---

<sup>228</sup> O ESCORBUTO. Na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 208, 26 de julho de 1912, p. 5.

infecciosas, genéticas, ambientais, tóxicas e dietéticas” (PIMENTEL, 2002: 329). Ainda de acordo com ela, entre 1500 e 1800 d.C., o escorbuto matou mais marinheiros do que todas as outras doenças e desastres juntos; sendo, inclusive, a identificação correta das propriedades preventivas e terapêuticas dos citrinos atribuída a James Lind, cirurgião de um navio da Marinha Britânica. Porém, equivocadamente, nessa época, a suposição geral era a de que o escorbuto era limitado aos navios de mar, algo que só mudou com o período da história conhecido como “Fome da Batata da Irlanda” (1845-1849), quando a fome e doenças em massa atingiram esse país.

Gustavo Riedel, como mostraremos de maneira mais aprofundada no capítulo seguinte, na virada da década de 1910 para os anos de 1920, ou seja, na época de sua chegada à Colônia de Engenho de Dentro como diretor, dedicou-se ao estudo das “enfermidades por carência”, chamadas por ele de “síndromes avitamínicas”, tais como o escorbuto de adulto e a doença de Barlow ou escorbuto infantil. Contudo, afirmando a complexidade da natureza química do grupo das vitaminas, ele defendia que, “se todas as vitaminas combinam ou associam as suas qualidades nutritivas à faculdade de estimular o crescimento, como admitem Mendel, Osborne ou McCollum, o suco de limão ou da laranja não contém vitamina real ou específica para o escorbuto como se tem julgado”.<sup>229</sup> Ou seja, como outros pesquisadores de sua época, questionou o fator antiescorbúutico em frutas cítricas, que, junto com o das batatas, seria identificado em 1931, como destaca Laura Pimentel (PIMENTEL, 2002: 329-330).

Porém, parece que esta dúvida não impediu a Riedel de fazer alterações na dieta das pacientes visando melhorar o estado nutricional da população manicomial, pois, em 1924, em seu relatório de cinco anos de administração em Engenho de Dentro, o médico apontou que “as modificações de regime alimentar introduzidas na Colônia trouxeram radical modificação no estado de saúde das alienadas”. Segundo ele, “basta citar que as invasões de escorbuto que encontrei ao assumir a direção da Colônia jamais se repetiram nestes últimos anos, o que motivou até a interrupção dos trabalhos experimentais que vinha realizando em colaboração com o Dr. Paulo Schirch sobre vitaminas orgânicas”.<sup>230</sup>

Os dados da gestão de Gustavo Riedel, de fato, mostram que os casos de escorbuto diminuíram sensivelmente. Apenas uma paciente faleceu de escorbuto na sua gestão, ao passo que 35 morreram da doença na gestão de Braule Pinto. Neste ponto, vale mencionar

---

<sup>229</sup> RIEDEL, Gustavo. O problema das vitaminas. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, 1918, pp. 482-483.

<sup>230</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 16.

os três itens mais importantes da produção da colônia no ano de 1922: legumes (15.479,000 kg), leite fresco (1.879,5 litros), batata doce (2.155 kg) e limão azedo (8.540 unidades) (**Ver anexo II**). A introdução desses alimentos na dieta das pacientes teria permitido que a população manicomial tivesse acesso à vitamina C, impactando nas taxas de mortalidade da instituição. Por fim, cumpre destacar que epidemias de escorbuto na Colônia de Engenho de Dentro apontavam para um problema alimentar envolvendo essa instituição e, também, o Hospital Nacional, afinal, como destacavam os facultativos da colônia nas observações médicas ao longo de todo o período estudado, muitas pacientes chegavam do estabelecimento central doentes, emagrecidas e apáticas. Um ponto importante relacionado a essa questão é que uma transferência de problemas do hospício para a sua instituição anexa (e vice-versa também) parecia, até certo ponto, inevitável. Nesse sentido, o evento da chamada gripe espanhola é interessante para se pensar não só os pontos de contato, mas também as diferenças entre as duas instituições.

Médicos da instituição de Engenho de Dentro, contemporâneos de Gustavo Riedel, como Waldemar de Almeida e Gustavo de Rezende, e, também, jornais da época sublinharam a capacidade de atuação de Gustavo Riedel no contexto da gripe de 1918. Segundo Gustavo de Rezende, eleito e nomeado diretor da colônia de mulheres em 9 de outubro de 1918, o médico riograndense “logo revelou o seu tino administrativo, tomando medidas rigorosas de prevenção à pandemia de gripe, que então irrompera. Graças à sua iniciativa não houve uma só vítima na Colônia”.<sup>231</sup>

O relatório de 1918 da Assistência a Alienados trazia também informações sobre a disseminação da gripe epidêmica no Hospital Nacional e nas colônias de homens e mulheres. Apontava, nesse sentido, que a impossibilidade de se instalar nos serviços hospitalares gerais da capital salas especiais para delirantes não permitiu que o Serviço Médico-Legal pudesse evitar a internação de delirantes gripados no Hospital Nacional. Segundo o relatório, durante a segunda metade do mês de outubro foram hospitalizados no estabelecimento da Praia Vermelha 160 doentes com perturbações mentais, em sua maioria gripados, e, dos 1.450 aí internados, 1.314 adoeceram de gripe até 31 de outubro. Destes e dos novos admitidos apenas 92 faleceram da epidemia (6,3%) e 39 de outras doenças (2,6%). Dos empregados (enfermeiros e guardas), 175 adoeceram de gripe, dos quais apenas dois faleceram de pneumonia gripal. Nas colônias da Ilha do Governador, dos 261 alienados internados, 192 enfermaram de gripe, falecendo seis apenas. Dos 33

---

<sup>231</sup> REZENDE, Gustavo de. Gustavo Riedel administrador. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943, p. 287.

empregados, trinta foram atingidos pela doença e todos eles se restabeleceram. Na colônia de mulheres, o cenário teria sido totalmente diferente desse das colônias de homens e, também, do hospício:

Na colônia de mulheres alienadas no Engenho de Dentro, sendo mais fácil a segregação do meio externo e habitando no recinto quase todo o pessoal, deixando de lá ir os poucos que, habitando fora, logo adoeceram, cessando a remessa de novas alienadas, foi insignificante o número de gripados, aliás, quase todos na segunda quinzena do mal, isto é, na primeira quinzena de novembro, quando já estava em franco declínio o surto epidêmico.<sup>232</sup>

Waldemar de Almeida relatou, no número de maio de 1919 dos *Arquivos Brasileiros de Medicina*, que na Colônia de Engenho de Dentro, dentre 470 pessoas entre doentes e empregados ali residentes, houve somente dezessete casos de gripe e tão benignos que não ocorreu nenhum óbito.

Constituindo este departamento da Assistência a Alienados um núcleo coletivo de 470 pessoas, empregados e alienadas, era de prever que, dada a fácil difusibilidade da gripe e sendo este serviço de insanas situado no centro de uma população que pagou pesado tributo à epidemia, dizimando inúmeras vidas, a pandemia gripal aí se acantonasse, atingindo principalmente as alienadas, cujo organismo em condições de inferioridade vital, mais propenso seria ao contágio. Tal, porém, não aconteceu. Apenas, no período intensivo da epidemia, houve 17 casos, sendo 12 empregados e 5 alienadas, e com seqüências tão benignas que não ocorreu nenhum óbito.<sup>233</sup>

De acordo com Almeida, o surto mórbido na colônia havia sido tão limitado devido à adoção de três medidas profiláticas: 1. “O diretor daquele manicômio ordenou um isolamento quase absoluto do estabelecimento, apenas permitindo a entrada do pessoal médico e administrativo indispensável”; 2. “As condições gerais de higiene foram intensificadas, sobretudo no referente ao regime alimentar”; e 3. “Os empregados enfermos foram recolhidos a uma sala espaçosa, bem ventilada e iluminada, inteiramente isolados e as alienadas à enfermaria de moléstias intercorrentes”.<sup>234</sup> O médico esclarecia ainda que nenhum meio preventivo terapêutico foi instituído, e destacava as excelentes condições topográficas locais, “além de profusa arborização, tal nosocômio é varrido pelos ventos reinantes que provêm de Jacarepaguá”.

---

<sup>232</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Urbano Santos da Costa Araújo. Julho de 1919*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1919, p. 53.

<sup>233</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Nota sobre a epidemia de gripe na Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, ano 9, n. 5, maio 1919, p. 431.

<sup>234</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Nota sobre a epidemia de gripe..., 1919, pp. 431-432.

Ainda segundo Almeida, com relação às manifestações clínicas, “houve predominância das formas pulmonares, sendo menor a frequência da forma gastrointestinal e ausente a de localização nervosa”. De acordo com o médico, a terapêutica instituída incluiu purgativo, como meio desintoxicante, e fórmulas específicas para tratar vários sintomas. O médico se referiu ainda a sequências pós-gripais em quatro empregadas acometidas pela influenza. Todas, segundo ele, possuíam taras neuropsicopáticas diretas ou indiretas, e três delas tinham distúrbios catameniais em seus antecedentes.<sup>235</sup>

Contudo, para além das medidas profiláticas instituídas pelo diretor Gustavo Riedel, por meio de uma análise na documentação clínica e administrativa, identificamos que o HN – onde a pandemia atingiu quase todos os pacientes – interrompeu as transferências para a colônia de 1º. de junho de 1918 a 20 de fevereiro de 1919. Assim, o fato de ter ficado sem receber pacientes nesse período pode explicar o bom desempenho da colônia durante a epidemia de gripe no Rio de Janeiro.

Por outro lado, a colônia removeu pacientes para o hospício normalmente; entre outubro e dezembro de 1918 foram enviadas para o estabelecimento da Praia Vermelha vinte e quatro mulheres, e outras cinco em janeiro do ano seguinte. Vale perceber que as motivações registradas para transferência eram agitação e não se prestar ao trabalho; não há menção a nenhuma problemática relacionada à epidemia. Assim, parece que uma das estratégias do novo diretor foi fechar a colônia para o recebimento de pacientes do hospício, ao passo que não deixou de realizar remoções para lá. No contexto pandêmico, com a interrupção das transferências por parte do hospício, a colônia, como instituição subsidiária, pôde manter suas portas fechadas.

A história da gripe epidêmica é exemplar no sentido de mostrar como o HN e a Colônia de Engenho de Dentro estavam inseridos, com algumas particularidades, no quadro mais amplo da política de saúde pública do Rio de Janeiro neste momento. A colônia, como instituição anexa, não sofreria, pelo menos até a virada da década de 1940, durante a gestão do ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema, uma interferência de outras instituições e do Estado tão grande como o hospital urbano. Ao afirmar isso não queremos dizer, por exemplo, que as questões sanitárias da capital do Brasil não se fizessem presentes na instituição de Engenho de Dentro. Sobre isso é necessário, inclusive, perceber que cada uma das duas gestões estudadas coincide com um período

---

<sup>235</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Nota sobre a epidemia de gripe..., 1919, pp. 433-434.



específico da história da saúde pública no Brasil e, também, da história social do Rio de Janeiro.

A gestão de Braule Pinto inclui o período em que, durante a presidência de Rodrigues Alves, empreenderam-se reformas modernizadoras na capital federal. Aos engenheiros Lauro Müller e Francisco Pereira Passos couberam, respectivamente, a modernização do porto e a implementação da reforma urbana da cidade; já o médico Oswaldo Cruz ficou encarregado da parte sanitária. A reforma sanitária priorizou o combate à peste, febre amarela e varíola, mas efetivamente não alcançou reformar a assistência médica na cidade (SANGLARD, 2008: 74). Esse problema foi, inclusive, matéria de discussão do Congresso de Assistência Pública e Privada de 1908. Afinal, médicos e políticos tinham consciência de que modernizar a cidade significava, sobretudo, modernizar a assistência. Cumpre destacar que Juliano Moreira, o diretor geral da Assistência a Alienados, junto com os médicos Rocha Faria e Garfield de Almeida, foi relator de uma das cinco teses discutidas nesse congresso (MAÇANTI, 2018: 71).<sup>236</sup> Já a gestão de Gustavo Riedel ocorreu num Rio de Janeiro sob a vigência do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), onde a assistência psiquiátrica se fez presente, sobretudo, a partir das questões envolvendo as doenças venéreas – através da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas.

A formação do DNSP revela dinâmicas importantes que merecem um breve comentário. Em seu estudo sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil, 1910-1930), o cientista político e historiador brasileiro Gilberto Hochman observa o impacto da gripe epidêmica nos rumos da organização da saúde pública no país, **apontando**, inclusive, que não foram as endemias rurais do Brasil (ancilostomose, doença de Chagas e malária)”, denunciadas pelo movimento sanitarista brasileiro, mas, efetivamente, “uma epidemia urbana que, ao explicitar, de forma paradigmática, os efeitos negativos da crescente interdependência social, promoveu uma consciência sobre a necessidade de soluções amplas e de largo alcance” (HOCHMAN, 1993: 51). A “gripe espanhola”, última pandemia do século XX, dizimou aproximadamente 15 mil pessoas entre outubro e dezembro de 1918 no Distrito Federal, Rio de Janeiro. Além disso, em 16

---

<sup>236</sup> As cinco teses oficiais foram as seguintes: I. “Assistência Metódica. Meios práticos para obter uma aliança permanente entre a assistência pública e a privada. O problema no Brasil (Ataulfo Nápoles de Paiva); II. Assistência gratuita ao doente (Rocha Faria, Juliano Moreira e Garfield de Almeida); III. Assistência à infância, e particularmente, no que se refere às medidas a adotar contra a mortalidade infantil. Educação das crianças deficientes (Antônio Fernandes Figueira); IV. Assistência à infância moralmente abandonada. Modificações que se devem fazer na legislação atual (João Carneiro de Souza Bandeira e José de Medeiros e Albuquerque); V. Assistência pelo trabalho (Xavier da Silveira)” (MAÇANTI, 2018: 71).

de janeiro de 1919, vitimou o próprio presidente eleito Rodrigues Alves, produzindo “um consenso sobre a necessidade urgente de mudanças na área de saúde pública” (p. 51). Nesse contexto, o cientista Carlos Chagas assumiu o cargo de diretor do Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP), criando pouco tempo depois o DNSP (1920), órgão federal que expandiu o papel do Estado na saúde pública (HOCHMAN, 1993: 51).

Tratando dessa temática, as pesquisadoras do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz) Ana Luce de Lima e Maria Marta Pinto apontam que a ideia de Chagas “era a implantação de um modelo de organização sanitária, influenciado pelas idéias dos ‘jovens turcos’,<sup>237</sup> em que se fazia necessário o investimento na formação de recursos humanos altamente qualificados para enfrentar os problemas do desenvolvimento nacional” (LIMA; PINTO, 2003: 1.042). Ainda de acordo com as autoras, “a reforma promovida por Carlos Chagas em 1923, criando o DNS, visava incorporar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado” (LIMA; PINTO, 2003: 1.043).

Não é o momento de entrar no tema do saneamento, mas é hora de indicar que o movimento sanitarista brasileiro, surgido em fins da década de 1910, foi, sem dúvida, um divisor de águas no modo de pensar e buscar fazer ciência e medicina no país. Nesse cenário, em 11 de fevereiro de 1918, foi criada a Liga Pró-Saneamento (1918), que encabeçou “a campanha pelo saneamento rural, com impacto significativo sobre a sociedade brasileira” (LIMA; PINTO, 2003: 1.041). Outro dado importante do período é que, menos de um mês antes da criação da referida liga, em 15 de janeiro desse ano, Renato Kehl fundava a Sociedade Eugênica de São Paulo, a primeira sociedade de eugenia<sup>238</sup> da América Latina (SOUZA, 2006: 34). No final de 1919, no entanto, essa sociedade – desmobilizada pela mudança de Kehl para o Rio de Janeiro ainda em 1919 e a morte do médico Arnaldo Vieira de Carvalho (1867-1920) no ano seguinte – deixava oficialmente de existir (SOUZA, 2006: 40-41). Contudo, conforme observa o historiador Vanderlei Sebastião de Souza, “a partir de 1923, com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, organizada por iniciativa do médico e psiquiatra Gustavo Riedel, as

---

<sup>237</sup> Segundo Lima e Pinto, “jovens turcos era a forma como se conheciam os sanitaristas brasileiros que iam para os Estados Unidos a fim de complementar sua formação médica. Ao voltar tentavam impor suas ideias baseadas na experiência adquirida naquele país de maneira extremamente autoritária, a exemplo da atuação dos jovens oficiais que ascenderam ao poder na Turquia após o golpe militar do marechal Ataturk” (LIMA; PINTO, 2003: 1042).

<sup>238</sup> Em 1883, o cientista britânico Francis J. Galton (1832-1911) se valeu, pela primeira vez, do termo eugenia (do grego *eugens*, ‘bem-nascido’) “para representar as possíveis aplicações sociais do conhecimento da hereditariedade para obter-se uma desejada ‘melhor reprodução’” (STEPAN, 2004: 9).

discussões sobre eugenia encontrariam novamente abrigo institucional” (SOUZA, 2006: 42).

De acordo com Nancy Stepan, é preciso ver a história da eugenia na região na América Latina “como parte de um endosso generalizado à ciência, como sinal de modernidade cultural e como meio através do qual os diversos países da região poderiam emergir como poderosos atores no cenário mundial” (STEPAN, 2005: 49). Nesse sentido, nossa autora destaca que o período de 1880 a 1930 registrou um crescimento intelectual e consolidação institucional da ciência notável na região.

Perceber esses dois contextos em análise nos ajuda a compreender não só as condições de implantação da colônia feminina no âmbito da assistência psiquiátrica do Distrito Federal, mas também a dar sentido às escolhas de seus diretores, sobretudo as de Riedel. Afinal, esse médico realizou um desvio de rota ao começar a pensar as doenças numa chave de profilaxia e educação sanitária, algo que, nas décadas de 1920 e 30, como vimos acima, estava relacionado, a nível nacional, com a Reforma Carlos Chagas.

Na gestão do primeiro diretor, vimos a institucionalização da Colônia de Alienadas Engenho de Dentro, ou a primeira fase dessa institucionalização, a partir da superlotação do Hospital Nacional de Alienados. Apesar de haver, evidentemente, questões de natureza médico-psiquiátrica, esta se apresentou como a principal motivação para a criação da instituição. A superlotação do hospício não revelava apenas a crise institucional da assistência psiquiátrica no Distrito Federal, ela era parte dos problemas de saúde pública e de reforma urbana na cidade do Rio de Janeiro.

Do mesmo modo, as dificuldades de implantação da Colônia de Engenho de Dentro, para além de uma questão de falta de recursos financeiros ou ineficiência, precisam ser vistas à luz das condições objetivas de formulação e implementação de políticas públicas no período. Em outras palavras, é necessário compreender as agruras observadas na colônia durante a gestão de Braule Pinto como um componente do próprio processo de institucionalização da nova estrutura. No entanto, não parece haver dúvidas de que a noção de precariedade possa traduzir de maneira justa a experiência de grande parte das mulheres nela asiladas.

## CAPÍTULO 2

### A HIGIENE MENTAL NA INSTITUIÇÃO DE ENGENHO DE DENTRO

Este capítulo está estruturado em torno da trajetória de Gustavo Riedel e do processo de expansão e remodelação da Colônia de Engenho de Dentro, iniciado em 1919 com a organização, nas dependências dessa colônia, de uma policlínica destinada ao atendimento da população pobre dos subúrbios. Importa-nos, sobretudo, avaliar a guinada dada por Riedel em relação ao sanitarismo, à eugenia e à higiene mental na primeira metade dos anos de 1920 e o papel desse “bando de ideias novas” na reestruturação da colônia.

Para abordar tais aspectos, nos baseamos em uma consulta às fontes impressas referentes à produção teórica de Gustavo Riedel e, também, de outros médicos da Colônia de Engenho de Dentro, coletadas em diversas bibliotecas, tais como a Biblioteca Nacional, a Biblioteca de Ciências Biomédicas da Fiocruz, a Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, a Biblioteca Alexandre Passos do IMAS-NS e a Biblioteca da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro. Cumpre registrar que nos valemos também da análise de Relatórios do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (disponíveis no Center for Research Libraries Global Resources) e documentação administrativa referente à instituição em análise (fundo documental do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro e do IMAS-NS). Utilizamos ainda como fonte o Fundo Gustavo Riedel (reportagens de jornal, recortes de revista, fotografias, cartas e resoluções) e uma entrevista feita por pesquisadoras da Casa de Oswaldo Cruz com Lia Riedel em 1998, ambos sob a guarda do Departamento de Arquivo e Documentação, da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Realizamos pesquisas textuais em periódicos ligados à Colônia de Engenho de Dentro – *Anais da Colônia de Psicopatas* (1928, 1929, 1930 e 1936) e *Anais da Colônia Gustavo Riedel* (1942, 1943) –, à assistência psiquiátrica do Distrito Federal – *Anais da Assistência a Psicopatas* (1931, 1941) –, à Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (SBNPML) – *Arquivos Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal* (1911-1918) e *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria* (1919-1932) –, à Liga Brasileira de Higiene Mental – *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* (1925-1932) e em um folheto de divulgação ao público do Ambulatório Rivadávia Corrêa (1920). Examinamos o segundo livro de assentamento de empregados subalternos da Colônia de Engenho de Dentro (1919-

1949) (Fundo documental IMAS-JM) e consultamos o acervo de jornais da Hemeroteca Digital Brasileira com o intuito de localizar, sobretudo, informações sobre o surgimento e o funcionamento da Policlínica dos Subúrbios e do Ambulatório Rivadávia Corrêa. Por fim, para a análise desta última instituição, também utilizamos documentação clínica, dois livros de matrícula da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro e livros de observação médica (fundo documental do IMAS-JM).

O presente capítulo se encontra dividido em quatro itens. O item 2.1, intitulado “Gustavo Riedel: dados biográficos e trajetória profissional”, busca apresentar os dados biográficos e profissionais do segundo diretor da Colônia de Engenho de Dentro e fundador da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), Gustavo Riedel. O caso de Riedel é, sem dúvida, um excelente exemplo do importante papel desempenhado pelas relações internacionais e redes de cientistas e profissionais da psiquiatria brasileira na divulgação de métodos e práticas de higiene mental. Para compreensão do processo de criação e lógica da LBHM, utilizamos as abordagens de Costa (2007), Reis (1994) e Souza (2006, 2008).

No item 2.2, intitulado “Trajetória intelectual e profissional do médico Gustavo Riedel: do laboratório à higiene mental”, tratamos da trajetória de Riedel, dividindo-a em duas fases: laboratorial (1908-1921) e eugenista/higienista (1921-1933). Apoiando-nos em estudos de Stepan (2004, 2005), Souza (2008) e Reis (1994), buscamos examinar o lugar e as concepções de Riedel dentro do campo da eugenia e da higiene mental no Brasil. Por fim, são analisados os casos dos movimentos de higiene mental na Argentina, Chile, Espanha e México, apresentados na obra *Higiene mental, psiquiatria y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)*, organizada por Ricardo Campos e Mariano Rupertuz (2022), no sentido de um esforço em comparar a performance de Riedel e do programa de higiene mental da Colônia de Engenho de Dentro. Com efeito, a apropriação e reinterpretção da higiene mental em função dos contextos nacionais e locais por diferentes agentes sociais foi uma característica fundamental da época.

No item 2.3, “A criação e a institucionalização da Policlínica dos Subúrbios e do Ambulatório Rivadávia Corrêa”, em primeiro lugar, buscamos examinar as circunstâncias de criação de uma policlínica nas dependências da colônia e, depois, sua transferência para a sede do então inaugurado ARC, destinado à profilaxia das doenças mentais e nervosas, dando origem a um fato inédito na história da psiquiatria. De modo específico, investigamos como Gustavo Riedel e médicos ligados ao seu projeto de higiene mental justificaram esse “hibridismo”, palavra utilizada por Moncorvo Filho para se referir ao

ARC em uma carta aberta direcionada a Riedel. Aquele pediatra questionava não só as características desse ambulatório, mas também o título de Riedel como iniciador da eugenia no país. A resposta do psiquiatra também veio em uma carta aberta. Ambas as cartas foram publicadas no *Boletim da Academia Nacional de Medicina* em meados de 1920 e demonstraram a existência de uma polêmica envolvendo o ambulatório de higiene mental da colônia. Para atender aos objetivos propostos, nos aproximamos de autores que discutem temas como saneamento rural (LIMA; HOCHMAN, 2000), eugenia (STEPAN, 2005), tradição da medicina dos dispensários (FERREIRA, 2017, 2018), hospitais e filantropia<sup>239</sup> (SANGLARD, 2007, 2008) e dispensário de higiene mental (CAMPOS, 2004; LÉVY; CAMPOS; HUERTAS, 2022). Por fim, analisamos o folheto do ARC de 1920 com conselhos de médicos. Para tanto, dialogamos com estudos que tratam sobre eugenia (STEPAN, 2004, 2005; SOUZA, 2008), doenças venéreas, sobretudo, sífilis (CARRARA, 1996; SANGLARD, 2008) e puericultura (FERREIRA, 2017; FREIRE; LEONY, 2011).

No item 2.4, intitulado “O funcionamento e a organização da Policlínica dos Subúrbios e do Ambulatório Rivadavia Corrêa (1919-1939)”, investigamos a constituição das clínicas médica, de pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia e de moléstias mentais e nervosas. Para tanto, focalizamos os diagnósticos e tratamentos propostos bem como os médicos que aí atuaram ao longo de duas décadas. Além disso, a fim de compreender a importância da frequência das diversas clínicas do ARC, organizamos um quadro do movimento anual dessas clínicas (1922-1924, 1927, 1929, 1932, 1934, 1935) (**Quadros V**). Com o suporte da documentação clínica, livros de matrícula e de observação médica, examinamos, respectivamente, o perfil de vinte pacientes oriundas do ARC que ingressaram na parte fechada da colônia e as histórias clínicas de três pacientes que se enquadraram neste grupo. Por fim, analisamos as circunstâncias que marcaram o encerramento das atividades e a demolição do ARC, estabelecendo, nesse caso, um diálogo com autores que trataram do movimento de higiene mental brasileiro nos anos de 1920 a 1960 (FACCHINETTI; MOTA; MUÑOZ, 2022) e, interagindo com Molina (2022), buscamos compreender a redução do movimento de HM nos anos 40 e 50 numa perspectiva internacional.

---

<sup>239</sup> Sanglard (2008) define a filantropia “como toda e qualquer ação que vise a minorar o sofrimento do pobre – tenha ela um caráter religioso ou não – mesmo que as personagens de época venham a fazer diferença entre a caridade – considerada como pejorativa por trazer o ideal cristão a ela subjacente – e a filantropia, ou a caridade laicizada” (SANGLARD, 2008: 24).

## 2.1. Gustavo Riedel: dados biográficos e trajetória profissional

Referindo-se ao valor metodológico da biografia na história da medicina, Rafael Huertas aponta que é necessário “levar em conta, não tanto os ‘gênios individuais’ – cada descoberta, toda contribuição científica é fruto de um processo complexo – como a existência de um certo ‘carisma individual’ capaz de aproximar pessoas e empresas e, em última instância, de ‘criar uma escola’” (HUERTAS, 2012: 76). É com este olhar que passamos a analisar a trajetória intelectual e profissional do médico Gustavo Riedel.

Gustavo Riedel nasceu em 14 de agosto de 1887 na cidade de Porto Alegre (RS) e faleceu no Rio de Janeiro em 16 de maio de 1934. Era filho de Henrique Riedel, cirurgião-dentista e professor de patologia, terapêutica e higiene dentária do Curso de Odontologia da Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, e da doceira Hermínia Köhler. Em janeiro de 1915 casou-se com Edith Hasche e teve dois filhos, Lia Gustavo Riedel (1916-2009) e Leo Gustavo Riedel (1920-1995). Ele realizou seu curso de humanidades na cidade de Porto Alegre, e iniciou seus estudos médicos na Faculdade de Medicina e Farmácia desta cidade em 1903, onde estudou até 1907, concluindo o curso em 1909 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FM-RJ) com a tese “Novas contribuições à patogenia da epilepsia”.<sup>240</sup> Em 1º. de junho de 1907, ingressou como interno permanente da Assistência Médica e Legal de Alienados, por concurso, conquistando o primeiro lugar. Fez novamente concurso para alienista em 28 de abril de 1910, tendo alcançado voto de louvor da banca examinadora. Com a reforma do estabelecimento, em 26 de julho de 1911, foi promovido a psiquiatra da Assistência a Alienados do Distrito Federal.<sup>241</sup> Nesse mesmo ano, passou a comandar interinamente, por indicação de Juliano Moreira, o Laboratório de Anatomia Patológica do HN, anteriormente a cargo do médico Mário Pinheiro de Andrade.<sup>242</sup>

---

<sup>240</sup> RIEDEL, Gustavo. Novas contribuições à patogenia da epilepsia. 189 p. Tese (Doutoramento). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: s.n., 1908.

<sup>241</sup> MANIFESTAÇÕES. *Jornal do Commercio*, ano 107, n. 188, 11 maio de 1934, p. 8.

<sup>242</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1911b, p. 58.

Figura X – Fotografia de Gustavo Riedel (A bênção dos internos do HN, 1908)



Fonte: Acervo iconográfico do Fundo Gustavo Riedel, depositado no Departamento de Arquivo e Documentação (DAD) da Casa de Oswaldo Cruz (COC), Fiocruz. Localização GR.02.002.

Foi responsável ainda por organizar o Laboratório de Química Biológica no estabelecimento da Praia Vermelha. O objetivo por detrás dessa organização era pôr em prática a Reação de Abderhalden. Gustavo Riedel conta que, após a descoberta científica de Emil Abderhalden,<sup>243</sup> obteve o apoio de Juliano Moreira para desenvolver suas pesquisas sobre o tema no hospício. O diretor geral da assistência, então, não só criou esse laboratório como o batizou com o nome do biólogo alemão.<sup>244</sup>

Seu principal trabalho sobre o assunto foi a memória “Os fermentos proteolíticos de Abderhalden. Sua importância em Biologia e Patologia. Novo método de pesquisa”, com a qual recebeu o Prêmio Alvarenga, concedido pela Academia Nacional de Medicina (ANM), em sessão solene de 14 de julho de 1916. Nessa ocasião, o médico Oswaldo de Oliveira, incumbido de saudar Gustavo Riedel, fez o seguinte discurso:

Encarregado, entretanto, da direção interna do laboratório anatomopatológico do Hospício Nacional, ei-lo menos interessado pelas estruturas anatômicas dos órgãos do que pelas transformações da matéria no organismo. O que mais o atraiu foi a essência mesmo do ser vivo, foram os fenômenos bioquímicos ou melhor psicoquímicos da vida, porque o fizeram descortinar ao longe, na direção em que

---

<sup>243</sup> Emil Abderhalden (1877-1950) foi professor de fisiologia na Universidade de Halle-Wittenberg, tendo seus estudos focados em aminoácidos e proteínas. Ele é conhecido por ter inventado um teste em 1912 (a *Reação de Abderhalden*) para determinar a gravidez pela presença de uma proteína “estranha” no sangue. O teste, no entanto, não se revelou confiável e foi substituído em 1928 pelo teste de Zondek-Ascheim. Ver EMIL ABDERHALDEN, s.d.

<sup>244</sup> O “PRÊMIO ALVARENGA” na Academia de Medicina. *Jornal do Commercio*, ano 90, n. 196, 15 de julho de 1916, p. 5.



caminham os Loeb<sup>245</sup> e os Ostwald,<sup>246</sup> os novos e encantados horizontes da ciência. (...) <sup>247</sup>

Em 30 de agosto de 1918, foi eleito membro titular da ANM, ocupando a cadeira n. 91, anteriormente de Oswaldo Cruz (1872-1917), com a obra intitulada “Concepção psicoquímica da crise epiléptica: Doutrina original da aglutinação dos coloides”, tendo sido relator dos trabalhos o Professor Carlos Chagas, diretor do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Foi recebido na ANM por Miguel Couto, que o saudou dizendo “ter a impressão de estar, naquele momento, em face da própria Química Biológica”.

Foi professor titular da Cátedra de Psiquiatria e Doenças Nervosas e da Cátedra de Química Biológica, ambas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi lente, adido, da Escola Superior de Agricultura e Medicina Veterinária.<sup>248</sup> O médico também foi um dos fundadores dos *Arquivos Brasileiros de Medicina* e membro titular da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, aceito em 4 de abril de 1909. Nesta sociedade integrou a seção de psiquiatria e de neurologia, tornou-se primeiro vice-presidente (1925), e foi membro da comissão de neurologia e presidente da Comissão de Psicologia e Biologia Aplicadas à Neuropsiquiatria (1928), além de escrever uma quantidade considerável de artigos no *Arquivo Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, jornal daquela sociedade. Também integrou diversas outras sociedades científicas, nacionais e estrangeiras, como a Royal Medico-Psychological Association, que havia sido fundada em 1841, em Londres (Inglaterra).

Em 9 de outubro de 1918, menos de dois meses depois de se ter sido eleito para ANM e em meio ao contexto da crise sanitária provocada pela chamada gripe espanhola, foi escolhido, a partir de uma lista tríplice,<sup>249</sup> para substituir o médico Simplício de Lemos Braule Pinto, primeiro diretor da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, falecido

---

<sup>245</sup> Jacques Loeb (1859-1924) foi um fisiologista mecanicista e biólogo germano-americano. Elliott aponta que Loeb experimentou embriões na Europa e nos Estados Unidos no final do século XIX e início do século XX, ajudando a fundar o novo campo da embriologia experimental. Ver ELLIOTT, s.d.

<sup>246</sup> Friedrich Wilhelm Ostwald (1853-1932) foi um químico e filósofo alemão, nascido na Letônia. Foi universalmente reconhecido como a principal figura mundial na sua época no campo de físico-química. Em 1909, foi coroado com o Prêmio Nobel de Química por suas realizações nos campos da catálise, equilíbrio químico e velocidade de reação. Ver WILHELM OSTWALD – Biográfico, s.d.; WEIR, 2012.

<sup>247</sup> O “PRÊMIO ALVARENGA” na Academia de Medicina, p. 5.

<sup>248</sup> Em janeiro de 1923, em virtude de um aviso do Ministério da Agricultura intimando os funcionários que acumulavam cargos a optar, Gustavo Riedel pediu a sua exoneração do cargo que exercia nesse ministério. TÓPICOS & NOTÍCIAS. Um dos primeiros cuidados do sr. Miguel Calmon. *Correio da Manhã*, ano XXII, n. 8.713, 14 de janeiro de 1923, p. 2.

<sup>249</sup> MINISTÉRIO da Justiça. *O Paiz*, ano XXXV, n. 12.414, 06 de outubro de 1918, p. 4; NA PASTA da Justiça. *O Paiz*, ano XXXV, n. 12.418, 10 de outubro de 1918, p. 5.

em 19 de setembro de 1918. Sua nomeação foi em 9 de outubro desse ano, tendo permanecido na direção desta instituição, possivelmente, até outubro de 1932.

Em 15 de novembro de 1918, pouco mais de um mês após sua chegada ao cargo de diretor e ainda no auge da crise epidêmica na cidade do Rio de Janeiro, Riedel instalou nas dependências da colônia uma policlínica que ficaria conhecida como Policlínica dos Subúrbios, e, em 13 de junho de 1920, inaugurou o Ambulatório Rivadávia Corrêa (ARC), para onde foi transferida a aludida policlínica. Criou ainda mais cinco novos serviços nessa instituição, a saber: Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto, Assistência Heterofamiliar, Ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée-Guinle, Serviço Aberto do Pavilhão Epitácio e Laboratório de Psicologia Experimental.

Foi nomeado presidente honorário do VI Congresso Latino-Americano de Medicina, realizado em Havana, de 19 a 26 de novembro de 1922. Nesse congresso, presidiu, juntamente com Emilio Ochoa, a seção de Biologia, Anatomia e Histologia Normal e Patológica, tendo tornado “vitorioso o seu ponto de vista da criação de ligas de profilaxia mental”, segundo destacava uma reportagem do jornal *Correio da Manhã*, de 17 de maio de 1934.<sup>250</sup>

Nos últimos dias de 1922, logo após retornar ao Brasil e também em meio ao processo de expansão da Colônia de Engenho de Dentro, Gustavo Riedel fundou, no Distrito Federal, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) e, em 1925, instituiu sua publicação oficial: os *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*. Três anos depois, foi a vez do médico lançar os *Anais da Colônia de Psicopatas*, que visavam dar publicidade às ações e pesquisas realizadas na Colônia de Psicopatas: “Duplo é, pois, seu objetivo – demonstrar publicamente que está preenchendo os fins a que foi destinada, e semear ideias úteis, que poderão constituir elementos aproveitáveis na cruzada da valorização eugênica do homem pela Pátria”.

Conforme já observado por José Roberto Franco Reis, existem dados contrastantes sobre a data de fundação da LBHM, com certos psiquiatras identificando seu surgimento em fins de 1922 e com a ata de fundação da Liga, reproduzida nos *ABHM* de 1941, declarando o dia 26 de janeiro de 1923.<sup>251</sup> Além disso, nesse mesmo registro são citadas reuniões ocorridas nos dias 20, 23 e 25 de janeiro de 1923, na residência de Juliano Moreira, no Salão de Conferências do Hospital e na Colônia de Engenho de Dentro, com

---

<sup>250</sup> DR. GUSTAVO RIEDEL. Faleceu, ontem, o diretor aposentado da Assistência a Psicopatas. *Correio da Manhã*, ano XXXIII, n. 12.107, 17 de maio de 1934a, p. 3.

<sup>251</sup> LBHM. Ata de Fundação da Liga em 1923. *ABHM*, ano XIII, n. 1, jul. 1941, pp. 91-95.

a presença de vários médicos e psiquiatras, onde teria sido acordada a fundação de uma associação de higiene mental (REIS, 1994: 118).

Riedel, além de ter sido o fundador da LBHM, foi seu presidente durante seus primeiros dois anos de existência, sendo substituído em 31 de agosto de 1925 por Plínio Olinto; meses depois, essa função foi exercida ainda por Faustino Esposel, que, ao cabo de poucos dias, entregou o cargo interinamente a Ernani Lopes, até então secretário-geral da liga.<sup>252</sup> Lopes ocupou este cargo até 14 de março de 1936, renunciando então por motivos de doença.<sup>253</sup>

Em 26 de março de 1923, no salão nobre do Hospital Nacional, a SBNPML realizou uma sessão solene em homenagem ao presidente dessa sociedade, o professor Juliano Moreira, por completar o seu segundo decênio de administração naquele hospital, conforme noticiava no dia seguinte *O Jornal*. Gustavo Riedel, diretor da colônia de alienadas, depois de se referir elogiosamente à obra do professor Juliano Moreira, comunicou “que, naquela data, como homenagem ao mestre, ficava fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, filiada à congênere dos Estados Unidos”.<sup>254</sup>

No 2º Congresso Brasileiro de Higiene, foi lido o trabalho “O que já se tem feito e o que se pôde fazer em higiene mental no Brasil”, de autoria do diretor geral da Assistência. Nesse texto, Juliano Moreira apontava que, depois de criar o ARC e conseguir da Fundação Gaffrée-Guinle a construção de um dispensário nos terrenos da Colônia de Engenho de Dentro, Gustavo Riedel fundou, com o fim especial de centralizar esforços, em fins de 1922, a Liga Brasileira de Higiene Mental.<sup>255</sup> Do mesmo modo, Ernani Lopes sublinhou que, por melhores que fossem os serviços prestados pelo Instituto de Profilaxia Mental (ARC), Gustavo Riedel teria sentido “que a obra da higiene mental devia ser ainda ampliada e com esse objetivo resolveu fundar a Liga Brasileira de Higiene Mental, o que ocorreu nos últimos dias de 1922”, “em colaboração com um grupo de

---

<sup>252</sup> A HIGIENE Mental no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*. Rio de Janeiro, ano III, n. 3, mar. 1930, p. 72.

<sup>253</sup> LIGA Brasileira de Higiene Mental: eleição e posse da nova diretoria e conselho executivo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XLV, n. 68, 21 de março de 1936, p. 14.

<sup>254</sup> A INSTITUIÇÃO de um prêmio e a criação de uma LBHM – Os discursos da sessão solene. *O Jornal*, ano V, n. 1.290, 27 de março de 1923, p. 10.

<sup>255</sup> MOREIRA, Juliano. O que já se tem feito e o que se pôde fazer em higiene mental no Brasil. A contribuição de higiene mental no 2º Congresso Brasileiro de Higiene. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, ano I, n. 1, jan.-jun. 1925, p. 196.

psiquiatras, clínicos gerais, juristas, jornalistas, educadores e outros intelectuais”.<sup>256</sup> Em relação à liga, os objetivos, segundo esse alienista, seriam os seguintes:

Os objetivos da Liga são, entre outros, não somente continuar de modo direto a assistência profilática dos psicopatas, em outros ambulatórios de tipo semelhante ao do Engenho de Dentro, como realizar na vida social um programa de higiene mental e de eugênica, que melhore o nível da saúde mental coletiva.<sup>257</sup>

No relatório de 1924 da LBHM, escrito em 10 de fevereiro de 1925, Gustavo Riedel referia que, na qualidade de delegado brasileiro no VI Congresso Latino-Americano de Medicina (para o qual foi também nomeado presidente honorário, como vimos acima), realizado em Havana de 19 a 26 de novembro de 1922, organizou, por iniciativa própria, o Comitê Latino-Americano de Higiene Mental. Nesse relatório, o médico tratou ainda da incumbência fornecida por Clifford Beers a ele, nesse encontro, de fundar uma Liga de Higiene Mental no Brasil:

Foi em novembro de 1922, em Havana, como delegado brasileiro ao Congresso Latino-Americano que, por iniciativa minha se organizou o Comitê Latino-Americano de Higiene Mental.

De volta à América do Norte, por indicação entusiástica de Clifford Beers, o apóstolo do movimento em prol da Higiene Mental no mundo, como o cognominou Toulouse, descrevendo no *Le Quotidien* a memorável sessão da Sorbonne do ano transacto, fui incumbido de fundar na América do Sul a primeira Associação de Medicina Social, o que se levou a efeito nos últimos dias de 1922, com a denominação de Liga Brasileira de Higiene Mental, à qual o Governo, em 1923, houve por bem, pelo Decreto n. 4.778, de Dezembro, reconhecer de Utilidade Pública e conceder-lhe, para o exercício de 1924, uma subvenção de trinta contos de réis (30:000\$000), convindo registrar o interesse com que se empenhou neste favor o consócio benemérito Deputado Oscar Soares.

(...)

Lá por intermédio de Toulouse, Genil-Perrin e Targowla, os quais no volume de Medicina Social do Tratado de Sergent, Ribadeau-Dumas e Babonneix do corrente ano de 1925 destacam o Brasil com magníficos serviços de defesa social, cumprindo acrescentar que representado o nosso País pelo Presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental figura ele ao lado de representações das nações amigas: América do Norte, França, Inglaterra, Canadá e Bélgica na constituição do Comitê Internacional de Higiene Mental, com sede em New York.<sup>258</sup>

---

<sup>256</sup> LOPES, Ernani. Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil. Conferência pronunciada em 16 de julho de 1925, na Sociedade Médica Argentina de Buenos Aires. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano 1, n. 2, 1925b, p. 170.

<sup>257</sup> *Idem.*

<sup>258</sup> RIEDEL, Gustavo. Atas e trabalhos da Liga Brasileira de Higiene Mental. Ata da sessão do conselho executivo realizada em 14/02/1925. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, ano I, n. 1, jan.-jun. 1925, pp. 209-210.

A história oficial do movimento da higiene mental tem um mito fundador na figura do jovem norte-americano Clifford Beers (1876-1943), um ex-paciente psiquiátrico, com a publicação, em 1908, de seu livro *A Mind That Found Itself*, obra autobiográfica na qual relatava sua passagem por instituições psiquiátricas e os maus-tratos que sofreu. O trabalho de Beers teve o mérito de atrair a atenção de psiquiatras que, como Adolf Meyer (1866-1950), buscavam transformar a difícil realidade assistencial. Dessa aliança não isenta de tensões “entre um ex-paciente e um setor da psiquiatria que buscava soluções para o impasse terapêutico que o asilo acarretava, surgiria um movimento reformador nos Estados Unidos, o da higiene mental, que alcançaria após a Primeira Guerra Mundial um caráter internacional” (CAMPOS; RUPERTHUZ, 2022: 3). Com o crescimento de sua vertente francesa, estabelecida como o centro do higienismo mental europeu, o movimento se desenvolveu substancialmente, e um passo fundamental nesse sentido foi a promoção da higiene mental na França e na Europa feita por Edouard Toulouse (1865-1947). Ricardo Campos e Mariano Ruperthuz ressaltam ainda que a concepção de higiene mental do psiquiatra francês “tinha um caráter técnico-assistencial aliado a uma vocação política que consistia na organização da sociedade com base em princípios tecnocráticos, meritocráticos, psíquicos e biológicos” (CAMPOS; RUPERTHUZ, 2022: 4).

Vanderlei Sebastião de Souza destaca que os fins para os quais a LBHM foi instituída “se adequavam perfeitamente aos desejos dos eugenistas brasileiros, principalmente o de transformar o discurso eugênico no porta-voz da regeneração nacional”. Além disso, o autor observa que essa entidade “se consolidou entre a classe médica carioca, reunindo mais de 120 membros, entre eles figuras intelectuais destacadas no cenário nacional, como Miguel Couto, Fernando Magalhães, Carlos Chagas, Henrique Roxo, Antonio Austregésilo, Afrânio Peixoto, Edgar Roquette-Pinto, Ernani Lopes, Julio Porto-Carrero, entre outros” (SOUZA, 2008: 153). Para Reis, a criação da LBHM significou “o ápice da penetração, no domínio da ação psiquiátrica, dos ideais de eugenia e do saneamento preventivo da população, nos termos renovados de um movimento pró-higiene mental”. Por outro lado, conforme observa esse autor, nos seus primeiros anos de existência, a Liga ressentiu-se de uma acolhida mais concreta por parte dos governos, chegando em certos momentos a ter sua subvenção federal cortada e a municipal reduzida e a ficar na iminência de ter suas atividades interrompidas pela perda de sua sede (REIS, 1994).

A LBHM era uma entidade civil, reconhecida como de utilidade pública, que funcionava com subvenção do governo, ajuda de filantropos e, posteriormente, com a

renda dos anúncios veiculados em sua publicação oficial (COSTA, 2007: 45). Segundo Jurandir Freire Costa, de 1923 a 1925 a Liga “seguiu a orientação que Riedel lhe havia imprimido, ou seja, a de procurar aperfeiçoar a assistência aos doentes”; no entanto, a partir de 1926, os psiquiatras, de um modo geral, se voltaram para a elaboração de projetos que “visavam a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos”, ultrapassando as aspirações originais da entidade (COSTA, 2007: 46). Posteriormente, de 1926 a 1930, “a eugenia permanecia um simples modo de prevenção de doença mental. As noções de melhora e aperfeiçoamento da raça não englobavam os indivíduos sadios psicologicamente”; ou seja, a raça era entendida “como o conjunto dos indivíduos normais. As origens étnicas destes indivíduos não eram levadas em consideração” (COSTA, 2007: 57-58). Contrapondo-se a essa perspectiva, Reis argumenta que o fato de nenhuma proposta de saneamento racial, apresentada, nesse tempo, pelos psiquiatras eugenistas, “ser pensada levando em conta parâmetros de intervenção de caráter étnico, não elimina a convicção de que intervir, através da eugenia, na problemática racial sempre foi uma aspiração da Liga” (REIS, 1994: 191). No entanto, esse mesmo autor defende que, após 1930, o discurso eugênico da psiquiatria não apontaria seguramente para a direção do “saneamento racial” (REIS, 1994: 196), pois, a despeito da inegável radicalização geral dos objetivos eugênicos da Liga, não se localiza, nesse período, a defesa de medidas de esterilização baseadas em critérios étnicos.

Retornando à trajetória de Gustavo Riedel, convém registrar que logo após ter fundando a LBHM, em 26 de abril de 1923, ele foi nomeado, juntamente com Eduardo Rabello, inspetor de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, Eduardo Borges da Costa, diretor da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte e Eurico Villela, do Instituto Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, diretor do Departamento de Saúde Pública (chefe dessa delegação), representante da Academia Nacional de Medicina (ANM) nas festas em homenagem ao Centenário de Pasteur, em Paris (Congresso Internacional de Propaganda de Higiene Social e de Educação Profilática, ao longo do mês de maio, na Sorbonne, e Exposição Internacional Científica Industrial de Higiene, em Estrasburgo, em junho de 1923). Nesses eventos comemorativos, conquistou, para o Brasil, o Grande Prêmio da Exposição Internacional de Higiene de Estrasburgo, com a maquete do Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa, baseada no conceito de serviço hospitalar aberto. Neste ano, Riedel recebeu uma carta do professor Émile Roux (1853-1933), onde este destacou o grande sucesso alcançado pelo Brasil na Exposição de Higiene:

A carta, nessa ocasião divulgada, que o sábio Professor Roux, presidente daquele certâmen, dirigiu ao Ministro João Luiz Alves, expressando a sua admiração pelo empreendimento extraordinário de Riedel, é um desses documentos ante cuja leitura nenhum brasileiro de emotividade normal poderia esquivar-se a um surto de genuína “emoção pura”, no sentido chaparadeano do termo.<sup>259</sup>

As conquistas concretas apresentadas pelo Brasil no Congresso de Paris também teriam estimulado o movimento de higiene mental na América do Sul, como indica a observação de Hérnan Scholten (2022) sobre o caso argentino. De acordo com o autor, após a realização do Congresso em Paris e as recentes reformas realizadas no Brasil, Alfredo Scarano (1923), diretor do Hospício de las Mercedes, convidava os argentinos para se conectarem com o movimento internacional de higiene mental (SCHOLTEN, 2022: 25).

No relatório de cinco anos de administração de Gustavo Riedel em Engenho de Dentro, se afirmava que a consagração dos serviços da Assistência a Alienados do Distrito Federal na Exposição Internacional de Higiene de Estrasburgo se devia a uma orientação científica moderna, tal como se praticava na colônia feminina:

Não foram as fotografias ou gráficos demonstrativos etc., nem a maquete dos serviços da nossa Assistência a Alienados no D. Federal que impressionaram a alta cultura francesa e as delegações estrangeiras na Exposição do Centenário de Pasteur em Strasbourg, como ingenuamente julgou alguém, e sim a *orientação científica moderna* de um serviço tal como é feito em conjunto no Engenho de Dentro, que realiza a profilaxia mental, assiste a alienada e a reintegra à sua condição de vida anterior pela assistência familiar, objetivo esse que pretendem alcançar todas as administrações de serviços de assistência a psicopatas nos *países cultos*.

Assim o documentam as manifestações recebidas pelo delegado brasileiro e ultimamente ainda as comunicações oficiais do Dr. Bénon, alienista chefe do Asilo de Nantes, e dos Srs. Pelletier, engenheiros-chefes do Departamento de la Loire Inferieure, onde pretende o Governo Francês organizar um serviço modelo de assistência a psicopatas, os quais solicitaram planos detalhados para esse fim.<sup>260</sup>

Foi eleito, em 1929, delegado continental da América do Sul ao Comitê Internacional de Higiene Mental, com sede em Nova York, tendo representado o país no Congresso Internacional de Higiene Mental, em Washington, em 1930. Nesse congresso, apresentou o trabalho *O organismo psiquiátrico moderno*, que reunia não só as ideias,

---

<sup>259</sup> GUSTAVO RIEDEL, o grande realizador (editorial). *ABHM*, ano VII, n. 2, abr.-jun. 1934, pp. 87-90.

<sup>260</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 6 (grifo nosso).

mas grande parte das experiências realizadas pelo médico na Colônia de Engenho de Dentro.

Figura XI – O Dr. Gustavo Riedel, como representante do continente sul-americano, no 1º Congresso Internacional de Higiene Mental, em Washington (1930)



Fonte: HOMENAGEM à memória de Gustavo Riedel. *ABHM*, ano VII, n. 2, abr.-jun. 1934, p. 130; 135.

Em uma entrevista feita por pesquisadoras da Fiocruz com Lia Riedel em 1998, a filha do diretor da colônia conta que acompanhou seu pai nas confraternizações realizadas durante esse congresso, pois, ao contrário dele, ela não falava inglês, mas tinha domínio do francês e mantinha uma ligação com a cultura desse país e com a alemã também. Lia comentou também que seu pai era muito amigo do americano Dr. Clifford Beers, o qual inclusive lhe deu de presente na ocasião um livro escrito por ele.<sup>261</sup>

Em 29 de outubro de 1931, Gustavo Riedel foi nomeado para exercer as funções de diretor da Assistência Hospitalar do Brasil,<sup>262</sup> cargo mais tarde extinto. Diante desse

<sup>261</sup> RIEDEL, Lia. *Lia Riedel. Entrevista de História Oral*, 1998. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 202, p. 11.

<sup>262</sup> Em 1926, foi criada a Assistência Hospitalar, “órgão autônomo com relação ao DNSP, a quem competia a gestão dos hospitais São Francisco de Assis e Pedro II, bem como a fiscalização dos estabelecimentos hospitalares existentes na capital”. Ver SANGULARD; COSTA, 2004: 118.



fato, Belisário Penna (1868-1939), então diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), decidiu escrever em 4 de janeiro de 1932 uma carta ao prezado colega e ilustre amigo na qual expunha que a sua “intenção ou, melhor, a judiciousa escolha do governo provisório colocando à testa dessa repartição um técnico do seu valor e um cidadão da sua estofa moral, era uma credencial prévia, de austeridade e eficiência com que se desejava transformar e orientar o serviço de Assistência Hospitalar no Brasil”. Seguia afirmando que “infelizmente, porém, resoluções posteriores e de última hora vieram destruir a nossa esperança a esse respeito, uma vez que desaparece a diretoria a cuja frente se achava o prezado amigo (...)”.<sup>263</sup>

É possível que tenha retornado, então, à direção da Colônia de Engenho de Dentro,<sup>264</sup> e, em 11 de outubro de 1932, foi escolhido para o cargo de diretor geral, o mais alto cargo, da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, pelo então recém-nomeado ministro da Educação e Saúde Pública, o neurologista e psiquiatra e também membro da LBHM, Washington Pires (1892-1970).<sup>265</sup> No editorial dos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* de meados de 1934, intitulado “Gustavo Riedel, o grande realizador”, era apontado que o médico havia elaborado, “com esclarecidos colaboradores, anteprojetos de novas leis e regulamentos, em que se previa a oficialização dos serviços de Profilaxia Mental”.<sup>266</sup> Sua morte, menos de dois anos depois de ter assumido a direção geral da Assistência a Psicopatas, não permite, no entanto, saber se teria conseguido atingir este objetivo.

Em fins de 1933, licenciou-se para tratar da saúde, sendo substituído interinamente pelo médico Jefferson de Lemos.<sup>267</sup> Com a piora do seu estado de saúde, Gustavo Riedel requereu sua aposentadoria, o que lhe foi concedido poucos dias antes da sua morte. Faleceu de nefrose e uremia aos 47 anos, em 16 de maio de 1934.

Em 28 de junho de 1934, o corpo clínico e o pessoal técnico e administrativo da Colônia de Psicopatas (Mulheres) no Engenho de Dentro, por intermédio da Diretoria Geral da Assistência a Psicopatas, encaminharam ao chefe do governo uma petição para que aquele estabelecimento passasse a se chamar “Colônia de Psicopatas Gustavo Riedel”

---

<sup>263</sup> ASSISTÊNCIA hospitalar. O dr. Belisário Penna escreve ao dr. Gustavo Riedel. *Correio da Manhã*, n. 11.371, 7 de janeiro de 1932, p. 5; VÁRIAS notícias. *Jornal do Commercio*, ano 105, n. 6, 7 de janeiro de 1932, p. 6.

<sup>264</sup> DR. GUSTAVO RIEDEL. O falecimento, ontem, desse ilustre cientista. *Jornal do Brasil*, ano XLIV, n. 116, 17 de maio de 1934b, p. 13.

<sup>265</sup> EDITORIAL. *ABHM*, ano V, n. 2, out.-dez. 1932, p. 1.

<sup>266</sup> GUSTAVO RIEDEL, o grande realizador, 1934, pp. 87-90.

<sup>267</sup> MANIFESTAÇÕES, 1934, p. 8.

ou “Hospital-Colônia Gustavo Riedel”, em atenção aos serviços prestados por seu falecido diretor.<sup>268</sup>

Exmo. Snr. Dr. Getúlio Vargas

D.D. Chefe do Governo Provisório

Em atenção aos inestimáveis serviços prestados ao nosso país pelo grande e saudoso cientista brasileiro, Dr. Gustavo Riedel, que consagrou toda a sua vida à causa dos insanos, seja transformando a antiga Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro em um hospital modelar para tratamento e prevenção das doenças mentais, seja fundando, por sua exclusiva iniciativa pessoal, graças a donativos de particulares, um Ambulatório de todas as clínicas para a população pobre dos subúrbios, no inteligente propósito de, ainda assim, servir indiretamente à obra da profilaxia mental, pela triagem dos frágeis psíquicos, seja criando a Liga Brasileira de Higiene Mental e o Instituto de Psicologia, ambos destinados, *mutatis mutandi*, a cooperar no referido setor profilático, seja ainda organizando a excelente Escola de Enfermeiras “Alfredo Pinto”, que precedeu todas as suas congêneres atualmente existentes nesta Capital, seja, por fim, conseguindo conjugar aos serviços da Colônia um dos Ambulatórios da Fundação Gaffrée-Guinle — vimos, por meio deste, pedir a V. Ex. que se digne dar à Colônia de Psicopatas (Mulheres) no Engenho de Dentro, o nome daquele nosso benemérito compatriota, como justa homenagem aos seus excepcionais méritos e ao seu acendrado amor aos insanos.

Devendo ser, em 11 de julho próximo futuro, celebrado o 23º aniversário da fundação da Colônia, os abaixo-assinados médicos e funcionários titulares desta repartição (com a representação de todo o pessoal administrativo), psiquiatra-chefe e assistentes do Instituto de Psicologia, médicos e auxiliares acadêmicos do Ambulatório Rivadávia Corrêa e do Ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée-Guinle, anexos ao estabelecimento, desejariam, desde aquela data, prestar os seus serviços à “Colônia de Psicopatas Gustavo Riedel” ou ao “Hospital-Colônia Gustavo Riedel”, numa palavra, a este estabelecimento enobrecido com o nome glorioso do seu grande remodelador.

Certos de que V. Ex.<sup>a</sup> deferirá a presente petição, subscrevemo-nos com profundo respeito e o mais elevado apreço.<sup>269</sup>

Após a morte de Gustavo Riedel, a instituição que marcou a sua biografia e na qual ele deixou marcas profundas passou a carregar consigo o seu nome. A passagem do médico pela colônia serviu como elemento central de sua trajetória e também influenciou a elaboração de sua memória durante sua vida e postumamente. Ao tratar do processo de construção da memória de Riedel, cabe destacar que a menção a uma colônia completamente transformada cinco anos depois do início de sua gestão foi algo dito, muitas vezes, por ele e por seus pares.

---

<sup>268</sup> EM ATENÇÃO aos serviços prestados por saudoso cientista. *Correio da Manhã*, ano XXXIV, n. 12.147, 03 de julho de 1934, p. 2.

<sup>269</sup> O MEMORIAL da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro ao governo da República. *ABHM*, ano VII, n. 2, 1934, pp. 140-142.

## 2.2. Trajetória intelectual e profissional do médico Gustavo Riedel: do laboratório à higiene mental

A trajetória intelectual e profissional de Gustavo Riedel pode ser dividida em duas fases. A primeira fase, por nós chamada de laboratorial – de 1908 a 1921 – foi marcada pelo pensamento degeneracionista e pela busca da etiologia das enfermidades mentais através do laboratório de química biológica. O HN foi o grande campo de observação dos trabalhos clínicos e experimentais que ele apresentou nesse período. Essa fase começou em 1908 com a produção da sua tese “Novas contribuições à patogenia da epilepsia” pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FM-RJ) e terminou com o trabalho “Vitaminas – hormônios nas síndromes de carência”, publicado no *Boletim da Academia Nacional de Medicina* em 1921. Nesse trabalho, Riedel se valeu do laboratório da Colônia de Engenho de Dentro e de amostras de crianças atendidas no ARC para a realização de estudos experimentais. É importante ressaltar que instituições como esse ambulatório, onde médicos de várias especialidades tinham acesso aos corpos de uma população pobre, representavam, nessa época, um manancial significativo para a exploração médica (FERREIRA, 2019: 73). Nesse sentido, é possível que ele tivesse, inicialmente, a perspectiva de contar com esse serviço anexo da colônia para seguir com uma prática experimental investigativa, mas o cargo de gestor lhe levou a atuar em outras frentes. Outro ponto a ser considerado é o fato de Riedel ter se tornado membro da ANM<sup>270</sup> em meados de 1918. Ingressar em tal agremiação nesse momento significava, além de tomar parte “no seletivo grupo de médicos que corporificava a elite médica do Rio de Janeiro” (FERREIRA, 2017: 65), estar no centro das discussões sobre o saneamento rural (SANGLARD, 2008: 129). De qualquer modo, a partir de sua próxima obra, o ARC será compreendido como um espaço de realização de um programa eugênico no país.

---

<sup>270</sup> Para saber mais sobre o significado de pertencer à ANM, ver CORADINI, 2005.

Figura XII – Fotografia de Gustavo Riedel no laboratório



Fonte: Gustavo Riedel no laboratório. Acervo iconográfico do Fundo Gustavo Riedel, depositado no Departamento de Arquivo e Documentação (DAD) da Casa de Oswaldo Cruz (COC), Fiocruz. Localização GR.02.027.

A segunda fase de Gustavo Riedel, que denominamos de higienista, começa oficialmente com a publicação de “The dysgenisant factors of the Brazilian ‘habitat’ in synthesis”, no âmbito do II Congresso Internacional de Eugenia (Nova York) em 1921, e termina com a publicação na revista *Fru-Fru* do texto “Bases para a higiene mental” em 1933, último trabalho escrito pelo médico. Pode-se dizer que o texto apresentado em 1921 foi um divisor de águas na produção teórica de Gustavo Riedel. A partir dele, ocorreu um deslocamento no pensamento do autor em direção às concepções médico-sociais e eugenistas, e, além disso ele citava pela última vez a reação de Abderhalden, a qual o entusiasmava desde meados dos anos de 1910. A partir dos anos de 1920, seu objeto de interesse seria a Colônia de Engenho de Dentro e sua reorganização pela higiene mental.

É importante destacar que a reorientação teórica do médico tem início com a criação do ARC (1920) e se firma com a fundação da LBHM (1922), esta, no caso, logo após retornar do VI Congresso Latino-Americano de Medicina, ocorrido em fins de 1922, em Havana. Segundo destacava uma reportagem do jornal *Correio da Manhã*, de 17 de maio de 1934, nessa ocasião o médico teria tornado “vitorioso o seu ponto de vista da criação de ligas de profilaxia mental”.<sup>271</sup>

---

<sup>271</sup> DR. GUSTAVO RIEDEL, 1934a, p. 3.

A fase higienista foi marcada, portanto, pela adesão do Brasil, por meio da figura de Gustavo Riedel, ao movimento transnacional de higiene mental. Entre os anos de 1920 e 1930, ele produziu textos de caráter programático sobre a reorganização da assistência psiquiátrica. No primeiro período de sua trajetória profissional, Riedel atuou muito mais como um “homem de ciência”,<sup>272</sup> dedicando-se, basicamente, a uma conversa com seus pares sobre os aspectos fisiológicos e etiológicos das enfermidades mentais. Já na fase higienista, se destacou seu espírito sanitário, afirmando-se, ao longo dos anos de 1920 e 1930, como um reformador do asilo fechado. Na primeira metade dos anos 1920, o médico esteve à frente da remodelação da Colônia de Engenho de Dentro, e, no início dos anos de 1930, já no cargo de diretor geral da Assistência aos Psicopatas (1932-34), traçou um plano de reformas para o HN.

Na fase laboratorial, predominou, assim, a figura do cientista; na higienista, a do gestor, no entanto, um gestor muito imbricado com a questão da ciência. O programa de reformulação da assistência psiquiátrica pela higiene mental de Riedel era um programa que valorizava a medicina experimental, o ensino e a divulgação científica. Podemos, inclusive, pensar que ao reivindicar uma policlínica para a realização da prevenção das doenças mentais e nervosas, o médico demonstrava coerência com suas teorias etiopatogênicas, mesmo que observemos o processo de consolidação do ARC também como uma oportunidade de fazer parte do movimento pró-higiene mental e uma necessidade de ajuste institucional, no âmbito da Assistência a Alienados do Distrito Federal, como discutimos na próxima seção.

Gustavo Riedel não foi, espiritualmente, o líder do movimento de higiene mental brasileiro, papel que coube a Renato Kehl. Ele não realizou uma virada radical em direção à eugenia negativa como Kehl e seu próprio amigo íntimo Ernani Lopes no final dos anos 1920. Nesta época, Gustavo Riedel se afastava do sanitarismo tal qual encarnado por Belisário Penna, para aprofundar ideias como a dos serviços abertos para psicopatas, defendida pelo psiquiatra francês Edouard Toulouse no final do século XIX. Assim, podemos dizer que ele não chegou a ser um importante propagandista como Kehl<sup>273</sup> nem tampouco um clínico preocupado com a terapêutica psiquiátrica como Ernani Lopes. Foi,

---

<sup>272</sup> A atuação de Gustavo Riedel entre o final da década de 1900 e o início da década de 1920 evidenciavam um “homem de ciência”, para usar uma expressão de Dominichi Miranda de Sá (2006).

<sup>273</sup> Segundo Vanderlei Sebastião de Souza, “como principal propagandista do movimento eugenista, Renato Kehl esteve no centro das discussões que constituíram o campo eugênico nacional, tanto nos anos 1920 – quando assumiu o ideário sanitário – quanto no início dos anos 1930 – período de radicalização de suas concepções eugênicas” (SOUZA, 2006: 15-16).

fundamentalmente, um cientista e, em segundo lugar, um reformador do sistema asilar fechado. O fato é que o diretor da Colônia de Engenho de Dentro (1918-1932) e, em seguida, diretor geral da assistência psiquiátrica do Distrito Federal (1932-1934) continuou focando no aperfeiçoamento da assistência a alienados, como faziam, segundo Costa, boa parte dos eugenistas, até 1926 (COSTA, 2007: 46).

Como destacado por Ernani Lopes, antes de se tornar diretor da Colônia de Mulheres Alienadas Gustavo Riedel era conhecido basicamente por seus trabalhos sobre a patogênese das epilepsias, as reações de Wassermann e Abderhalden, bem como por suas investigações bioclínicas, realizadas conjuntamente com o médico Mário Pinheiro em pacientes com demência precoce, trabalho citado, inclusive, por Emil Kraepelin (1856-1926) em seu *Manual de Psiquiatria*.<sup>274</sup> Contudo, pouco tempo depois, “passou a ser visto não apenas como o cientista especializado, mas também como o administrador de grandes capacidades”,

cuja atuação foi fazendo surgir na antiga colônia ações novas e foram sendo refeitos interna e externamente os edifícios antigos no estilo colonial, de tal forma que hoje, ao fim de apenas cinco anos, nada mais resta do antigo estabelecimento, existindo nada menos que vinte novos pavilhões, no total, para além dos parques e jardins onde crônicas insanas, tranquilas, aproveitam de todo o *open-door* possível.<sup>275</sup>

Gustavo Riedel encontrou importantes fontes de inspiração em pesquisas fisiológicas. Através dessas, buscou consolidar suas teorias e encontrou também apoio científico. Um exemplo dessas referências para o médico foram os trabalhos do bioquímico e fisiologista suíço Emil Abderhalden (1877-1950) e do bioquímico polonês Casimir Funck (1884-1967). Em 1913, a partir da divulgação das pesquisas de August Fauser (1856-1938), acreditou-se ser possível realizar um exame para diagnosticar diferencialmente a demência precoce de outros distúrbios psiquiátricos.<sup>276</sup> Entre 1914 e 1921, Riedel tentou aplicar e aprimorar a chamada reação de Abderhalden com o objetivo

---

274 “Graduado em medicina em 1878, Kraepelin trabalhou como alienista em vários serviços médicos alemães, ao mesmo tempo em que completava sua especialização em psiquiatria. Logo em 1883, publicou o seu *Compendium der Psychiatrie* (Compêndio de psiquiatria). A partir da segunda edição, em 1887, a obra passou a se chamar *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (aproximadamente, Psiquiatria: um manual para estudantes e médicos) e teve nove edições revisadas e ampliadas (entre 1883 e 1927), sendo oito em vida do autor. Especialmente desde a sexta edição (1899), o manual ou tratado de Kraepelin circulou amplamente nos meios psiquiátricos internacionais, no original ou por meio de traduções de partes selecionadas, publicadas como livros, ou ainda por meio de traduções de excertos mais breves” (ODA, 2010: 320).

<sup>275</sup> LOPES, Ernani. Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil, 1925, p. 166 (tradução nossa).

<sup>276</sup> Para saber mais sobre as pesquisas de August Fauser Ver NOHL, 2009: 71-74.

de encontrar alterações físico-químicas em pacientes psiquiátricos, ou seja, alterações somáticas e bioquímicas na loucura.

Como médico interessado pelos problemas bioquímicos, Gustavo Riedel logo passou a se ocupar com a questão das vitaminas. No texto intitulado “O problema das vitaminas” (1918), apontou que era “chegado o momento dos clínicos e dos biólogos se preocuparem com o capítulo das “síndromes avitamínicas” ou enfermidades por carência.<sup>277</sup> Dando prosseguimento ao estudo das vitaminas, Riedel escreveu o texto “Vitaminas – hormônios nas síndromes de carência” (1921). Esta pesquisa já foi realizada no Laboratório Gaspar Vianna, da Colônia de Engenho de Dentro, com a colaboração de Paulo Schirch e Sampaio. Segundo o médico, as provas “demonstram a intervenção das glândulas de secreção interna na defesa do equilíbrio orgânico, e revelam a correlação funcional destas glândulas na carência alimentar”. Além disso, nas crianças em decomposição alimentar clássica, do serviço de pediatria do ARC a cargo dos médicos Alfredo Neves e Gustavo Rezende, “o fígado deu sempre reação positiva, ao mesmo tempo que se observou a decomposição da albumina do intestino, da tiroide e do pâncreas, sendo negativa a reação de Abderhalden para a suprarrenal”.<sup>278</sup> Sem abandonar a ideia de fermentos proteolíticos de Abderhalden (presença de proteínas estranhas), Riedel incorporava a noção de “substâncias fermentos” (ausência de substâncias específicas) para pensar o fenômeno patológico. Em ambos os processos, as trocas nutritivas se revelariam deficientes (desequilíbrio metabólico).

Depois de se dedicar ao estudo das “síndromes de carência”, o médico entrou na fase eugenista e higienista propriamente dita. Na memória “The Dysgenisant Factors of the Brazilian ‘Habitat’ in Synthesis”, apresentada no 2º Congresso Internacional de Eugenia, em Nova York, Riedel (1921) fez um balanço dos principais fatores disgenizantes do *habitat* brasileiro, a fim de mostrar o que já havia sido feito e o que então se fazia para a saúde nacional. Nesse sentido, citou o papel de Belisário Penna<sup>279</sup> (1868-1939), chefe do serviço de saneamento rural e da Comissão Rockefeller<sup>280</sup> no combate às doenças endêmicas do interior do país; a criação pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, a cargo de Carlos Chagas (1879-1934), da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e

---

<sup>277</sup> RIEDEL, Gustavo. O problema das vitaminas, 1918, p. 481.

<sup>278</sup> *Idem*.

<sup>279</sup> Sobre o papel de Belisário Pena no movimento sanitário da Primeira República, ver CASTRO-SANTOS, 1985.

<sup>280</sup> Para saber mais, ver CASTRO-SANTOS, 1985; CUETO, 1996; CASTRO-SANTOS; FARIA, 2003; KOBAYASHI, FARIA; COSTA, 2009.

das Doenças Venéreas, nomeando para administrá-la o professor Eduardo Rabello (1876-1940), e ressaltou ainda as ações de Oswaldo Cruz (1872-1917), Plácido Barbosa (1871-1938) e Artur Neiva (1880-1943) em prol da saúde. No âmbito das sociedades eugênicas, citou a Sociedade de Eugenia de São Paulo (1917), fundada por Renato Kehl (1889-1974), e ainda as Ligas de Defesa Nacional.<sup>281</sup> Sobre o papel do professor Juliano Moreira, Riedel ressaltou o seu voto, no Congresso Internacional de Assistência aos Alienados de Milão reunido em 1906, a favor da fundação de um instituto internacional para o estudo das causas e da profilaxia das doenças mentais, proposta apresentada ao referido congresso por Ludwig Frank, de Zurique.<sup>282</sup> Essa memória representava também uma aproximação com o movimento eugênico brasileiro e norte-americano. Nesta perspectiva, o diretor da colônia celebrava a aprovação, nesse país, da chamada Lei Seca e, no Distrito Federal, da primeira lei antidrogas (decreto n. 4.294, de 6 de julho de 1921). Ao tratar dos fatores disgenizantes do *habitat* brasileiro, o médico buscou refutar as visões pessimistas sobre o papel do clima na degeneração do povo brasileiro. Podemos dizer que nela Riedel se opõe ao determinismo climático e racial fatalista de maneira semelhante a intelectuais do movimento sanitarista da época. Segundo os autores, “o movimento pelo saneamento do Brasil, pelo saneamento dos sertões, concentrou esforços na rejeição do determinismo racial e climático e na reivindicação da remoção dos principais obstáculos à redenção do povo brasileiros: as endemias rurais” (p. 23).

No trabalho escrito para o 2º Congresso Internacional de Eugenia, Gustavo Riedel se revelou, particularmente, preocupado com a formação antropológica brasileira e com o que entendia como um estado de transitoriedade causado pela miscigenação racial. Na sua visão, éramos no Brasil ainda “um povo misto e um país a ser povoado”:

Ligados ao velho mundo, como enfatizou Alcides Maya,<sup>283</sup> pela linguagem, pela religião e pelos sistemas institucionais, isto é, europeus de alma, apesar da influência secundária dos ritos e das regras éticas das raças inferiores, somos, a despeito de tudo, um tipo à parte, mestiçado, de caráter inconfundível, como é atestado por uma curta, mas muito agitada história.

---

<sup>281</sup> “Em 7 de setembro de 1916 era fundada, na cidade do Rio de Janeiro, a Liga de Defesa Nacional por um grupo de juristas, médicos, escritores, militares e empresários”, entre os quais figuravam, por exemplo, Miguel Couto, Cândido Gaffrêe e Guilherme Guinle (ENGEL, 2012: 2-3), pessoas próximas de Gustavo Riedel.

<sup>282</sup> RIEDEL, Gustavo. The Dysgenisant Factors of the Brazilian “Habitat” in Synthesis. Memoir presented by the Brazilian Delegate to the Second International Congress of Eugenics, New York. Rio de Janeiro: Typogr. do Jornal do Commercio, 1921b, pp. 19-20. Todas as citações deste texto apresentadas a seguir são com tradução nossa.

<sup>283</sup> Alcides Maya (1877-1944) foi um escritor gaúcho que tratou da formação social sulina sob a ótica da “questão regional” (ALMEIDA, 1994: 13).



No Brasil, chegará com o tempo a predominância do sangue branco. A mistura representa um passo na incorporação sociogênica e nunca um equilíbrio étnico estável. Alcides Maya diz bem que os fatores físicos precedem a ação das leis biológicas no desenvolvimento de grupos sociais; nosso ideal de povo não é, no momento, o de uma nacionalidade mista.

Daí a preocupação de consciência que temos em relação à transitoriedade de nosso estado atual.<sup>284</sup>

Para Riedel, como vimos no trecho citado acima, a miscigenação correspondia a um equilíbrio étnico instável. O efeito degenerativo da miscigenação, dessa mistura entre raças superiores (europeus) e inferiores (índios e negros), era atenuado pela ideia de transitoriedade. Diferente de Kehl, as concepções de Riedel não “sofriam mudanças radicais que o aproximariam de um modelo de ‘eugenia negativa’, ao estilo anglo-saxônico” (SOUZA, 2008: 161). Na verdade, após se aproximar da higiene mental, ao que tudo indica, o médico não tratou mais da questão da miscinegação e do ideal de embranquecimento.

Nesse texto de Riedel, aparece uma ideia que influenciou largamente os projetos intelectuais do início do século XX: a da existência de dois países, um civilizado (o Brasil do litoral) e o outro atrasado (o Brasil dos sertões) (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Nesta perspectiva, segundo o médico, no trajeto junto ao mar, onde se estabeleciam os centros da civilização, a luta era travada contra a tuberculose, a sífilis e as intoxicações exógenas – principalmente o alcoolismo –, acompanhadas por suas principais consequências, os transtornos mentais. Já o interior e as populações rurais do país se arrastariam sob a influência de doenças endêmicas, como malária, tripanossomíase (doença de Chagas) e ancilostomíase. “Ao reduzir vidas a uma condição biológica inferior, a ancilostomíase constitui um verdadeiro entrave para a eugeniação de nossa raça”.<sup>285</sup> Nesse sentido, apontou que, na seção infantil do ARC, o médico Gustavo Rezende teria encontrado uma porcentagem de 75% de exames de fezes positivos para a ancilostomíase. Riedel defendia que a melhoria das condições sanitárias no mundo, com o combate das doenças infecciosas e tóxicas, ocorreria de maneira simultânea com o aperfeiçoamento da raça humana.<sup>286</sup>

A profilaxia mental, segundo Riedel, seria oportuna e eficiente quanto às causas individuais determinantes e com valor manifesto. Ainda segundo ele, no caso do ARC, todo paciente com suspeita de degeneração ou com defeito neuropsicopático possuía uma

---

<sup>284</sup> RIEDEL, Gustavo. *The Dysgenisist Factors...*, 1921b, pp. 5-6.

<sup>285</sup> RIEDEL, Gustavo. *The Dysgenisist Factors...*, 1921b, p. 10.

<sup>286</sup> RIEDEL, Gustavo. *The Dysgenisist Factors...*, 1921b, p. 4.

anotação especial que era enviada ao alienista, que investigava então as causas desse estado degenerado, formando uma tabela da frequência desses casos e verificando sua etiologia. Desse trabalho, segundo Riedel, resultaria a caracterização do tipo de degenerado mental, com o objetivo de estabelecer um registro nacional do normal, bem como a classificação das condições degenerativas no Brasil, fornecendo, além disso, dados sobre a causa das doenças mentais e os meios mais adequados para evitá-las entre nós.<sup>287</sup> Segundo ele, o que não poderia ser realizado em um estabelecimento para os loucos, devido a preconceitos que afugentariam as pessoas, seria obtido pela clínica em contato direto com a população.

Como Riedel salientou em 1924, no seu relatório de “Cinco anos de administração em Engenho de Dentro”, o homem que assumiu, em 1918, a direção da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro “era mais um biologista que um alienista”:

Talvez por isso deve esse departamento, com as medidas de prevenção então adotadas, não haver registrado um óbito sequer de gripe, quando estava o Hospital referido justamente locado onde maior foi a devastação da pandemia que nos assolou naquele ano. Nessa mesma orientação de eugenista, *entendi que o momento não permitia que um serviço de alienados permanecesse com o seu objetivo limitado a depósito de doentes crônicos.*<sup>288</sup>

Nesse relatório, o diretor da colônia ainda tratou de questões de laboratório, não deixando, no entanto, de ligar suas teorias etiopatogênicas ao seu projeto de higiene mental (policlínico). De acordo com Riedel, o “suspeito” de loucura deveria ser capturado pela pesquisa biológica, já que as perturbações mentais e nervosas surgiriam a partir de desequilíbrios bioquímicos. Por isso, era importante o modo indireto de se realizar a profilaxia mental no ambulatório (policlínica) da Colônia de Engenho de Dentro. Gustavo Riedel referia que Toulouse, diretor do Instituto de Profilaxia Mental em Sant’Anna, exprimia a síntese do que se pretendia realizar no Brasil. Segundo ele, em 1921, na Liga Francesa de Higiene Mental, o psiquiatra havia afirmado que o psiquismo dos indivíduos era o que formava a condição essencial de toda a atividade social. Nesta perspectiva, apontava que uma grave lesão de um ou de alguns órgãos podia ser compatível com uma vida profissional quase normal, mas que um leve distúrbio mental conduziria à diminuição ou à parada da atividade produtora, entendendo, portanto, que era necessário concentrar todos os esforços “em prol da reconstituição permanente ao nosso capital de

---

<sup>287</sup> RIEDEL, Gustavo. *The Dysgenisant Factors...*, 1921b, p. 21.

<sup>288</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 4 (grifo nosso).

energia psíquica e é esse o objetivo único do Ambulatório Rivadávia”.<sup>289</sup> Por fim, ele destacou que o trabalho realizado pelo ARC e pelo PPEP se baseava em dois grupos de causas da loucura: a predisposição e as causas ocasionais determinantes. Esta classificação era, segundo ele, a base da luta profilática:

De um lado a pesquisa da predisposição, assentada sobretudo sobre a pesquisa clínica e métodos biológicos de laboratórios e que corresponde especialmente à parte social do movimento de defesa — o que está sendo feito pelo alienista chefe de serviço, auxiliado pelo médico visitador e monitoras de higiene mental. Do outro lado o elemento médico da profilaxia, cujo fim é impedir a eclosão das perturbações mentais nos predispostos, o que é firmado pela determinação de fatores imediatos sobre os quais o Laboratório fornece indicações indispensáveis à profilaxia racional das psicopatias, realizada esta, pelos chefes de clínicas especiais e chefes dos laboratórios.<sup>290</sup>

No artigo intitulado “Organismo Psiquiátrico Moderno – A biologia e a psicofisiologia associadas na moderna concepção de assistência a psicopatas”, lido em 1930 no Congresso Internacional de Higiene Mental de Washington, Gustavo Riedel afirmou que a orientação do trabalho era o principal objetivo da higiene mental, “que, selecionando a imigração de elementos capazes, apurando as qualidades da raça, prevenindo os fatores da degeneração, contribuindo no domínio econômico para uma melhor adaptação do indivíduo ao trabalho na escola, na família e na sociedade, resume de fato a cúpula de todo o edifício eugênico”.<sup>291</sup> O “organismo psiquiátrico moderno” concebido por Riedel se estruturava a partir de uma unidade de trabalho entre dispensário psiquiátrico com clínicas especiais e laboratórios anexos (i); serviço aberto de hospitalização (ii) e serviço social (iii).<sup>292</sup> Riedel classificava “Dispensário ou Ambulatório, tal como existe em Engenho de Dentro sob a chefia eficiente de Plínio Olinto, é um órgão de educação social. Realiza a profilaxia dos males sociais associada à medicina pessoal, a personalidade considerada elemento de estudo”.<sup>293</sup> Quanto ao serviço aberto do Pavilhão Epitácio Pessoa funcionava “como serviço de observação e como serviço de tratamento e destina-se à cura livre dos psicopatas, os quais, segundo as suas manifestações clínicas ou afinidades psicológicas, são admitidos em regime comum ou isolados em apartamentos”.<sup>294</sup> O serviço social era compreendido como um complemento

---

<sup>289</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 7.

<sup>290</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, pp. 8-9.

<sup>291</sup> RIEDEL, Gustavo. O organismo psiquiátrico moderno. A biologia e a psicofisiologia associadas na moderna concepção da assistência a psicopatas. *Anais da Colônia de Psicopatas*, 1928, p. 15.

<sup>292</sup> RIEDEL, Gustavo. O organismo psiquiátrico moderno, 1928, p. 21.

<sup>293</sup> *Idem*.

<sup>294</sup> RIEDEL, Gustavo. O organismo psiquiátrico moderno, 1928, p. 22.

indispensável das clínicas abertas para psicopatas, sendo o mesmo em Engenho de Dentro “dirigido pelo psiquiatra auxiliado pelo médico visitador e seis monitoras de higiene mental, como denominamos as visitadoras sociais desse serviço especializado”.<sup>295</sup> Além de verificar o tratamento em domicílio e completar a observação clínica realizada pelo psiquiatra, o médico visitador e as monitoras de higiene mental deviam buscar conhecer o meio social, moral e profissional do doente e ainda encontrar um trabalho para este. Por fim, em caso de incapacidade, buscar-se-ia uma vaga em instituições assistenciais. O serviço social atuaria ainda em relação aos “predispostos”, realizando a prevenção da vadiagem e da mendicidade. Assim, sua prática englobaria, além dos anormais psíquicos ou retardados, a maternidade e a primeira infância, os adolescentes, os pobres e os idosos. O ponto em questão era que uma defesa social em relação à incapacidade produtiva estaria colocada para os indivíduos em todas as fases de sua vida.

Em 1929, Gustavo Riedel, no artigo intitulado “O dispensário psiquiátrico como elemento de educação eugênica”, apresentado ao I Congresso Brasileiro de Eugenia, considerava o dispensário psiquiátrico, com seu serviço social, como sendo um órgão de profilaxia e educação, como entendido por “Toulouse, Genil-Perrin, Bianchi e tantos outros, nos dando exemplo o trabalho da América do Norte, partido de Boston”.<sup>296</sup> Entendia que a chave da evolução encontrava-se no sistema nervoso por isso “a importância da aplicação dos princípios de higiene mental para uma eugénica integral”.<sup>297</sup> Já esquivando-se da polêmica em torno da questão da castração dos doentes mentais e sublinhando o fato de ainda não ter sido estabelecida uma polícia médico-social da reprodução, o diretor da colônia apostava na exigência do certificado pré-nupcial como forma de imprimir maior resistência intelectual e moral à raça.<sup>298</sup> Para Gustavo Riedel, a profilaxia mental passava pela “seleção da reprodução, suprimindo a procriação de psicopatas e anormais”. Além disso, requeria “a supressão dos tóxicos, sobretudo o álcool e a educação higiênica, física e moral”.<sup>299</sup> Riedel compreendia que as perturbações mentais e nervosas poderiam ter origem tanto hereditária quanto ambiental, podendo a predisposição hereditária ser atenuada nos descendentes através de métodos educativos. Nesse sentido, argumentava que a validade da educação cresceria paralelamente ao debate

---

<sup>295</sup> RIEDEL, Gustavo. O organismo psiquiátrico moderno, 1928, p. 29.

<sup>296</sup> RIEDEL, Gustavo. O dispensário psiquiátrico como elemento de educação eugênica, 1929, p. 306.

<sup>297</sup> RIEDEL, Gustavo. O dispensário psiquiátrico como elemento de educação eugênica. *Atas e Trabalhos do 1º Congresso Brasileiro de Eugenia*, Rio de Janeiro, 1929, p. 305.

<sup>298</sup> *Idem*.

<sup>299</sup> RIEDEL, Gustavo. O dispensário psiquiátrico como elemento de educação eugênica, 1929, p. 306.

sobre a aplicação das leis mendelianas à hereditariedade das doenças mentais.<sup>300</sup> Assim, para Riedel, a princípio, a lei mendeliana da hereditariedade reforçaria a importância da educação, pois as leis de Mendel não estariam necessariamente em contradição com o neolamarckismo. Contudo, não é possível afirmar que ele valorizava, igualmente, os dois conceitos. Ao estudar mais aprofundadamente as causas ocasionais da doença, colocou de lado o mendelismo, e destacou a importância da ação educadora do serviço social no dispensário psiquiátrico.<sup>301</sup>

Riedel era um adepto do neolamarckismo, mas não deixou de considerar (ao antes circunscrever) as ideias de Mendel. Nancy Stepan observa que uma “reconciliação das linguagens da genética não se limitou aos médicos latino-americanos”, apontando que a redescoberta de Mendel “forçou os neolamarckianos dos Estados Unidos e da Europa a delimitar, antes que abandonar, a ideia da herança dos caracteres adquiridos” (STEPAN, 2005: 91). A autora aponta, se referindo a uma fala do médico Levi Carneiro no I Congresso Brasileiro de Eugenia, onde esse artigo de 1929 de Riedel foi apresentado e onde, também, veio a público a crítica científica à genética neolamarckiana, que era compreensível que Riedel continuasse “a duvidar que as leis de Mendel se aplicassem à espécie humana, afirmando que, para ele, a desordem e a doença mentais tinham um efeito hereditário direto sobre a prole, justificando-se inteiramente, assim, o programa eugênico de higiene mental” (STEPAN, 2004: 365). Com efeito, as leis de Mendel colocariam em cheque a própria lógica do ARC (uma policlínica com o fim de realizar profilaxia mental) e o modo como havia sido estruturado o seu “organismo psiquiátrico moderno”.

Riedel acreditou em Abderhalden – “um erro ou uma fraude”<sup>302</sup> – e manifestou reservas quanto às interpretações sobre as leis de Mendel. No fundo, ele não desejava que a questão da hereditariedade fosse resolvida de modo tão direto, como era na genética. Influenciado pelo movimento de saneamento rural e, depois, higienista, ele preferia pensar indistintamente o papel do ambiente no adoecimento físico e mental dos indivíduos. Nesse sentido, é fácil compreender porque ele, para quem o processo patológico era tão difuso, foi seduzido pela reação de Abderhalden, querendo tanto ver cada órgão respondendo diferentemente a um desvio metabólico.

No último texto de Riedel, “Bases para a higiene mental no Brasil”, publicado na revista *Fru-Fru* em janeiro de 1933, o então diretor geral da Assistência a Psicopatas

---

<sup>300</sup> RIEDEL, Gustavo. O dispensário psiquiátrico como elemento de educação eugênica, 1929, p. 307.

<sup>301</sup> *Idem.*

<sup>302</sup> Para essa discussão ver NOLL, 2009: 73.

focalizou apenas na questão da reorganização dessa assistência. Nesse texto, o médico revelava ter obtido a aprovação por parte de Getúlio Vargas e Washington Pires para dar início a um plano de reformas na assistência. Agora no papel de diretor geral, Riedel buscava não só reformar o asilo fechado, mas também modificar as leis da assistência psiquiátrica. Segundo ele, seu objetivo era reformar materialmente o velho hospital da Praia Vermelha, “completando-o com os serviços de higiene mental e triagem dos insanos, que espero *retirar da Polícia* e entregá-la ao zelo e competência e atividade do nosso brilhante corpo de assistentes”.<sup>303</sup> Além de um Instituto de Profilaxia Mental, Riedel pensava em instalar, em anexo ao novo Hospital de Psicopatas Agudos, uma Escola de Educação de Anormais. Ele apontava o Instituto de Neuropsiquiatria Infantil como “a cúpula de serviço assistencial, moderno, mais preventivo que terapêutico”. As propostas pensadas por Riedel na década de 1930, no âmbito da higiene mental, se vinculavam a uma “psicopedagogia moderna”. Em relação às colônias, pensava em aumentá-las, proporcionalmente, de modo de que a população do Hospital Psiquiátrico nunca excedesse mil insanos, excluídos os de pensionato.<sup>304</sup> Ou seja, defendia a velha ideia das colônias como escoadouro do hospital urbano.

Segundo destacava Ernani Lopes em 1934, Riedel “realizou em um lustro, neste Hospital-Colônia, o que o esforço de outros especialistas em países dos mais adiantados e em maior lapso de tempo não tem conseguido fazer passar além do domínio dos projetos dignos de encômio e de incitamento, mas sempre procrastinados”:<sup>305</sup>

Mas a Colônia que Gustavo Riedel encontrou, quando nomeado diretor, e a Colônia que ele deixou, quando daqui saiu para o posto mais alto de sua carreira; melhor ainda, a Colônia que ele encontrou, e a que ele, ao fim já de 5 anos, tinha consideravelmente acrescido, e maravilhosamente remodelado, devem ficar, na história da nossa assistência a psicopatas, como o mais expressivo confronto entre duas psiquiatrias: a psiquiatria de ontem, visando, sobretudo, tratar e assistir o doente mental internado, e a psiquiatria da atualidade, empenhada, sobretudo, em fazer assistência profilática, para isso promovendo por todos os meios, o diagnóstico precoce, a triagem dos psicopatas, a ação benéfica das visitadoras sociais, os “serviços abertos” para doentes mentais e a difusão das noções fundamentais da neuropsiquiatria entre o povo.<sup>306</sup>

---

<sup>303</sup> RIEDEL, Gustavo. Bases para a higiene mental no Brasil, 1933, p. 77.

<sup>304</sup> *Idem.*

<sup>305</sup> COLÔNIA de psicopatas do Engenho de Dentro. A comemoração do seu vigésimo terceiro aniversário. *ABHM*, ano VII, n. 3, jul.-set. 1934, p. 258.

<sup>306</sup> *Idem.*

A obra *Higiene mental, psiquiatria y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)*, organizada por Ricardo Campos e Mariano Ruperthuz (2022), coloca em evidência as diferentes temporalidades no tocante à institucionalização da higiene mental nos países estudados (Argentina, Brasil, Chile, Espanha e México). Falando mais precisamente da fundação das ligas, a argentina surgiu em 1929, a chilena, que, de maneira diferente das demais, se chamava Associação e não Liga Chilena de Higiene Mental, foi fundada em 1931, a espanhola em 1927 e a mexicana em 1938. A brasileira, como vimos, data de fins de 1922. Os adeptos do movimento de higiene mental estavam igualmente, também, discutindo o papel da higiene mental na transformação da assistência psiquiátrica nos anos de 1920 e 1930; as disposições culturais, os projetos de modernização do Estado, a estrutura da assistência psiquiátrica, a organização dos médicos, as expectativas dos atores sociais em torno da fundação dessas ligas e também a trajetória de seus fundadores dentro desses contextos, no entanto, vão dar lugar a ideias, práticas e histórias singulares. Diante do exposto, fica evidenciado que a LBHM foi uma das primeiras a surgir no curso do movimento transnacional de higiene mental.

Esse fato, ao nosso ver, se vincula, particularmente, ao forte movimento sanitário e à desorganização dos já precários serviços de saúde pública provocada pela “gripe espanhola” em fins de 1918, justamente quando Riedel assumiu a direção da Colônia de Engenho de Dentro, localizada no subúrbio do Rio de Janeiro. Obviamente também é importante, nesse tema, a fundação por Renato Kehl em 1918 da Sociedade Eugênica de São Paulo e, nesse sentido, a presença das ideias eugênicas no cenário nacional. De todo modo, cabe perceber ainda que a criação da LBHM não foi fruto de anos de debates e conflitos dentre a classe médica, como aconteceu em todos os outros países citados. Nesse sentido, no âmbito do campo psiquiátrico, ela pode ser vista também como diretamente relacionada à liderança incontestada de Juliano Moreira de 1903 a 1930 e à participação de Gustavo Riedel, como já referimos, no VI Congresso Latino-Americano de Medicina, realizado em Havana em novembro de 1922. Essas são, em linhas gerais, as condições que nos permitem começar a entender o papel bem-sucedido do programa de higiene mental de Riedel.

Sobre a relação entre colônia e higiene mental, crucial no caso deste trabalho, é preciso perceber, em primeiro lugar, que, em muitos países, a implantação da higiene mental não foi, na realidade concreta, um segundo passo executado após a criação de colônias. Nesse sentido, vale citar o caso do México, onde a primeira colônia agrícola foi fundada em 1944. Tratando do caso argentino, Hernán Scholten nos mostra que o médico

Arturo Ameghino (1869-1949) entendia que não seria conveniente aplicar no país “a *profilaxia da loucura* que permeia a higiene mental, especialmente na Europa, apoiada principalmente pela criação de serviços abertos ou dispensários” (SCHOLTEN, 2022: 27). Ao contrário de Alfredo Scarano, diretor do Hospício de las Mercedes, ele considerava esses dispositivos “como sistemas assistenciais ao invés de organizações profiláticas, já que buscam reduzir a população asilada para resolver o problema da superlotação” (p. 27). Levando em consideração “a baixa taxa de reclusão asilar” no país, sustentava que a higiene mental “devia ser instalada com base na ampliação dos estabelecimentos de reclusão e uma vigilância mais pormenorizada dos imigrantes”, o que “evitaria esse ‘pecado original’ que, segundo Ameghino, Beers teria transmitido ao restante das instituições de higiene mental ao defender a liberação excessiva de psicopatas” (SCHOLTEN, 2022: 28).

Como veremos adiante, o aumento do número de pacientes internadas na Colônia de Engenho de Dentro era comemorado como um avanço no campo da higiene mental. Tal como a “profilaxia mental” pensada por Ameghino, a higiene mental implantada pelo médico Gustavo Riedel na colônia não advogava o esvaziamento naquele momento do asilo, mas, ao contrário, a ampliação da capacidade de internação e, também, de hospitalização era percebida como parte do novo paradigma assistencial. Neste sentido, vale perceber, por um lado, que a possibilidade de transferir pacientes crônicos para uma colônia agrícola foi tomada como um passo essencial na transformação do manicômio em um hospital moderno, livre do problema da superlotação de pacientes. Por outro lado, uma das bandeiras da higiene mental era facilitar a hospitalização de pacientes considerados, a princípio, curáveis na instituição psiquiátrica. Para Riedel e muitos adeptos do movimento de higiene mental na época, a instituição psiquiátrica não podia ser mais *apenas* um depósito de crônicos.

Outro ponto importante a ser sublinhado é a participação ativa da psiquiatria no campo da orientação profissional em todos os países referidos. Tratando do caso do México, Molina aponta que Samuel Ramírez Moreno (1898-1951) – líder do movimento de higiene mental no país ao lado de Affonso Millán Maldonado (1906-1975) – promoveu a higiene mental no governo socialista de Lázaro Cárdenas (1934-1940), período em que teve lugar “um ambicioso projeto educacional e de saúde cujo objetivo era formar sujeitos saudáveis e educados como mão-de-obra capacitada para industrializar o país” (MOLINA, 2022: 53). Em Santiago, no Chile, como ressaltam Ruperthuz, Gálvez e Sánchez Delgado, os principais objetivos da higiene mental eram prevenção da doença



mental, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e criação de uma série de novas instituições no campo da doença mental. Quanto ao tratamento oportuno, os autores observam que “era fundamental readaptar os pacientes que pudessem reingressar no jogo social por meio do trabalho. (...) O isolamento clássico do asilo foi posto em causa por este tipo de medida, pois a única coisa que o confinamento provocou foi a estagnação das forças produtivas que os indivíduos recuperáveis podiam colocar ao serviço do país” (RUPERTHUIZ; GÁLVEZ; SÁNCHEZ DELGADO, 2022: 131).

No Chile e, também, na Espanha houve uma atuação mais concreta e direta para a prevenção do crime, tendo sido aprovada neste último país, em 1933, a Lei de Vadios e Meliantes e, naquele país andino, em 1954, a Lei dos Estados Antissociais. Nesta perspectiva, Campos ressalta que, no âmbito do movimento de higiene mental espanhol, apesar de se buscar superar o espaço fechado do manicômio como eixo do cuidado psiquiátrico, teorizando-se sobre uma nova estrutura assistencial, não se abriu mão de uma função de caráter defensivo e de regulação social, porquanto “os psiquiatras dos anos 20 e 30 continuaram a ter sérias dificuldades teóricas e práticas em prescindir do conceito de periculosidade social ao definir a doença mental e sua intervenção nela” (LÉVY; CAMPOS; HUERTAS, 2022: 180-181).

De modo similar, no caso por nós estudado, ao lado de um programa de higiene mental, foi possível observar uma grande desvalorização dos pacientes psiquiátricos, repetidamente chamados por médicos como Gustavo Riedel e Ernani Lopes de “inúteis, mais nocivos que os mortos”. Na prática, em geral, a palavra de ordem era a mesma: a separação entre normais e anormais.

### **2.3. A criação e a institucionalização da Policlínica dos Subúrbios e do Ambulatório Rivadávia Corrêa<sup>307</sup>**

Como vimos no final do primeiro capítulo, Gustavo Riedel assumiu a direção da Colônia de Engenho de Dentro em outubro de 1918, num contexto de crise da saúde pública na cidade em torno da epidemia de gripe. Alfredo Neves apontou que a ideia de organizar uma policlínica na colônia havia nascido do contato mais direto que Riedel teve, naquele contexto, com uma vasta população sem acesso a qualquer tipo de assistência médica. De acordo com o relato desse pediatra, diversos doentes teriam buscado socorro na colônia, sem êxito, durante o surto de gripe:

---

<sup>307</sup> O acervo do CETAPE/IMAS-NS não possui qualquer documento clínico do antigo Ambulatório Rivadávia Corrêa.

O então surto de gripe, a “espanhola” como ficou conhecida, vitimara, aos milhares, pessoas que ali moravam e levava ao leito dezenas de milhares de infectados. A Colônia de Mulheres Alienadas se tornou alvo de quantos se viam acometidos pelo flagelo, que assolou a capital da República, em todos os seus setores. Afluíram àquele nosocômio verdadeiras avalanches de doentes, na sua maioria mulheres, trazendo ao colo e às mãos os filhos enfermos.<sup>308</sup> Mas o corpo clínico da colônia, exíguo pela própria natureza da instituição e, além disso, com seu estoque de medicamentos muito limitado, pouco pôde fazer em socorro dos que imploravam assistência.<sup>309</sup>

Além disso, a pandemia gripal vitimara ainda, perto da colônia, o único irmão de Riedel, o militar Waldemar Köhler Riedel.<sup>310</sup> Estes fatos marcariam profundamente o diretor da instituição, que conseguiu, junto ao Ministro da Justiça, autorização para organizar, nas dependências da colônia, uma policlínica destinada a socorrer a população pobre da região. Aberta ao público em fevereiro de 1919, fornecendo, gratuitamente, tanto assistência médica como medicamentos, esta iniciativa ficaria conhecida como “Policlínica dos Subúrbios”.<sup>311</sup>

De acordo com um extrato dos estatutos da Policlínica dos Subúrbios publicado no *Diário Oficial da União* em janeiro de 1928, essa policlínica havia sido fundada em 15 de novembro de 1918, com o “fim de socorrer a população desamparada da região suburbana do Distrito Federal, com serviço médico gratuito de todas as especialidades”. Era administrada por uma diretoria composta por diretor-médico, administrador, amanuense ou oficial e farmacêutica.<sup>312</sup> Ainda segundo outro extrato de seus estatutos, publicado em janeiro de 1925, a Policlínica dos Subúrbios seria “mantida pelos donativos, subvenções e auxílios que conseguir alcançar”.<sup>313</sup>

É possível perceber que uma iniciativa similar ocorreu no Hospital Nacional, não tendo, contudo, a mesma relevância histórica que a de Engenho de Dentro. Em outubro de 1918, o ministro da Justiça e Negócios Interiores escrevia para o Diretor Geral da

---

<sup>308</sup> Nilson do Rosário Costa aponta que a “a gripe, depois de fazer milhares de vítimas entre os adultos, devastava a população infantil, fato que contribuiu para o acentuado aumento da mortalidade infantil no ano de 1918, particularmente nos subúrbios”. Ainda de acordo com o autor, em fins de outubro de 1918, “os bairros populares de Engenho de Dentro, Méier, Campo Grande, Irajá, Campinho, Madureira, Anchieta ficaram totalmente expostos à fome” (COSTA, 1985: 91).

<sup>309</sup> NEVES, Alfredo. Gustavo Riedel e o Ambulatório Rivadávia Correia. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943, p. 281.

<sup>310</sup> ALMEIDA, Waldemar de. A vida do estudante Köhler Riedel. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, Rio de Janeiro, Imprensa Oficial, 1943, pp. 295-296.

<sup>311</sup> NEVES, Alfredo. Gustavo Riedel e o Ambulatório Rivadávia Correia, 1943, pp. 282-283.

<sup>312</sup> SOCIEDADES CIVIS. Policlínica dos Subúrbios. Extrato dos estatutos. *Diário Oficial da União (DOU)*, 28 de janeiro de 1928, seção 1, p. 124.

<sup>313</sup> SOCIEDADES CIVIS. Policlínica dos Subúrbios. Extrato dos estatutos. *Diário Oficial da União (DOU)*, 1º. de janeiro de 1925, seção 1, p. 48.

Assistência a Alienados dando seu consentimento para a criação nesse hospital de um posto de socorro aos gripados: “declaro-vos, em resposta ao ofício n. 637, de 22 do corrente mês, que aprovo a criação no Hospital Nacional de um posto de socorro aos atacados da epidemia reinante e o fornecimento gratuito de medicamentos às pessoas que, não dispondo de meios para aviar receitas, têm recorrido a esse estabelecimento”.<sup>314</sup>

Ofícios trocados entre Juliano Moreira e o ministro da Justiça Urbano Santos nos ajudam a compreender o caminho percorrido por Gustavo Riedel para organizar essa policlínica e, depois, fundar um ambulatório. Em 10 de março de 1919, o ministro da Justiça Urbano Santos escrevia para o diretor da Assistência a Alienados, em resposta a um ofício de 19 de fevereiro, comunicando que resolvia “aprovar a construção de pavilhões anexos ao ambulatório instalado, da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, com o fim de socorrer a população desamparada dos subúrbios desta Capital”. Devia ser entendido, porém, que “os serviços que espontaneamente tomou a seu cargo o pessoal daquela Colônia não poderão, em hipótese alguma, prejudicar os deveres que lhe incumbem”.<sup>315</sup>

Em 15 de maio de 1919, Urbano Santos, em um novo ofício enviado a Juliano Moreira – em resposta agora a um ofício de 19 de março, em que este solicitava o auxílio de 50:000\$000 para a instalação definitiva do serviço de ambulatório anexo à Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro –, comunicava que era preciso aguardar uma oportunidade para a concessão desse auxílio.<sup>316</sup> Pouco mais de dois meses depois, em 23 de julho, Urbano Santos solicitava ao ministro da Fazenda providências no sentido de ser entregue ao diretor da Colônia de Engenho de Dentro a quantia de 50:000\$, “pelo crédito de ‘Socorros Públicos’, a fim de auxiliar as despesas com a continuação de um pavilhão destinado à profilaxia e combate das endemias que assolam a população daquela localidade”.<sup>317</sup>

Improvisando uma policlínica e, em seguida, criando um ambulatório para onde esta foi transferida, Riedel conseguiu manter a prestação de serviços médicos à população pobre da região e, ao mesmo tempo, começar a traçar um programa de higiene mental. Assim, graças à iniciativa pessoal de Gustavo Riedel e ao apoio de Juliano Moreira, o ARC foi construído e anexado ao patrimônio da Assistência a Alienados. As redes

---

<sup>314</sup> Localização: 5G 190, Arquivo Nacional.

<sup>315</sup> Ofício s/n, de 10/03/1919. Localização: 5G 193, Arquivo Nacional.

<sup>316</sup> Ofício s/n, de 15/05/1919. Localização: 5G 193, Arquivo Nacional.

<sup>317</sup> NOS MINISTÉRIOS – JUSTIÇA. *A Época*, ano VIII, n. 2.562, 23 de julho de 1919, p. 4.

médicas tecidas em torno de Moreira e Riedel, bem como as viagens científicas realizadas por ambos, foram decisivas na reformulação da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro.

Segundo destacava uma reportagem do jornal *Correio da Manhã*, de 2 de março de 1919, a Policlínica dos Subúrbios, com a sua manutenção garantida pelo governo federal e contando também com o auxílio do Poder Municipal, foi anexada ao Hospital de Engenho de Dentro, “com o compromisso moral, todavia, de erguer com os donativos angariados o pavilhão que lhe será destinado, na importância aproximada de cento e sessenta contos de réis”. Afirmava-se que o novo serviço iria facilitar o conhecimento exato das afecções e que, no entanto, ali já se empreendia “a profilaxia cuidadosa da sífilis, tuberculose, ancilostomíase e outras verminoses e o impaludismo, os fatores que, em suma, mais contribuem para a *decadência orgânica daquela população*”.<sup>318</sup> A reportagem sublinhava ainda que a criação do ambulatório atendeu ao apelo da população e aproveitou a condição especial geográfica da colônia:

Atendendo, pois, ao apelo constante da *população desamparada dos subúrbios* e aproveitando a condição especial de estar a Colônia de Alienados no Engenho de Dentro situada no centro da vasta região suburbana, houve por bem o Congresso, por iniciativa do senador Rivadávia Corrêa e com o apoio do atual governo, representado pelo ministro da Justiça dr. Urbano Santos, criar, anexo àquele Hospital, um serviço de ambulatório, a exemplo da prática consagrada em todos os hospitais do Velho Mundo.<sup>319</sup>

Segundo destacava uma reportagem da *Gazeta Suburbana*, de 12 de abril de 1919, a “Policlínica dos Subúrbios” estava funcionando junto à Colônia de Engenho de Dentro com a máxima regularidade. A matéria defendia que essa instituição merecia “o apoio dos poderes públicos, especialmente os municipais, tão relevantes são os benefícios que vem prestando às classes desafortunadas e habitantes de uma zona desprovida”:

*Beneméritos* são os profissionais da medicina ao serviço dessa instituição.

E aqui estamos para ajudá-los nessa *santa cruzada*, somente própria dos que sabem cumprir com seus deveres de humanidade, pois outra coisa não é a tarefa em que se empenham e que tem por fim evitar que as classes pobres dos subúrbios e seus arredores morram à mingua de *socorros médicos e farmacêuticos*.<sup>320</sup>

---

<sup>318</sup> O AMBULATÓRIO do Engenho de Dentro. Um ótimo serviço à população suburbana. *Correio da Manhã*, ano XVIII, n. 7.309, 2 de março de 1919, p. 2 (grifo nosso).

<sup>319</sup> *Idem* (grifo nosso).

<sup>320</sup> POLICLÍNICA dos Subúrbios. *Gazeta Suburbana*, ano IX, n. 487, 12 de abril de 1919b, p. 2 (grifo nosso).

Em 27 de julho de 1919, pouco mais de uma semana depois do lançamento da pedra fundamental do ARC, em um almoço íntimo em homenagem às realizações de Gustavo Riedel na Colônia de Engenho de Dentro, Adolpho Possolo ressaltava que a falência da assistência médica seria completa se não fosse a iniciativa particular, dada a exiguidade dos serviços prestados pelo governo federal e pela municipalidade. “Na *zona suburbana*, principalmente, a ausência era mais lastimável pela maior *condensação de gente desvalida*, sem um serviço gratuito de assistência médica, obedecendo aos mais rigorosos *preceitos da ciência*”. Segundo o médico, o ambulatório de Engenho de Dentro reunia “os benefícios da caridade às *exigências científicas modernas*, pondo ao alcance da *pobreza*, gratuitamente, todos os elementos indispensáveis ao diagnóstico desde os exames de laboratório até as pesquisas dos raios X”.<sup>321</sup>

No relatório ministerial do ano de 1919 da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, destacava-se que o ARC, “feito com o fito de em grande parte atender aos princípios da profilaxia das doenças mentais e nervosas, tem auxiliado muito ao trabalho de *saneamento rural* em uma grande área dos subúrbios desta Capital”.<sup>322</sup> Assim, a influência do movimento de saneamento rural na criação deste dispositivo médico é clara. Os trechos em itálico nas reportagens de jornal citadas corroboram a ideia da existência de uma população desamparada e decadente organicamente, ou seja, doente, a ser resgatada pela ciência e pelos médicos, algo característico daquele movimento. Nesta perspectiva, cabe, em primeiro lugar, destacar que, para a campanha pelo saneamento, os sertões “era mais uma categoria social e política do que geográfica”, como explicitam Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman:

Sua localização espacial dependeria da existência do binômio *abandono e doença*. Na verdade, os sertões do Brasil não estariam tão longe assim daqueles a quem se demandavam medidas de saneamento, nem seriam apenas uma referência simbólica ou geográfica ao interior do país. Na instigante percepção de Afrânio Peixoto, os ‘sertões do Brasil’ começavam no fim da avenida Central (hoje Rio Branco)” (LIMA; HOCHMAN, 2000: 317).

Nísia Trindade Lima explora ainda a imagem da dualidade básica da sociedade brasileira, dividida entre litoral e sertão, nos textos de Euclides da Cunha (1866-1909). A autora aponta que tanto Canudos quanto a região amazônica eram abordados pelo autor como espaços incivilizados, ou seja, sertão. No fim do século XIX e início do século XX,

---

<sup>321</sup> VIDA SOCIAL. Almoços, 1919, p. 5 (grifo nosso).

<sup>322</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello. Junho de 1920*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1920, p. 57 (grifo nosso).

esse termo era analisado frequentemente como o espaço dominado pela natureza e pela barbárie (atraso) ao passo que o litoral era visto como o espaço da civilização (moderno). Lima reforça que esse sentido metafórico figurou em uma série de contextos e lugares onde o termo sertão foi utilizado, dentre eles, os subúrbios da cidade do Rio de Janeiro (LIMA, 2009: 113).

Gisele Sanglard, por seu turno, aponta que, embora orientados particularmente para os “sertões”, os preceitos da Liga Pró-Saneamento também estavam consagrados às endemias urbanas: “o controle da tuberculose melhoraria as condições de vida e trabalho da população, o combate à sífilis moralizaria os hábitos da população, e a segregação dos leprosos protegeria a sociedade de uma doença julgada altamente contagiosa” (SANGLARD, 2008: 129). De modo semelhante, os discursos sobre o ARC focalizavam no combate ao alcoolismo, à sífilis e à tuberculose como centrais para a regeneração e o engrandecimento da nação.

Além do abandono e da doença, o subúrbio padeceria, na visão de católicos e médicos, da influência do espiritismo e do charlatanismo. De acordo com uma reportagem do jornal *O Apóstolo* (periódico religioso, moral e doutrinário, consagrado aos interesses da religião e da sociedade), a Policlínica dos Subúrbios figurava como o melhor de todos os aprimoramentos realizados na época naquela região, sendo uma obra verdadeiramente cristã. Salientava ainda que, embora por parte da “plebe beneficiada” não fossem promovidas manifestações de reconhecimento, o jornal em questão considerava Gustavo Riedel como o maior benfeitor de Engenho de Dentro e subúrbios. A reportagem afirmava ainda que a falta de serviços médicos abriria espaço para a ação de charlatães, facilitando, assim, o desenvolvimento do espiritismo:

*Ultimamente tem se falado em novos calçamentos de ruas intransitáveis do vasto bairro, iluminar lugares escuros, promover feiras boas e praticáveis, para o bem estar de todos, mormente, dos pobres lavradores, mas ninguém pensava, que surgisse como de supetão a maior de todas as ideias, o melhor de todos os melhoramentos – a caridade para com o pobre enfermo, que morre à míngua, sem remédios e sem recursos e ainda explorado pela peste do charlatanismo, seja encapotado pelo espiritismo, bruxaria, ou quejandas feitiçarias, que vão ainda mais embrutecendo o povo.<sup>323</sup>*

No início da citação, eram apresentados ainda os melhoramentos de que a região era então objeto. Esse jornal católico reforçava, ainda, que os pobres dos subúrbios

---

<sup>323</sup> *O APÓSTOLO*, 23 de fevereiro de 1919. Localização: DAD/Fiocruz. Fundo Gustavo Riedel. GR01. Grifos do autor.

deviam ficar satisfeitos com “a grande esmola recebida”, afinal “agora não serão mais tentados a ir buscar no espiritismo e nos esconderijos da imoralidade as consultas de remédios – a Policlínica dá médicos e remédios”, bastava apresentar-se lá com um atestado de pobreza passado por um médico, delegado do distrito ou vigário da freguesia.<sup>324</sup> Assim, a Policlínica dos Subúrbios também atuaria no sentido de combater o espiritismo e as práticas de cura populares, reforçando localmente o prestígio, não apenas, do médico como também da Igreja católica. Essa matéria nos indica a relevância do aparato hospitalar para a hegemonia da medicina e do catolicismo no Rio de Janeiro, no período pós-abolição. Como veremos nas histórias clínicas trabalhadas no último capítulo, polícia e psiquiatria foram mecanismos de poder efetivos em relação a mulheres frequentadoras de sessões espíritas.

A questão do espiritismo não escapou aos olhos do escritor Lima Barreto, que tinha o subúrbio carioca como seu cenário ficcional particular (BARRETO, 2010: 16). Em seu conto *O Moleque*, publicado em 1920, ele relata como os subúrbios mais distantes eram ocupados por uma população que desejava praticar suas tradições e cultos, mais a salvo da repressão policial aos terreiros (SCHWARCZ, 2017a: 138-139). Dizia ele: “Fogem para lá, sobretudo para seus morros e escuros arredores, aqueles que ainda querem cultivar a Divindade como seus avós. Nas suas redondezas, é o lugar das macumbas, das práticas de feitiçaria com que a teologia da polícia implica, pois não pode admitir nas nossas almas depósitos de crenças ancestrais” (BARRETO, 2010: 143). O contista percebeu ainda que a fixação da ortodoxia cristã não foi capaz de destruir as crenças tradicionais africanas. Assim, exprimia: “A Igreja católica unicamente não satisfaz o nosso povo humilde. (...) *Os médiuns que curam merecem mais respeito e veneração que os mais famosos médicos da moda*” (BARRETO, 2010: 143).

Assim como o periódico *O Apóstolo*, Gustavo Riedel também entendia que a falta de socorros médicos, a pobreza e a deficiência da educação social concorriam para o desenvolvimento do espiritismo naquele meio pobre e operário. No seu relatório de cinco anos de administração em Engenho de Dentro, ele apontou o papel das diversas clínicas do ARC e do serviço de hospitalização no combate ao espiritismo:

Nessa campanha, na zona mais extensa do Distrito Federal, onde não existia sequer um posto de socorro médico, quando iniciada, e onde o pauperismo e a deficiência da educação social concorreram para o desenvolvimento do espiritismo em quase todo o meio operário, bem se

---

<sup>324</sup> *Idem.*

pode avaliar os inestimáveis favores que à população suburbana vem prestando essa organização.<sup>325</sup>

Em 18 de maio de 1934, uma reportagem do jornal *Correio da Manhã* apontava que, ao assumir o cargo de diretor da colônia de alienadas, Gustavo Riedel teria sentido “o grande vácuo que havia em torno de si: uma enorme população abandonada, sem assistência médica de qualquer espécie, cuja saúde e vida estavam entregues aos azares da sorte, como as investidas da ignorância e do charlatanismo”, motivo pelo qual teria decidido atender a todos os tipos de doentes, e não apenas os mentais, no ambulatório da colônia.<sup>326</sup>

Até o momento do lançamento da pedra fundamental do ARC, vemos menções diretas ao movimento de saneamento rural, ao fim humanitarista, que permaneceu, em certa medida, enquanto essa instituição sobreviveu. Contudo, os discursos envolvendo esse ambulatório foram sendo atualizados, e, sobretudo, sutilmente invertidos, para que os socorros médicos viessem depois da profilaxia mental. Assim, a concepção de saneamento rural foi sendo deslocada com o tempo, e a imagem de uma região com uma população abandonada, à mercê de charlatães, foi dando lugar a um discurso sobre os anormais, a partir da higiene mental. Assim, em meados de 1920, com a inauguração do ambulatório, buscava-se caracterizar a assistência médica geral como um pretexto (e não simplesmente uma consequência) para, na verdade, se realizar a profilaxia das doenças mentais e nervosas, com o auxílio do laboratório e de serviços de radiologia.

Segundo Ernani Lopes, “consciente do justo prestígio que adquirira em nosso meio social, pelo alto conceito em que eram tidos os seus trabalhos científicos e pela invariável retidão do seu proceder”, Gustavo Riedel pensara “em obter de um grupo de pessoas abastadas e generosas de suas relações, donativos suficientes para financiar a construção de um ambulatório policlínico anexo à Colônia”.<sup>327</sup> O próprio colega do médico reconhecia, portanto, o papel de seu prestígio científico para a concretização desse ambulatório.

Construída inicialmente com dinheiro de doações privadas (160.000 réis) obtidas por Riedel junto a filantropos, políticos, comerciantes e industriais, esta obra foi concluída com 100 mil réis de recurso público,<sup>328</sup> recebido por meio de uma emenda

---

<sup>325</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

<sup>326</sup> A POLICLÍNICA dos Subúrbios. *Correio da Manhã*, ano XXXIII, n. 12.108, 18 de maio de 1934, p. 4.

<sup>327</sup> GUSTAVO RIEDEL, o grande realizador (editorial), 1934, p. 88.

<sup>328</sup> AMBULATÓRIO Rivadavia Correia. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 13.030, 13 de junho de 1920a, p. 4.



orçamentária proposta pelo senador gaúcho Rivadávia Corrêa para esse fim.<sup>329</sup> Segundo uma reportagem do *Jornal do Commercio* intitulada “Policlínica dos Subúrbios. 1ª prestação de contas”, 47 pessoas físicas ou jurídicas doaram a quantia de 92:400\$000 (R\$ 11.365.200,00) (**Ver anexo III**). Os dois maiores doadores foram Candido Gaffrée<sup>330</sup> (1845-1920) e Gomes Pereira e amigos, que ofereceram cada um 10:000\$000 (R\$ 1.230.000,00). Além disso, “A Independência” ofertou mesas e cadeiras para exames médicos,<sup>331</sup> demonstrando como esse tipo de publicidade demarcava o prestígio social da filantropia.

Riedel tinha a essa época relações de parentesco com Candido Gaffrée por parte de seu único irmão, Waldemar K. Riedel, referido acima, que havia sido casado com Juliana Maria Brum Gaffrée. Mais tarde, em 1929, seu cunhado, Carlos Hasche, se casaria com Carlota Brum Gaffrée. Juliana e Carlota eram sobrinhas de Candido Gaffrée e filhas de Joaquim Pedro Gaffrée e Fidelina Antunes Brum. Os dois filhos de Riedel, Lia e Leo, também se casariam com membros da família Gaffrée. Mas, para fins desse estudo, nos interessa particularmente perceber as ligações de Riedel com os Gaffrées e também os Guinles nos anos de 1910 e 1920. A referida relação de parentesco certamente pode ter contribuído para a ação filantrópica de Candido Gaffrée, que, importa destacar, além de realizar doações para a Santa Casa da Misericórdia e para a Policlínica de Botafogo, financiava desde 1915 o laboratório particular de fisiologia dos irmãos Álvaro e Miguel Ozório de Almeida (SANGLARD, 2008: 79).

A única informação que temos sobre a relação de Riedel com a família Guinle é uma entrevista de Lia Riedel. Segundo a filha do médico, no final da tarde, depois de trabalhar na colônia, ele ia para um laboratório de análises clínicas que tinha em sociedade com o Dr. Eduardo Marques Pinheiro, no Largo da Carioca. Guilhermina Guinle, esposa do empresário Eduardo Palassin Guinle, sócio de Candido Gaffrée, era cliente desse laboratório e, segundo Lia, apenas Riedel conseguia colher seu sangue, pois a mesma teria as veias muito difíceis de serem puncionadas. Lia contou que, depois de muita conversa e de estar a par da história do ambulatório, Guilhermina teria decidido patrocinar a construção e a compra de materiais necessários ao funcionamento do

---

<sup>329</sup> NEVES, Alfredo. Gustavo Riedel e o Ambulatório Rivadávia Correia, 1943, p. 284.

<sup>330</sup> Candido Gaffrée era um dos filhos do francês Antoine Gaffrée (1802-1877) e da natural de Bagé Juliana Candida de Azambuja (1820-1892).

<sup>331</sup> POLICLÍNICA dos Subúrbios. 1ª prestação de contas. *Jornal do Commercio*, ano 94, 1º de janeiro de 1920a. DAD/FIOCRUZ. Fundo Gustavo Riedel. GR01.

estabelecimento.<sup>332</sup> De todo modo, logo depois da inauguração do ARC, o diretor da Colônia de Engenho de Dentro começou a contar com a benemerência dos herdeiros de Candido Gaffrée e Eduardo P. Guinle, na figura do “fidalgo, aristocrata, empreendedor, filantropo e mecenas” Guilherme Guinle (SANGLARD, 2008: 112).

Ainda segundo Lia Riedel, “a turma” de Gustavo Riedel eram os médicos Juliano Moreira, Pedro Ernesto, Miguel Couto, Carlos Chagas e, em algum grau, Oswaldo Cruz. Além de Juliano Moreira, que era uma sumidade na psiquiatria nacional, Lia traz um segundo nome muito importante para entender a reformulação da Colônia de Engenho de Dentro realizada por Gustavo Riedel na primeira metade dos anos de 1920: Carlos Chagas.<sup>333</sup> Além do movimento da Reforma Sanitária, liderado pelo cientista brasileiro nesse período, a filantropia de Guilherme Guinle (decisiva para a remodelação da colônia) tinha, conforme aponta Sanglard, uma forte relação com o projeto de saúde pública sustentado por Chagas. Segundo a autora, na maior parte das ações de G. Guinle, observa-se “um investimento na melhoria das condições da raça brasileira, de sua salvação por meio do combate à sífilis, ao câncer, à lepra, às grandes endemias e às doenças do sangue – todos projetos ligados direta ou indiretamente a Carlos Chagas, com exceção do projeto do Laboratório de Biofísica” (SANGLARD, 2008: 15).

Pensando no papel da filantropia médica na história da assistência à saúde no mundo moderno, Ferreira afirma que não é possível concebê-lo sem “remontar à tradição da medicina dos dispensários que se propagou pela Europa e Américas ao longo dos séculos 18 e 19” (FERREIRA, 2018: 8). Surgido no final do século XVIII na Inglaterra, o modelo dos dispensários chegou em fins do século XIX ao Brasil, onde se tornou “uma expressão da filantropia social de base utilitarista, que visava reorganizar as tradicionais instituições de assistência aos pobres, substituindo o fundamento religioso (caridade) por princípios e conhecimentos científicos”. Sendo assim, médicos e elites urbanas, atuando em conjunto, possuíam em comum o objetivo de “modernizar a gestão da pobreza” (FERREIRA, 2018: 9). Luiz Otávio Ferreira resume esse modelo em quatro proposições fundamentais: consulta gratuita, distribuição de remédios, trabalho voluntário dos médicos e financiamento da filantropia. Ainda segundo o autor, esse gênero de prestação de assistência se tornou muito eficiente, porque, de maneira diferente dos hospitais, eles não internavam. Em alguns casos, como no caso da Policlínica dos Subúrbios aqui estudada, se tinha uma pequena enfermaria, mas, de fato, o objetivo não era internar.

---

<sup>332</sup> RIEDEL, Lia. *Lia Riedel. Entrevista...*, 2021, p. 14.

<sup>333</sup> RIEDEL, Lia. *Lia Riedel. Entrevista...*, 2021, p. 7.

Para melhor compreender o significado da construção da Policlínica dos Subúrbios, convém notar ainda a situação em que se encontrava a assistência hospitalar no Rio de Janeiro, na virada do século. Segundo Sanglard, apesar do surgimento de algumas instituições hospitalares na primeira metade do século XX, a assistência pública na cidade continuava dependente da Santa Casa da Misericórdia, que passou a contar com o apoio, em 1882, da Policlínica do Rio de Janeiro, em 1900 da Policlínica de Botafogo e em 1921 do Hospital São Francisco de Assis para o atendimento da população carente. Na opinião de Sanglard, esse hospital “pode ser considerado a primeira resposta oficial à falta de leitos para a população do Rio de Janeiro” (SANGLARD, 2008: 140). A criação da Policlínica dos Subúrbios, torna-se, assim, certamente, ainda mais relevante diante do quadro exposto e do fato de que não havia na região serviço médico de espécie alguma.

Ainda sobre a existência da Policlínica dos Subúrbios, cumpre destacar que, a partir de um levantamento dos auxílios e subvenções concedidos pela prefeitura do Rio de Janeiro a essa policlínica e ainda às Policlínicas de Botafogo e Geral do Rio de Janeiro (1919-1930) (**Ver anexo IV**), verificou-se, somando onze meses analisados, que a Policlínica de Subúrbios recebeu praticamente o mesmo valor (cerca de 1% a menos) que a Policlínica de Botafogo e em torno de 8% a mais que a Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Ou seja, a Policlínica dos Subúrbios esteve em pé de igualdade com essas duas outras importantes policlínicas em termos de financiamento público.

Vale destacar que ao ser fundada, a Policlínica do Rio de Janeiro contava com um serviço de Moléstias do Sistema Nervoso a cargo de Domingos de Almeida Martins Costa e José Carlos Teixeira Brandão (1854-1921) (SANGLARD, 2008: 139). Na Policlínica de Botafogo, o médico responsável pela especialidade psiquiátrica era Francisco Fernandes Eiras (1871-1962) (FERREIRA, 2017: 63). Luiz Otávio Ferreira aponta, inclusive, que nesta “policlínica paroquial” foram realizadas entre 1900 e 1940 um total de 1.790 atendimentos na clínica de psiquiatria/neurologia (FERREIRA, 2017: 73).

No dia 18 de julho de 1919, na cerimônia de lançamento da pedra fundamental do Ambulatório “Rivadavia Corrêa”, Gustavo Riedel proferiu um discurso contando a história da criação do Ambulatório e descrevendo os seus fins. Segundo Riedel, ao organizar o serviço de ambulatório, “o nosso pensamento levantou asas, levando em seu voo o coração – é que socorrendo a população desamparada da região suburbana do Distrito Federal, o Ambulatório terá por objetivo principal iniciar entre nós a profilaxia das doenças mentais e nervosas”. A ação desse ambulatório naquele meio era vista como tendo não só um fim eugênico, mas também humanitarista:

O ambulatório criado será o nosso instituto de profilaxia mental e representará real conquista em meio desprovido de um centro bem orientado, que divulgasse os preceitos rigorosos referentes à higiene da espécie. Sua ação será facilitada, porque as condições ambientes, não só com o fim eugênico como também com a preocupação humanitarista de modificar o estado de saúde das populações urbanas e rurais, estão sendo preparadas com carinho pelas nossas figuras de maior responsabilidade social.<sup>334</sup>

O diretor da colônia apontou ainda que a ação profilática se daria ali com relação às “causas determinantes individuais, com valor manifesto” (doenças), visando a melhora da saúde de cada consulente. Quanto às chamadas causas gerais, como raça e clima, e morais, como a religião, o médico não as considerava objeto de interesse do futuro ambulatório da colônia:

Pouco nos interessam das causas predisponentes, as chamadas causas gerais, como a raça, clima, idade, profissão, sexo etc., e também não exigem que se trate do seu impedimento as causas determinantes, apelidadas morais – religião, revezes etc. A profilaxia será oportuna, eficiente quanto às causas determinantes individuais, com valor manifesto.<sup>335</sup>

Ainda segundo o médico, a ação do ambulatório seria notável, sobretudo, com relação às psicoses heterotóxicas. Tais psicoses eram vinculadas, especialmente, a questões de classe social (fogareiros nas casas populares) e religião (banhos de fumo em rama):

Ninguém ignora mais a ação tóxica sobre o cérebro do óxido de carbono, produzido pela combustão do carvão vegetal, nos fogareiros de que se servem as classes pobres nas casas de cômodo; do abuso dos emenagogos, causadores de estados delirantes, muitas vezes tornados crônicos; da nicotina, através dos celebres banhos de fumo em rama com que certos indivíduos pretendem eliminar o “pediculis pubis”, obtendo com ela também alucinações visuais, como observou o colega Olinto: da ação congestiva do tabaco sobre cérebros novos e delicados, embotando-lhes desde cedo a memória.<sup>336</sup>

Assim, no dia 13 de junho de 1920, conforme amplamente noticiado nos jornais da época, que destacavam a grande lacuna que tal instituição médica viria a preencher na região dos subúrbios, foi inaugurado no espaço da Colônia de Alienadas de Engenho de

---

<sup>334</sup> COLÔNIA de Alienados. Profilaxia das moléstias mentais e nervosas – Lançamento da pedra fundamental do ambulatório “Rivadavia Corrêa”. *Jornal do Commercio*, ano 93, n. 198, 19 de julho de 1919, p. 4.

<sup>335</sup> *Idem*.

<sup>336</sup> *Idem*.

Dentro e integrado ao patrimônio de Assistência aos Alienados o denominado Ambulatório Rivadávia Corrêa.<sup>337</sup>

Estiverem presentes nessa inauguração o ministro da Justiça, Alfredo Pinto, o diretor geral da Assistência a Alienados, Juliano Moreira, o chefe de polícia, o desembargador Geminiano da França, e, ainda, um elevado número de médicos, dentre os quais Moncorvo Filho, Antônio Austregésilo, Alfredo Neves, Adolpho Possollo, Álvaro Ramos, Eduardo Rabello, Werneck Machado, Crissiúma Filho e Oliveira Aguiar, presidente da Associação Médica Cirúrgica.<sup>338</sup>

Figura XIII – Fotografia da inauguração do Ambulatório Rivadávia Corrêa em 13 de junho de 1920



Fonte: Acervo iconográfico do Fundo Gustavo Riedel, depositado no Departamento de Arquivo e Documentação (DAD) da Casa de Oswaldo Cruz (COC), Fiocruz. Localização GR.02.006.

Em primeiro plano, à direita, na fotografia, está Gustavo Riedel. Ao seu lado, vê-se o ministro da Justiça Alfredo Pinto; entre os dois, e ao fundo, se acha Juliano Moreira, diretor geral da Assistência a Alienados. É possível observar ainda médicos do novo serviço e figuras do governo.

Localizado ao norte da entrada principal da Colônia, à Rua Dois de Fevereiro na esquina com a Rua Ramiro Magalhães, o ARC era dividido em seis pavilhões: clínica

<sup>337</sup> AMBULATÓRIO Rivadavia Correia. *O Paiz*, 1920a, p. 4.

<sup>338</sup> FOI ONTEM inaugurado o ambulatório Rivadavia Corrêa. *Correio da Manhã*, ano XIX, n. 7.775, 14 de junho de 1920, p. 1.

médica; pediatria; cirurgia geral; otorrinolaringologia e oftalmologia; clínica dermatológica e sifiligráfica; e farmácia. Além disso, possuía laboratório, serviço de radiologia, consultórios, salas de exames e vestiários, sala de operações e pequenas enfermarias para ambos os sexos. Para ter acesso aos diversos serviços ali prestados era necessário apresentar atestado de indigência forjado por um médico, vigário ou delegado de polícia. Junto com a inauguração desse ambulatório foi aberto oficialmente também o Laboratório Gaspar Vianna,<sup>339</sup> voltado para a execução de exames químicos e bacteriológicos. Ou seja, Gustavo Riedel tornou a Colônia de Engenho de Dentro um local completamente apto para a realização de pesquisas científicas e elucidações diagnósticas.<sup>340</sup>

O Laboratório Gaspar Vianna de pesquisas clínicas e biológicas era dirigido pelo naturalista Dr. Paulo Francisco Schirch,<sup>341</sup> da Universidade de Estrasburgo.<sup>342</sup> Segundo Ernani Lopes, o laboratório possuía seções de química, sorologia e diagnóstico histopatológico; nele ainda eram realizadas pesquisas de interesse, como teses médicas.<sup>343</sup> Em 1924, Riedel apontou que esse laboratório, além de atender cuidadosamente os pedidos dos diversos consultórios médico-cirúrgicos, havia desenvolvido “estudos relativos aos chamados micrométodos para a dosagem de alguns produtos no sangue”.<sup>344</sup> Em 1947, Gustavo de Rezende referia que, além de fazer todos os exames solicitados, o

---

<sup>339</sup> Sobre Gaspar Vianna, ver FRAIHA NETO, 1986: 111-113.

<sup>340</sup> AMBULATÓRIO Rivadávia Corrêa. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 13.031, 14 de junho de 1920b, pp. 3-4.

<sup>341</sup> Rezende apontava que Schirch “era o artista que ainda se deleitava com as belezas na natureza. Associava Humboldt e Pasteur. Colecionou espécies raras na zoologia, tendo feito várias das classificações interessantes, conforme se pode verificar em seus artigos publicados em revistas científicas”. “Viera da Alemanha em uma comissão científica organizada pelo governo alemão. Conseguira aquela comissão como prêmio da sua classificação em primeiro lugar na conclusão do seu curso na Faculdade de Ciências Matemáticas e Naturais. (...) Entretanto, mal chegara ao Brasil, irrompeu a guerra. (...) Estava lutando com grandes dificuldades, quando o então diretor desta Colônia, Dr. Gustavo Riedel, veio em seu auxílio, arranjando a sua nomeação para chefe do Laboratório Gaspar Viana deste estabelecimento”. Rezende transcreveu e traduziu o *curriculum vitae* de Schirch, encontrado em sua tese inaugural para obter o grau de doutor em Ciências Matemáticas e Naturais, defendida em 1914. “Eu, autor deste trabalho, nasci em Thann na Alsácia em 11 de janeiro de 1891, como filho do livreiro Johann Schirch, falecido em 5 de dezembro de 1911, e Marie Muller. Frequentei a Realschule (Escola Real), em Thann, até prestar exame para voluntário de um ano e entrei em 1906 na Escola Real Superior (Oberrealschule) em Mulhausen. Depois da obtenção do certificado de madureza no outono de 1910 dediquei-me ao estudo das ciências naturais, especialmente ao de zoologia” (REZENDE, Gustavo de. In *memoriam*: Paulo Francisco Schirch. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943, pp. 354-358).

<sup>342</sup> Paulo Francisco Schirch foi matriculado sob o n. 486 no Livro de Assentamento de Empregados da colônia. Localização: IMAS-JM. Schirch foi admitido em 1º. de fevereiro de 1921 no cargo de chefe de serviço de química e microscopia clínica do Ambulatório Rivadávia Corrêa; em 1935 passou a chefe de pesquisas clínicas. Se afastou do exercício por motivo de doença em 16 de novembro de 1943. Faleceu em 23 de novembro de 1943.

<sup>343</sup> LOPES, Ernani. *Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil, 1925*, p. 168.

<sup>344</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro, 1924*, p. 12.

referido laboratório “mantinha uma sala de autópsias, onde estudos de anatomia patológica eram feitos com frequência”.<sup>345</sup> Nos livros de observação, junto às observações médicas, encontramos anexados os exames laboratoriais realizados pelas pacientes do sistema asilar.

Em 18 de julho de 1919, no lançamento da pedra fundamental do ARC, havia sido inaugurado oficialmente ainda o Pavilhão Martins Teixeira,<sup>346</sup> onde funcionavam os serviços de raios-x (fisioterapia e radioterapia) para diagnóstico e terapêutica.<sup>347</sup> Durante muito tempo esteve à frente desse serviço Benigno Sicupira Filho. Em 1931, Carlos Pimentel Cardoso<sup>348</sup> foi nomeado chefe de serviço de radiologia e radioterapia desse pavilhão.

Figura XIV – Fotografia do Ambulatório Rivadávia Correia (vista frontal)



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *The Dyagenisant Factors...*, 1921b, p. 35.

<sup>345</sup> REZENDE, Gustavo Augusto de. *Tratamento dos insanos na antiga Colônia...*, 1950b, p. 51.

<sup>346</sup> João Martins Teixeira (1858-1906) foi professor de física da Faculdade Médica do Rio de Janeiro.

<sup>347</sup> COLÔNIA de Alienados. *Profilaxia...*, 1919, p. 4.

<sup>348</sup> Carlos Pimentel Cardoso foi matriculado sob o nº 692 no Livro de Assentamento de Empregados da colônia. Localização: IMAS-JM.

Figura XV – Fotografia do Ambulatório Rivadávia Correia (vista lateral no seu conjunto)



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *The Dyagenisant Factors...*, 1921, p. 35.

Uma reportagem do *Correio da Manhã* de 14 de junho de 1920 deu bastante ênfase à parte estrutural do estabelecimento que havia sido inaugurado no dia anterior. Como outras matérias, essa reportagem apontou o ARC como sede do primeiro instituto de profilaxia de doenças nervosas e mentais:

Ele é constituído por seis pavilhões ligados entre si por uma espaçosa varanda circular, dando para um jardim central.

O primeiro pavilhão é ocupado pela portaria e farmácia. À direita deste fica o pavilhão de doenças internas, a cargo dos drs. Henrique Duque, chefe de serviço e Ramiro Magalhães, assistente. À esquerda fica o pavilhão de doenças de crianças, a cargo dos drs. Alfredo Neves, chefe de serviço e Gustavo Rezende, assistente.

A seguir, à direita, está o pavilhão de olhos, ouvidos, nariz e garganta, a cargo do dr. Castilho Marcondes, e à esquerda o de pele e sífilis, a cargo do dr. Zopyro Goulart, chefe do serviço.

Ao fundo está o pavilhão de cirurgia, compreendendo cirurgia geral, vias urinárias e ginecologia, a cargo dos drs. Adolpho Possollo, chefe do serviço, e drs. Luiz de Marcos e Oswaldo Seabra, assistentes.

Os pavilhões de clínica médica e de crianças têm sala de consultas, vestiários e sala de exame e pequenas aplicações; os de pele e de olhos constam de sala de consulta, sala de exame e curativos, vestiário e sala de operações, tendo o de olhos uma câmara escura.

O pavilhão de cirurgia tem de um lado câmara escura, sala de consulta, vestiário e sala de curativos e de outro, sala de consultas, vestiário e sala de curativos.

Anexas ao pavilhão de cirurgia há duas pequenas enfermarias, de quatro leitos cada uma, para as grandes intervenções, quartos de enfermeiras, aparelhos sanitários, sala de esterilização, ladeada por duas salas de operações (sépticas e assépticas).



Todos os tetos são de cimento armado, paredes de ladrilho branco até a 2 metros de altura, e pavimento de mosaico americano branco.

Toda a instalação é de primeira ordem; móveis de ferro esmaltados de branco, mesas de operações, lavabos, aparelho esterilizador, tudo dos modelos mais modernos, havendo também uma mesa de ortopedia, modelo novo, que vem ao Brasil pela primeira vez.<sup>349</sup>

Na inauguração do ARC, além do diretor da colônia discursaram os médicos Antônio Austregésilo, professor da cadeira de neurologia da Faculdade de Medicina e deputado federal, e Alfredo Neves, pediatra do ambulatório da colônia. O primeiro, de acordo com diversas reportagens de jornais, buscou traçar a personalidade de Gustavo Riedel e reconhecer o empenho com que o médico havia trabalhado para a criação do estabelecimento que se inaugurava. Já Alfredo Neves, em seu discurso, afirmou que, com a inauguração desse ambulatório, o primeiro do gênero criado na América do Sul, o médico riograndense havia “iniciado a prática da eugenia em nosso país”, ao materializar a ideia definida no Congresso de Assistência a Alienados realizado em Milão (1906). Como veremos adiante, essa afirmação levou o fundador do Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI), Moncorvo Filho, a escrever uma carta aberta para Gustavo Riedel.<sup>350</sup>

Depois de tratar brevemente do saneamento e da eugenia, fazendo um rápido histórico que alcançava o 1º Congresso Eugênico de Londres, o diretor da colônia proferiu um discurso em que enfatizava o papel do ARC na educação higiênica e na difusão dos princípios eugênicos. Tratava-se de uma divulgação, no sentido de tradução de alguns conhecimentos para um público mais amplo, composto, sobretudo, por analfabetos, mas também por gente, segundo ele, tida como culta que, no entanto, ignoraria princípios elementares de medicina:

O Brasil possui o meio físico-químico adequado do futuro de uma grande raça, e altas razões sociais e biológicas são de natureza a promoverem, entre nós, a imediata execução dos princípios eugênicos, inculcando-se na alma popular a noção de descendência sadia, notadamente da procriação consciente e responsável. Préstimos inestimáveis à educação eugênica da população infantil tem fornecido as nossas instituições de proteção à infância.

E, assim, pensando, São Paulo correspondeu ao patriótico apelo, fundando uma Sociedade Eugênica e, aqui, no Rio, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal assumiu a iniciativa de outra congênere.

A condição de biologista e a responsabilidade de chefe de um departamento hospitalar situado em zona onde o pauperismo é um fato,

---

<sup>349</sup> FOI ONTEM inaugurado o ambulatório Rivadavia Corrêa, 1920, p. 1.

<sup>350</sup> AMBULATÓRIO Rivadavia Correia, 1920b, pp. 3-4.

vivendo as classes desfavoráveis à mercê de um ambulatório modelo, que será um Instituto Eugênico, destinado como é à profilaxia das doenças mentais e nervosas.

Apesar de suas instalações provisórias e até então precárias, deficientes, a frequência já de 5.000 consultantes mensais é a vibrante comprovação da sua necessidade.

As conferências públicas, a propaganda pela imprensa, exercem influência notável nos felizardos (assim posso apelidá-los) suscetíveis destes ensinamentos, porque há princípios elementares ignorados por muita gente tida como culta. O Ambulatório Rivadávia Corrêa tem objetivo mais prático para a divulgação das noções eugênicas, porque aproveita a oportunidade da consulta e da medicação gratuitas aos necessitados, na maioria analfabetos, para mostrar-lhes o quadro mórbido das doenças capazes de o atirarem a si ou a sua descendência à invalidez da loucura.

É, pois, altamente social o alcance desses ambulatórios, porque se o apuro da civilização, como afirma Rubião Meira<sup>351</sup> (*Anais de Eugenia de S. Paulo*) é um dos fatores mais poderosos da degeneração das raças, corroendo a energia mental de inúmera gente que vai ter aos hospícios com as intoxicações que ela acarreta, a muralha da resistência está na educação higiênica, sistemática do povo e difusão dos princípios eugênicos.<sup>352</sup>

Gustavo Riedel, por sua vez, se dizia convencido de que era nos indivíduos que traziam do berço um defeito degenerativo que as doenças mentais se desenvolviam, por isso a importância da profilaxia realizada nos diversos consultórios médicos, com o auxílio dos serviços de laboratório e radiologia:

Eis porque com os serviços de pediatria, otorrinolaringologia, cirurgia geral e ortopedia, transmitindo aos incultos a noção de responsabilidade social, pondo em foco todos os problemas atinentes à eugénica, teremos reduzido em muito a cifra dos casos de constituição nervosa e de deformações antiestéticas acentuadas com a idade.

Na seção de Medicina Geral, com a assistência do laboratório e do radiologista, as infecções agudas ou crônicas, as intoxicações endógenas ou exógenas, as doenças da nutrição etc., combatidas, diminuirão as causas da alienação mental.

A Policlínica dos Subúrbios, subvencionada pelo Poder Municipal, com sede neste Ambulatório, facilitará esse empreendimento. O departamento da sífilis terá desenvolvimento integral, porque é realmente a infecção luética que nos traz essa massa de abortos que as estatísticas da Saúde Pública consignam diariamente, fazendo perecer forças vivas indispensáveis ao engrandecimento do país e nos deixa os imbecis, os atrasados mentais que infestam todos os asilos, transformados em peso inútil, mais nocivos que os mortos.

A profilaxia das psicoses heterotóxicas, pela ação do óxido de carbono, da nicotina, da morfina ou cocaína e do álcool, será levada a efeito no serviço externo da Colônia, em inspeções domiciliares pelo alienista ou assistente, que realizarão ainda na sede das sociedades suburbanas, sem

---

<sup>351</sup> Para saber mais sobre o médico e eugenista Rubião Meira, ver SOUZA, 2008.

<sup>352</sup> ASSISTÊNCIA a Alienados. *O Malho*, ano XIX, n. 927, 19 de junho de 1920, p. 19.

preferência de seita, conferências públicas, em que serão expostas as causas da loucura e os meios de evitá-la no indivíduo e na família.<sup>353</sup>

A revista *O Malho*, além de publicar um dos textos mais completos do discurso do diretor da colônia, trazia uma charge sobre o tema da inauguração do ARC, apontando que o Dr. Riedel havia esquecido de mencionar em seu discurso o telefone da Light como uma das causas predominantes da loucura na cidade do Rio de Janeiro. Muitos eugenistas, dentre eles Gustavo Riedel e Plínio Olinto, apontavam o papel do “apuro da civilização” na gênese das psicoses. Este último citava, inclusive, a influência da imprensa livre, com o seu noticiário exagerado e escandaloso, e do cinematógrafo na produção de estados de espírito fronteiriços da loucura; devendo nesse caso a eugenia impedir a loucura por contágio.<sup>354</sup> Carla Pinsky aponta que, nos anos 1920, “a popularidade do cinema americano e as modas vindas da França apresentavam às brasileiras novos ideais estéticos e comportamentais que também contribuíam para mudar concepções do que era ou não apropriado à ‘mulher de família’, aos casais e aos relacionamentos amorosos” (PINSKY, 2013: 475). Sueann Caulfield, por seu lado, trouxe à luz uma crítica ao cinema por parte de juristas como José Duarte Gonçalves da Rocha, que pregavam que “‘a vida moderna com os seus exageros, os noticiários escandalosos dos jornais, as revistas livres, os filmes amorais, as danças lúbricas [...], o luxo e a ostentação das hetairas, os adultérios, a ‘prole natural’ não permitiam que as ‘raparigas modernas’ tivessem ‘segredos nem ingenuidades’” (CAULFIELD, 2000: 187).

No caso desse texto cômico podemos pensar em uma referência aos excessos característicos da vida moderna, mas também a certo descaso por parte do Estado diante da péssima qualidade do serviço de telefonia.

---

<sup>353</sup> *Idem.*

<sup>354</sup> BRASIL. *Rekatório...*, 1922a, p. 118.

Figura XVI – Charge de *O Malho* sobre inauguração do Ambulatório Rivadávia Corrêa



Legenda: O Dr. Riedel, na inauguração do Ambulatório Rivadávia Corrêa, citou como causas predominantes da loucura o alcoolismo, a sífilis, a morfina e a cocaína. O ilustre cientista esqueceu-se de citar o telefone... o telefone da Light, o instrumento mais nefasto à saúde mental do carioca.

Fonte: ASSISTÊNCIA a Alienados. *O Malho*, ano XIX, n. 927, 19 de junho de 1920, p. 19.

O ambulatório da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro foi aprovado por aviso do ministro da Justiça e Negócios Interiores, de 14 de maio de 1919. As diretrizes dessa instituição eram as seguintes:

- I. O Ambulatório da Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro, socorrendo a população desamparada, da região suburbana do Distrito Federal, com serviço médico gratuito de todas as especialidades, tem por objetivo principal fazer a profilaxia das doenças nervosas e mentais, com a seguinte organização:
  - a) O médico alienista e o seu assistente farão mensalmente uma inspeção em todas as casas onde souberem que existem casos de alienação mental, principalmente caracterizados por ataques, e proporão o tratamento ou a remoção de tais doentes afim de evitar a propagação do mal.
  - b) O alienista, ou assistente, realizará nas sedes das diversas sociedades suburbanas, sem preferência de seita, conferências públicas, onde serão expostas as causas da loucura e os meios de evitá-la no indivíduo e na família.
  - c) O alienista, ou assistente, atenderá diariamente às pessoas que queiram com eles aconselhar-se sobre as precauções a tomar para ser

evitada a loucura e sobre a melhor maneira de minorar os sofrimentos dos alienados ou nervosos.

II. As doenças mentais desenvolvendo-se principalmente nos indivíduos portadores, desde o berço, duma degeneração, as diversas seções de *ginecologia*, *obstetrícia* e *pediatria* fornecerão aos consultantes as noções indispensáveis, pondo em foco todos os problemas atinentes à *eugenética*, resolvendo-os da melhor maneira, e propagando ser a verdadeira proteção da criança a procriação consciente e responsável, a fim de ser obtida uma diminuição na cifra dos casos da *constituição nervosa*.

III. O serviço de medicina geral tratará sistematicamente, com a assistência do Laboratório e do gabinete de Radiologia, as infecções agudas e crônicas, as intoxicações endógenas e exógenas, as doenças da nutrição, as afecções vasculares etc., reduzindo assim de muito as causas de alienação mental e ensinando aos consultantes, em linguagem simples ou chã, as medidas preventivas a serem adotadas.

IV. Nos serviços de *cirurgia geral* e *otorrinolaringologia* deverão merecer tratamento especial as lesões traumáticas, as vegetações adenoides, as afecções orgânicas e infecções, causadoras de estados cenestésicos. A ortopedia na cura das deformações e a mecanoterapia no restabelecimento de funções motoras deverão merecer particular atenção.

V. A profilaxia da *sífilis*, feita no respectivo serviço, atendendo à sua importância capital na etiologia das doenças nervosas e mentais, deverá ter grande desenvolvimento.

VI. O Ambulatório mantém um serviço externo a cargo de um médico, atendendo apenas aos doentes matriculados, impossibilitados de comparecerem à consulta por circunstâncias especiais.

VII. Os médicos dos diversos serviços registrarão em livros apropriados as observações de todos os consultantes.

VIII. O conservador técnico do Ambulatório, mediante atestado de pobreza firmado por um médico, delegado de polícia ou vigário da freguesia respectiva, fará o registro pela ordem numérica de todos os consultantes, em livro a esse fim destinado e concederá ao necessitado um cartão de matrícula dando direito aos serviços médicos, cirúrgicos e farmacêuticos do Ambulatório.

a) O atestado de pobreza só é válido para a pessoa nele indicada.

b) A prestação dos serviços médicos, cirúrgicos ou farmacêuticos será imediatamente suspensa às pessoas que ilaquearem a boa-fé dos atestantes, verificada a procedência do fato.

IX. O conservador técnico terá sob sua imediata responsabilidade a boa ordem dos diversos serviços, cabendo-lhe atender às necessidades dos vários departamentos do Ambulatório.

X. O conservador técnico distribuirá aos consultantes boletins do tipo anexo, providenciando para que tais boletins sejam igualmente oferecidos nas pretorias aos indivíduos que se habilitam a casar e aos que registram o nascimento de filhos.

XI. As consultas serão dadas das 7 às 12 horas e a distribuição de medicamentos deverá estar terminada às 16 horas.

O DIRETOR, DR. G. Riedel.<sup>355</sup>

---

<sup>355</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*. Serviço de profilaxia das doenças nervosas e mentais. Assistência a Alienados. Rio de Janeiro: Papelaria e Livraria Gomes Pereira, 1920c, pp. 1-4.

Numa análise sintética destas diretrizes, percebe-se que o primeiro item, amalgamando as ideias de socorro à população desamparada dos subúrbios e de profilaxia das doenças nervosas e mentais, apresentava esta última como o principal objetivo do ambulatório. Os socorros médicos figuravam como o meio de conseguir essa profilaxia, como era detalhado nos itens III, IV e V. Quanto ao item II, vale destacar a questão da eugénica realizada por meio da procriação consciente e responsável e do cuidado da criança, a fim de se obter uma diminuição nos casos de constituição nervosa. O item VI parece estar relacionado às consultas em domicílio, que existiram, de fato, de 1919 a 1923. Os demais itens se debruçam sobre questões administrativas, como o atestado de pobreza e as atribuições do conservador técnico.

O Ambulatório Rivadávia Corrêa – chamado nos seus primórdios pelos jornais e principalmente pela população do entorno pelo nome de Policlínica dos Subúrbios, instituição da qual se originou; e ainda referido por alguns, sobretudo pelo seu próprio idealizador, como Instituto de Profilaxia Mental – existiu, de 13 junho de 1920 a 31 de outubro de 1939, no espaço da Colônia de Engenho de Dentro. Apesar da referência a um Instituto de Profilaxia Mental, o ambulatório da colônia não se assemelhava aos dispensários psiquiátricos criados na maioria dos países nesta época, onde atuavam basicamente psiquiatras e visitantes sociais.<sup>356</sup>

No caso da Espanha, tanto as ideias como as práticas de profilaxia mental foram eloquentes nesse sentido. Por exemplo, para o psiquiatra catalão Òscar Torras (1890-1974)<sup>357</sup>, os ambulatórios de higiene mental – organizados como os ambulatórios de tuberculose e apoiados por uma instituição de assistência social – “não funcionariam ‘sob demanda’, mas penetrando no meio social individualmente ‘para fazer chegar até o próprio enfermo ou predisposto, em seu próprio ambiente, os conselhos médico-higiênicos-terapêuticos’”. De outra parte, esperava-se “‘levar os necessitados para os dispensários para estabelecer contato com a ciência médica’. A figura-chave nessa tarefa era a enfermeira visitadora (...)” (LÉVY; CAMPOS; HUERTAS, 2022: 178). Apenas sob

---

<sup>356</sup> Durante a realização de um Estágio de Doutorado Sanduíche no Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), em Madri (Espanha), os professores do Departamento de História da Ciência do Centro de Ciências Humanas e Sociais do CSIC, Rafael Huertas (supervisor desse estágio) e Ricardo Campos, me chamaram a atenção para o caráter peculiar do ambulatório de higiene mental da Colônia de Engenho de Dentro, onde uma policlínica era utilizada como um serviço de prevenção das doenças mentais e nervosas. Nessa época, nos dois grandes polos de higiene mental – França e Estados Unidos –, bem como na Espanha, o que existiam eram, de fato, ambulatórios de higiene mental, onde atuavam psiquiatras e visitantes sociais.

<sup>357</sup> Segundo Huertas e Campos, os artigos publicados por Oscar Torras, na revista *Psiquiatria*, no decorrer de 1923 e 1924, são representativos do novo modelo psiquiátrico (HUERTAS, 1995; CAMPOS, 2004).

a Segunda República espanhola, no ano de 1931, foi lançado em Madri o primeiro Dispensário de Higiene Mental, ao qual no ano seguinte, como complemento, se juntou o primeiro Conselho de Assistência Social Psiquiátrica. Pensando as mudanças da medicina mental espanhola em direção à assistência extramanicomial, Ricardo Campos observa que “o dispensário e o serviço social eram o instrumento real mediante o qual a psiquiatria se convertia em higienismo social”, correspondendo à velha ideia exposta por Bénédict-Augustin Morel (1809-1873), em seu *Traité des dégénérescences* (1857) (CAMPOS, 2004: 108).

Não é demais lembrar que foi só após a improvisação da Policlínica dos Subúrbios (1919) e a inauguração do ARC (1920) que Gustavo Riedel foi convidado por Clifford Beers para fundar uma liga de higiene mental no Brasil. Esse empreendimento, portanto, o teria credenciado para ingressar no movimento transnacional pró-higiene mental. O diretor da colônia deu, então, uma importante guinada na sua trajetória, transitando para a área pela qual se dedicaria até o final da vida: a higiene mental. No entanto, o ambulatório da instituição de Engenho de Dentro continuou parecendo, pelo menos à primeira vista, estar mais próximo de uma higiene social do que de uma higiene mental.

Figura XVII – Fotografia da entrada do Serviço de Profilaxia das Doenças Mentais e Nervosas



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *The Dysgenisant Factors of the Brazilian “Habitat” in Synthesis*, 1921b, p. 36.

Neste ponto, é válido apresentar as cartas abertas trocadas pelos acadêmicos Moncorvo Filho<sup>358</sup> e Gustavo Riedel, onde foram debatidos, dentre outros temas, o direito ao título de iniciador da eugenia no país e o hibridismo do ARC.

Na sessão da Academia Nacional de Medicina de 14 de junho de 1920, após propor que essa academia, por intermédio de sua mesa, enviasse ao governo do país um ofício de congratulações pela inauguração do ARC, o pediatra Moncorvo Filho (1871-1944) leu a seguinte carta aberta destinada ao Dr. Gustavo Riedel:

#### A EUGENIA NO BRASIL

Carta aberta ao ilustre Dr. Gustavo Riedel

Não fora o fundado receio de empanar o brilho e a magnificência da solenidade com que abriu suas portas no Rio de Janeiro mais um templo de caridade e ciência—o Ambulatório Rivadávia Corrêa—, certo teria tido o arrojo de juntar um pequeno reparo, que agora calmamente peço vênua para fazer, às palavras eruditas e cheias de fulgor com que o preclaríssimo colega, secundado pelo eminente Austregésilo e o egrégio Sr. Ministro do Interior, deram por inaugurada a majestosa instituição.

Naquele formoso ambiente em que um pugilo de boas almas e reputados cientistas se congregaram para tão nobre quão altruística missão, **pareceu-me ter percebido asseverar-se que se lançava ali a primeira pedra no Brasil para a construção da monumental obra que constitui hoje essa ciência da Eugenia.**

Ora, meu ilustre colega, eu mentiria a mim mesmo se calasse nesta hora o meu pequeno protesto a essa asserção.

Num país como o nosso, em que qualquer movimento por uma ideia, por uma cruzada, raramente faz despertar da apatia em que têm vivido o nosso povo e os nossos governos, lícito não se me afigura, decerto, que, numa solenidade oficial como a do Ambulatório em questão, olvidado fosse todo um trabalho de Hércules que se vem estratificando de cerca de meio século a esta parte em nosso meio, chegando a permitir a vitória da campanha com o interesse hoje revelado, de maneira iniludível, pelos eminentes Srs. Presidente da República e Ministro do Interior, permitindo pudesse o preclaro confrade, prestigiado pelo Poder Público, tomar a si a tarefa de ver criado e de dirigir o Dispensário-modelo do Engenho de Dentro.

**Sem querer entrar no mérito do hibridismo, que não compreendi, da “Policlínica dos Subúrbios”, instituição de iniciativa meramente particular, estar integrada na criação que o Ministério do Interior faz de um Ambulatório para tratamento e profilaxia dos grandes males sociais como um departamento da “Assistência a Alienados”, o que não vem ao caso, parece não ser de agora em nossa terra a ideia da “imediata execução dos princípios eugênicos, inculcando-**

---

<sup>358</sup> Arthur Moncorvo Filho (1871-1944) fundou, em 1899, no Rio de Janeiro, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI). Esse instituto é considerado pela historiografia brasileira como o que melhor representou localmente o movimento internacional em prol da infância (FERREIRA, 2018). Ferreira aponta ainda que “o IPAI foi um desdobramento do trabalho iniciado pelo pai de Moncorvo Filho, o médico Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1846-1901), na Policlínica Geral do Rio de Janeiro (PGRJ), instituição médico-filantrópica criada em 1882, pioneira na adoção do modelo dos dispensários europeus” (FERREIRA, 2018: 15). Para saber mais sobre Moncorvo Filho, ver também FREIRE; LEONY, 2011.



**se na alma popular a noção da descendência sadia, notadamente da procriação consciente e responsável”.**

E senão, vejamos.

**Foi Moncorvo pai que no Brasil levantou o primeiro grito pela eugenia, como se depreende da leitura das páginas do seu livro, então revolucionário, *Do exercício do ensino médico no Brasil*, há cerca de 50 anos publicado [1874].**

Esse cientista brasileiro, a quem se deve, a par da criação do primeiro curso de doenças de crianças entre nós efetuado, e por isto mesmo até cognominado pelo sábio Professor Fernandes Figueira – o fundador da pediatria no Brasil –, foi, pode-se dizer, o criador espiritual das cadeiras de doenças de crianças e higiene infantil nas Faculdades de Medicina (conheça-se a iniciativa do Dr. Rodolpho Epiphanyo de Souza Dantas, Ministro do Império de então).

Durante toda a sua existência propagou os melhores conhecimentos de higiene infantil em nosso meio, chegando a merecer a excepcional honra de receber, no célebre banquete de Fernando de Lesseps, uma medalha de bronze, única, especial, pelos seus trabalhos sobre esse assunto e, mais de que tudo isso, poder constituir essa numerosa plêiade de pediatras e puericultores que enriquecem hoje as letras médicas do nosso país e a cuja frente estão os ilustres Drs. Fernandes Figueira, Clemente Ferreiro, Olinto de Oliveira, Eduardo Meirelles e outros, em último lugar, sem o menor valor, bem sei, me achando também colocado.

Aproximadamente há trinta anos que, modestamente, sem o bafejo oficial, por esforço próprio, graças a inauditos sacrifícios fundando, há vinte e um anos, o *Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro*, me venho batendo por uma verdadeira obra de eugénica, pondo em contribuição tudo quanto inspirou a Galton em bem da raça e a Pinard na sua salutar campanha pela puericultura.

E em lugar de entregar-me aos arroubos da nossa proverbial loquacidade, procurei fazer obra prática de verdadeiro patriotismo, tendo em vista que, no sentido indicado, o Brasil precisava acompanhar todas as nações civilizadas nesse belo e promissor movimento em prol do melhoramento da humanidade.

Atirei-me a esse *desideratum*, com ardor indescritível, numa ação contínua e tenaz, apaixonado pela magna causa, transformando as fraquezas em forças, e eis que consegui levar por diante, através dos mais dolorosos transes, essa bendita cruzada, hoje já tendo amparado em todo o nosso extenso território, mercê de suas quinze filiais, centenas de milhar de criaturas!

O exemplo medrou em nosso meio depois que em 1899 nasceu a nossa “Assistência à Infância” e, então, todos viram surgir, sob a notável direção do egrégio Professor Fernandes Figueira, a Policlínica de Crianças da Santa Casa, núcleo primoroso de cientistas que nobilitam hoje a pediatria nacional, e, numa obra digna da maior emulação, essa “Pró-Matre” que o talento másculo e a capacidade erudita do Professor Fernando Magalhães levou com louvável temeridade por diante nestes últimos anos.

Tudo isso constitui, sem dúvida, uma obra ingente e um acervo de inauditos sacrifícios que só podem medir aqueles que, como nós, por um incondicional amor à causa, se entregam a tão piedoso quão social mister.

Já iam muito longe os benefícios prodigalizados à nossa sociedade por essas e muitas outras instituições, quando o ano passado criei o

“Departamento da Criança no Brasil”, semelhante ao que, por iniciativa oficial, se fundara em 1912 nos Estados Unidos, e sabeis, benemérito colega, que dele em boa hora já se originou o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, do qual fazeis parte, e por ocasião do qual as mais importantes questões, sobretudo de eugenia, serão discutidas e resolvidas, encontrando assim os poderes públicos as melhores bases para estatuir o seu grandioso plano de proteção tanto direta como indireta à infância que, como parece, está para ser posto em execução. Em se tratando, pois, de uma grandiosa obra de hominocultura, como é a do “Ambulatório Rivadávia Corrêa”, preciso se torna que, como elemento histórico, não seja olvidado o que, custando ingentíssimo esforço da parte de alguns brasileiros que, sem o menor interesse pecuniário, sem fazerem jus a emprego público, gastando do seu próprio bolso e encanecendo ao serviço da humanidade sofredora, não conseguiram algo em favor da eugenia brasileira, embora não lhes tenha custado isso poucos desgostos, atravessando muitas vezes até horas bem amarguradas.

Queira o eminente colega desculpar as linhas que ora lhe dirijo com a sinceridade do meu coração e aproveito o ensejo para traduzir-lhe ainda uma vez o meu parabéns pela magnífica obra levada a efeito sob sua sábia direção e que constitui, sem favor nenhum, um padrão de glória nacional.

Com admiração e apreço  
Colega e obr. Moncorvo Filho.  
Em 14 de junho de 1920.<sup>359</sup>

Moncorvo Filho criticava, nessa carta, o fato de o ARC ter sido referido na sua inauguração como o empreendimento precursor da eugenia no país. Desse modo, segundo o pediatra, se ignorava os esforços antigos realizados por seu pai, Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, e continuados pelo grupo de pediatras por ele constituído. Moncorvo Filho relacionava a própria campanha vitoriosa de Gustavo Riedel para a construção do ambulatório de Engenho de Dentro ao trabalho iniciado há cerca de cinquenta anos por Moncorvo pai. Nesse ponto, citava a obra *Do exercício do ensino médico no Brasil* (1874) e a criação do primeiro curso de doenças de crianças, além de apontar as instituições criadas pelo grupo de pediatras constituído por aquele que, segundo destacava Moncorvo Filho, era considerado pelo próprio Fernandes Figueira como fundador da pediatria no Brasil.

Para além da questão da disputa em torno da implantação da eugenia no Brasil, o estranhamento demonstrado por Moncorvo Filho em relação ao modo como se constituiu o ARC revela que esse estabelecimento suscitou dúvidas também por parte de médicos contemporâneos do diretor da colônia de alienadas. O pediatra alegava não compreender o hibridismo (público-privado) do ambulatório. Afinal, se tratava de uma instituição de

---

<sup>359</sup> MONCORVO FILHO. A eugenia no Brasil: carta aberta ao ilustre Dr. Gustavo Riedel. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, ANM, 14 de junho de 1920, pp. 246-248. Grifos nossos.

iniciativa particular (Policlínica dos Subúrbios), que, no entanto, fazia parte da Assistência a Alienados do Distrito Federal, e tinha ainda como objetivo tratar e fazer a profilaxia dos grandes males sociais. Moncorvo Filho não mencionou a questão do ambulatório de higiene mental da colônia se apresentar, na verdade, como uma policlínica, tal qual o modelo de policlínica implantado pela primeira vez, em 1882, no Rio de Janeiro, pelas mãos de seu pai. Mas é possível imaginar que a apropriação desse modelo fora do campo da pediatria, apontada como algo pioneiro, contribuisse também para a “antipatia” do pediatra. Essa questão (policlínica x ambulatório de higiene mental) apareceu, inclusive, na carta resposta escrita por Gustavo Riedel.

Segundo Maria Martha de Luna Freire, “em incontáveis ocasiões, Moncorvo Filho manifestou o desejo de que suas ideias e instituições fossem incorporadas pelo poder público na criação de um sistema nacional de assistência à infância” (FREIRE; LEONY, 2011: 208). Os autores explicitam ainda que, em setembro de 1922, por ocasião do 1º Congresso Nacional dos Práticos, o médico, apontando como “elevado – até mesmo excessivo – o número de instituições filantrópicas no país, recomendava que fossem incorporadas a um sistema de assistência de âmbito nacional, sob a coordenação do Estado” (FREIRE; LEONY, 2011: 204).

A réplica veio oito dias depois. Porém, Gustavo Riedel preferiu não se dirigir diretamente a Moncorvo Filho. Sua carta apareceu destinada ao Presidente da Academia Nacional de Medicina, o professor Miguel Couto. Nela, o médico se referia a Moncorvo Filho e às suas acusações, contestando, dentre outras coisas, a questão da tentativa de se passar por iniciador da eugenia em terras brasileiras, o hibridismo do ambulatório da colônia e as vantagens pecuniárias possivelmente recebidas:

Exmo. Sr. Prof. Miguel Couto.

M. D. Presidente da Academia N. de Medicina.

Carta aberta

Lastimando sinceramente que o ilustre Dr. Moncorvo Filho não tenha lido com a devida atenção as palavras por mim pronunciadas por ocasião de inaugurar-se o Ambulatório Rivadávia e publicadas na íntegra em *O Paiz* e no *Jornal do Commercio* do dia 14 de junho, devo ponderar insubsistentes os motivos que provocaram a sua carta aberta, lida na p. passada aos meus dignos confrades desta Academia.

Tratava-se da fundação de “um Instituto de Eugenia destinado a fazer a profilaxia das moléstias mentais e nervosas de acordo com o vencido no Congresso Internacional de Milão”, sendo, portanto, inoportuno lembrar o histórico da Eugenia no Brasil, da qual nunca pretendi ser o iniciador.

Entretanto, convém recordar que eugenia fazem todos os institutos de caridade entre nós, desde o Hospital da Misericórdia até o Instituto de

Proteção à Infância. Fazem-na igualmente todos os profissionais, médicos, cirurgiões e dentistas, bem como as sociedades desportivas. Tem todo o cabimento funcionar a Policlínica dos Subúrbios na sede do Ambulatório, por serem os médicos deste os iniciadores daquela, que lutava com a falta de instalação apropriada aos seus humanitários fins. Entre nós todas as iniciativas particulares são geralmente amparadas pelo Governo, como a Santa Casa, a Liga Contra a Tuberculose, o Dispensário da Irmã Paula, o Instituto de Proteção à Infância etc. O Diretor da Colônia de Alienados no E. de Dentro, criando o Ambulatório, apenas cumpriu um programa de cientista zeloso dos seus créditos, procurando honrar o cargo que ocupa obtido por concursos e eleição entre os seus pares, não lhe advindo por essa criação vantagem alguma pecuniária.  
Rio, 22 de junho de 1920.  
Dr. Gustavo Riedel.<sup>360</sup>

Gustavo Riedel se defendia dizendo que os motivos que levaram Moncorvo Filho a escrever uma carta aberta para ele eram insubsistentes. Alegava, nesse sentido, que o pediatra não teria ouvido com a devida atenção as palavras por ele pronunciadas na inauguração do ARC, e destacava também que aquela não era uma ocasião oportuna para rememorar o histórico da eugenia no país. Na sua argumentação, Riedel ainda igualava eugenia e assistência médica, dizendo que tínhamos eugenia no país desde a fundação da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro, e que práticas eugênicas vinham sendo feitas por uma extensa gama de profissionais (“não só pediatras”). A eugenia era caracterizada como algo que estaria, naturalmente, dentro do âmbito da saúde (medicina de Estado), perdendo, dessa forma, a sua especificidade. Com esse raciocínio, o médico contornava a importância do panorama histórico apontado pelo seu interlocutor. Contudo, vale perceber a afinidade do conceito de eugenia aqui exposto pelo diretor da colônia de alienadas com o estilo neolamarckiano da eugenia latina<sup>361</sup> – tal qual concebido por Nancy Stepan (2004, 2005) – que argumenta na América Latina foi incomum, de fato, uma separação entre eugenia e saúde pública. Segundo a autora, o neolamarckismo “aparecia, com frequência, matizado de expectativas otimistas de que reformas do ambiente social resultassem em melhoramento permanente, ideia afinada com a tradição ambientalista-sanitarista que se tornara moda na região” (STEPAN, 2005: 82).

---

<sup>360</sup> RIEDEL, Gustavo. Carta aberta. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro: ANM, 22 de junho de 1920, p. 262.

<sup>361</sup> O conceito de “eugenia latina” tem gerado um debate de alta relevância que escapa aos limites específicos desta tese. Cumpre aqui apresentar sua definição enquanto uma eugenia influenciada predominantemente por concepções neolamarckistas e pelo catolicismo e, também, indicar que os caminhos investigativos atuais ressaltam a importância de se analisar a eugenia “tanto em perspectiva nacional e regional quanto global” (SOUZA; WEGNER: 2018: 339).

O diretor da colônia mencionou no discurso de inauguração do ARC<sup>362</sup> o papel das instituições de proteção à infância na educação eugênica da população infantil, mas não apontou o nome dos responsáveis por essa obra. Em contrapartida, citou a fundação da Sociedade Eugênica de São Paulo e o papel desempenhado nesse sentido no Rio de Janeiro pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. Moncorvo Filho, em sua carta, buscou enfatizar, por seu turno, o papel do 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. Assim, parecia haver aqui, além de uma disputa entre campos científicos – pediatria e psiquiatria –, uma distinção entre as agremiações eugênicas e a eugenia desenrolada por meio de instituições de assistência médica.

Riedel se referia ao ambulatório como um Instituto de Eugenia destinado a fazer a profilaxia das moléstias mentais e nervosas de acordo com o disposto no Congresso Internacional de Assistência a Alienados, realizado em 1906, em Milão. Nesse congresso, como já vimos, Juliano Moreira, como representante do Brasil, associou-se ao Instituto Internacional para o Estudo da Etiologia e Profilaxia das Doenças Mentais e votou a favor do seu programa, que defendia a criação de ambulatórios para a população pobre, a fim de abordar o importante fator revitalizante das raças.<sup>363</sup>

Sobre a natureza do ambulatório da colônia, Riedel esclarecia que foram os médicos da Policlínica dos Subúrbios os iniciadores, na verdade, do ambulatório de higiene mental da colônia, e que, portanto, não seria descabido que essa policlínica continuasse a funcionar na sede desse ambulatório. Quanto à questão do financiamento particular, o médico respondia que no país todas as iniciativas particulares eram, geralmente, amparadas pelo governo, citando, inclusive, o caso da instituição fundada pelo próprio Moncorvo Filho, o IPAI.

Os estudos acadêmicos dedicados à assistência médica no Brasil corroboram o pioneirismo de Moncorvo Pai na implantação do modelo de policlínica.<sup>364</sup> Nesta perspectiva, Ferreira destaca que “no Brasil, a tradição médico-filantrópica filiada ao movimento dos dispensários e das policlínicas foi inaugurada em 1882 com a fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (PGRJ)”, instituição que se dedicava concomitantemente “à pesquisa e à formação médica, uma configuração inédita, já que,

---

<sup>362</sup> AMBULATÓRIO Rivadavia Correia, 1920a, pp. 3-4.

<sup>363</sup> HOMENAGENS. *O Paiz*, ano XLVIII, n. 16.832, 24 de novembro de 1933, p. 5.

<sup>364</sup> SANGLARD; FERREIRA, 2010; FREIRE; LEONY, 2011; EDLER, 2014; FERREIRA, 2017; MATSUMOTO, 2018.

até então, tais atribuições eram exclusivas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e do Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia” (FERREIRA, 2017: 61).

A fundação da PGRJ, mas também da Policlínica dos Subúrbios, 37 anos depois, remonta a um problema que esteve em pauta desde a década de 1880 até o final da década de 1930 no Rio de Janeiro, capital federal: a reorganização da assistência médica. A fim de alcançar essa meta, colocou-se a necessidade de buscar modelos de atenção alternativos ao da Santa Casa da Misericórdia e de refletir sobre o papel da filantropia e do poder público (municipal, estadual, federal) na assistência às populações pobres. Essa discussão teve seu momento formal no Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada de 1908. Na opinião de Ataulfo de Paiva, organizador desse congresso, “a caridade tradicional deveria ser substituída pela filantropia científica nos moldes adotados pela Policlínica Geral do Rio de Janeiro, Policlínica de Botafogo e Policlínica das Crianças” (FERREIRA, 2017: 68). Esse autor destaca ainda que a “reforma da saúde pública de 1919 atendeu, em parte, as demandas específicas da agenda da assistência pública e privada que vinha sendo debatida desde o começo do século XX” (FERREIRA, 2017: 67). Sobre o tema, é notável, ainda, que, em 1916, ao tomar posse como membro honorário da ANM, Luiz Barbosa (diretor da Saúde Pública do Distrito Federal no início do século XX) tenha defendido, “diante da plateia composta pela elite médica carioca, a ideia de que as policlínicas deveriam ser adotadas pela prefeitura como modelo para organização da assistência pública municipal”, propondo que policlínicas “fossem implantadas em todos os distritos da cidade, principalmente nos subúrbios” (FERREIRA, 2017: 70).

A participação de Juliano Moreira no Congresso de 1908 e a própria polêmica tratada aqui envolvendo Gustavo Riedel e Moncorvo Filho demonstram a conexão entre essa assistência pública e privada no Rio de Janeiro e a assistência psiquiátrica nas décadas de 1910 e 1920, questão que, ao nossos ver, carece de investigações mais aprofundadas.

Com a transferência da Policlínica dos Subúrbios para a sede do recém-criado ARC, houve um esforço de combinar o modelo policlínico e a profilaxia mental. Essa combinação, que ocorreu apenas na instituição de Engenho de Dentro, contribuiu para a formulação de um conceito de higiene mental baseado na medicina geral, colocando essa organização como uma entrada para o processo de construção de uma higiene mental propriamente dita. Até seu fechamento, o ARC e a Policlínica dos Subúrbios eram, na realidade, uma coisa só. A policlínica não só tinha sua sede nesse ambulatório como

ocupava praticamente todo o seu espaço. Assim, o ambulatório se apresentava, ao mesmo tempo, como uma instituição de caridade (Policlínica dos Subúrbios) e um órgão e patrimônio da Assistência a Alienados. O ARC representava, a rigor, a seção de profilaxia das doenças mentais e nervosas; um esforço de implementação da higiene mental. Como veremos nas páginas a seguir, sua organização e conceito de higiene mental particulares exigiram, por parte do seu criador e dos médicos que ali trabalhavam, um importante deslocamento conceitual. Diante do exposto, é notável que médicos que atuaram nesse estabelecimento, sobretudo aqueles filiados à LBHM, tenham se preocupado em esclarecer o hibridismo do ARC. Esse foi o caso, por exemplo, dos médicos Alberto Farani, Alfredo Neves e Plínio Olinto, além do alienista efetivo da colônia, Ernani Lopes.

Segundo o médico cirurgião Alberto Farani, para quem não estivesse a par da concepção do ARC, ele seria “tão somente uma policlínica, que atende à população pobre dos subúrbios”. Porém, procurando situá-la dentro da lógica da instituição, esse cirurgião defendia que a aspiração de Riedel era, de fato, a profilaxia mental:

Para conseguir a profilaxia das doenças mentais era mister procurar os casos latentes, frustos. Estes não viriam espontaneamente à consulta de profilaxia mental. É preciso despistá-los. Onde? Evidentemente em centros consultórios, como o Ambulatório Rivadávia. Qualquer anormalidade aí notada era assinalada no higienista mental que, com seus conselhos e remédios, impedia surto mais evidente do mal, evitava a evolução provável para a psicopatia.<sup>365</sup>

Assim, para o cirurgião, os consulentes do ambulatório da colônia eram indivíduos “despistados”, afinal se buscava ali, efetivamente, identificar os casos de psicoses incipientes. A estratégia de seleção de não poucos psicopatas e nervosos inconfessos aparecia também nos discursos feitos por Plínio Olinto, chefe desse ambulatório. No trabalho “Ensaio de profilaxia mental no Rio de Janeiro”, lido no 2º Congresso Brasileiro de Higiene e referido nos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Plínio Olinto apontou a tríplice finalidade cumprida pelo Instituto de Engenho de Dentro: “realizar a prevenção das doenças mentais, pelos métodos mais modernos, pôr em prática paralelamente os mais úteis objetivos eugenéticos, e, como pretexto, prestar ótima assistência médica a grande parte da população pobre dos subúrbios”:

O referido Instituto dispõe de consultórios para todas as especialidades médico-cirúrgicas. Essa organização policlínica, atraindo indistintamente os consulentes, permite a triagem de não poucos nervosos e psicopatas inconfessos, dentre os frequentadores dos vários serviços.

---

<sup>365</sup> FARANI, Alberto. Homenagens à memória de Gustavo Riedel. Discurso do Dr. Farani. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano VII, n. 2, abr.-jun. 1934, p. 139.

(...)

Logo que é reconhecida a perturbação do sistema nervoso, é o doente encaminhado para o especialista no Consultório Central de Doenças Nervosas e Mentais.<sup>366</sup>

Por sua vez, Ernani Lopes, em um discurso em homenagem a Gustavo Riedel, por ocasião do 14º aniversário de fundação da Colônia de Mulheres Alienadas no Engenho de Dentro, além de elogiar a organização policlínica do ARC, defendia a vantagem de se desenvolver um “serviço social” nesse ambulatório, e esclarecia que, com esse termo, não estaria se referindo aos casos comuns de psiquiatria, destinados à profilaxia mental, mas antes a casos em que caberia uma profilaxia social. Lopes via nessa organização do ambulatório uma oportunidade para se criar um serviço social não especializado em psiquiatria. Ele mencionava algo comum nos discursos de outros médicos: a vantagem de não ter que lidar com o medo que os indivíduos tinham do manicômio:

Relembrei, aliás, aqui, que em várias ocasiões, tenho tido ensejo de aplaudir essa organização pluriclínica do Ambulatório Rivadávia Corrêa, mercê da qual é possível não só o encontro dos psicopatas que se ignoram, e vão consultar por outras doenças, como dos psicopatas convictos, mas que por isso mesmo relutariam em procurar um estabelecimento onde só trabalhassem alienistas (frenocomiofobia). Como quer que seja, entretanto, o fato é que não se deveria abandonar a oportunidade que esta massa considerável de doentes de várias especialidades nos oferece para desenvolver um serviço social na altura dos outros serviços que funcionam neste Instituto.<sup>367</sup>

Ao comparar o quantitativo total de consultas (112.000) e o número de pacientes enviados para o consultório central de neuropsiquiatria (112) ao longo do ano de 1924, isto é, 1% (um por mil), Lopes observava que, “além de um serviço de clínica e de profilaxia mental”, esse seria “um serviço de clínicas não mentais de alta importância”.<sup>368</sup> O médico alienista entendia que diversos tipos de desadaptados que mereceriam a atenção de um serviço social não estariam sendo apanhados em meio a esse grande movimento de pacientes.

Ernani Lopes se mostrava preocupado, especialmente, com os problemas médico-sociais relativos às doenças profissionais. Nesse sentido, pretendia, por meio da ação dos assistentes sociais, conectar o médico e a ambiência do doente. Segundo ele, há mais de

---

<sup>366</sup> OLINTO, Plínio. Ensaio de profilaxia mental no Rio de Janeiro. A contribuição da higiene mental no 2º Congresso Brasileiro de Higiene. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*. Rio de Janeiro, ano I, n. 1, jan.-jun. 1925, p. 197.

<sup>367</sup> 14º ANIVERSÁRIO da Colônia de Alienadas. Homenagens ao Dr. Gustavo Riedel, *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano I, n. 2, 1925, pp. 113-120.

<sup>368</sup> COLÔNIA de Mulheres Alienadas do Engenho de Dentro. A comemoração ao seu 14º aniversário – O importante discurso do Dr. Ernani Lopes. *Jornal do Brasil*, ano XXXV, n. 166, 12 de julho de 1925, p. 12.



vinte anos o Dr. Cabot, médico de um bem aparelhado ambulatório de Boston, havia chegado à conclusão de que a precariedade da ação do clínico do ambulatório residia “no fato de estarem as prescrições médicas acima das possibilidades dos doentes”. Para corrigir esse problema, na opinião de Lopes, era necessário um mútuo auxílio, devendo a assistência social estar informada acerca das instituições de assistência pública e privada existentes em cada cidade ou estado, bem como das vagas disponíveis em cada momento nas mesmas para os mais variados tipos de desadaptados. O serviço social era essa modalidade nova de assistência aos pobres, “que, na frase expressiva duma médica francesa, contemporânea, a Dra. K. Japy, realiza a ‘taylorização’<sup>369</sup> da caridade”, e constitui sem dúvida o ‘terreno comum da medicina e da sociologia’, na sua exemplificação mais típica”. Antes de terminar, Ernani Lopes destacava que, a despeito de estar exaltando a relevância do serviço social na parte aparentemente não ligada à medicina mental pura, era, contudo, enquanto especialista que tais considerações lhe ocorreriam. Ressaltava ainda que, de acordo com a Seção de Serviços Sociais da LBHM, tais serviços não se resumiam aos abertos de profilaxia mental e que, além disso, o pauperismo era compreendido como uma das causas da loucura.<sup>370</sup>

Em outro texto escrito também no ano de 1925, Lopes tratava da organização pluriclínica do ambulatório. Segundo ele, o segredo do sucesso do serviço profilático de Engenho de Dentro se devia em parte ao fato dessa organização não suscitar desconfiança. “É um ambulatório onde se tratam doenças gerais, o público não tem motivos para evitá-lo, como possivelmente aconteceria até certo ponto, se tivesse um olhar estritamente alienístico”. Ele considerava que uma possível perda na especialidade psiquiátrica seria compensada por um ganho real de eficiência, obtido por meio do grande afluxo de pacientes; “e é assim que tudo o que *prima facie* perde o dito serviço na especialidade funcional, ganha com louvor na sua eficiência real”.<sup>371</sup>

O médico apontava ainda que, como seria fácil imaginar, “o funcionamento do Instituto de Profilaxia Mental em estreita ligação com a Colônia de Alienadas resulta em vantagens bilaterais para ambas as instituições”.<sup>372</sup> Nesse sentido, o médico citava a

---

<sup>369</sup> Surgido do movimento sistemático de gestão nos EUA na década de 1880-1890, o taylorismo é uma teoria de administração de pessoas baseada na produção em massa e na padronização das tarefas. Ver LITTLER, 1978.

<sup>370</sup> COLÔNIA de Mulheres Alienadas..., 1925, p. 12.

<sup>371</sup> LOPES, Ernani. Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil, 1925, p. 167 (tradução nossa).

<sup>372</sup> LOPES, Ernani. Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil, 1925, p. 170 (tradução nossa).

redução com gastos de pessoal e os resultados obtidos com a educação do público sobre as questões “alienísticas”:

Em primeiro lugar, há uma notável redução nos gastos com pessoal, devido à unidade administrativa dos dois estabelecimentos.

Em segundo lugar, são extraordinários os resultados obtidos do ponto de vista da educação do público sobre as questões “alienísticas”, devido à interpenetração do Ambulatório Rivadávia Corrêa e da Colônia. Em outras palavras, observando *de visu*, a maneira gentil com que as mulheres alienadas são tratadas, pelas pacientes crônicas geralmente tranquilas e semitranquilas, cada visitante se vai convencendo por si mesmo que a loucura não é a *terribilis Dea* que um preconceito de séculos gosta de imaginar ainda no presente.<sup>373</sup>

No editorial dos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* de meados de 1934, intitulado “Gustavo Riedel, o grande realizador”, era apontada a maneira indireta, “e por isso mesmo mais eficiente”, de se realizar a profilaxia das doenças mentais no ARC. Devido à sua natureza policlínica, esse estabelecimento não teria “que enfrentar os indefectíveis tabus antimentais”, apresentando em decorrência disso um importante afluxo de doentes:

Fundara, pois, Riedel, o magnífico Ambulatório Rivadávia Corrêa, célula-mater do Instituto de Profilaxia Mental, cujos trabalhos desse modo se iniciavam sob os melhores signos, uma vez que, pela sua natureza de policlínico, servido por um corpo médico de alta competência, não tinha o novo estabelecimento que enfrentar os indefectíveis tabus antimentais.

E só assim ocorreu esse fato, inédito na história da psiquiatria, de se inaugurar um serviço de profilaxia da loucura com todas as seções transbordando de clientes, isto é, ao pé da letra: de candidatos ao extravio da razão.<sup>374</sup>

Em 1921, na memória “*The Dysgenisant Factors of the Brazilian ‘Habitat’ in Synthesis*”, apresentada no 2º Congresso Internacional de Eugenia, em Nova York, Gustavo Riedel salientou que Ernani Lopes, na qualidade de estudioso da psiquiatria, avaliava que não existia “um caminho mais propício ao objetivo de combater as causas das psicoses do que o marcado pela Policlínica Rivadávia, mostrando a maior eficácia na resolução dessas questões árduas de higiene social por processos indiretos”.<sup>375</sup> Como apontamos no início deste capítulo, este texto foi um divisor de águas na produção teórica de Gustavo Riedel.

---

<sup>373</sup> LOPES, Ernani. Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil, 1925, p. 170 (tradução nossa).

<sup>374</sup> GUSTAVO RIEDEL, o grande realizador (editorial), 1934, pp. 87-90.

<sup>375</sup> RIEDEL, Gustavo. The Dysgenisant Factors of the Brazilian “Habitat” in Synthesis, 1921b.

O diretor da colônia enfatizou na cerimônia de inauguração do ARC e em várias outras oportunidades que a Policlínica dos Subúrbios facilitaria a profilaxia das doenças mentais e nervosas. Segundo Riedel, a missão biológica do ARC “nada mais é que hominicultura e pesará por certo na balança da civilização”.<sup>376</sup> A historiadora Nancy Stepan aponta que a palavra “hominicultura” é de autoria do médico francês Landouzy, que a utilizou “para referir-se à batalha contra os três venenos do álcool, da sífilis e da tuberculose” (STEPAN, 2005: 110, n. 42). Tratando da forma particular com que se desenvolveu a eugenia latino-americana, Stepan ainda esclarece que a palavra “homicultura” – que teve origem na palavra “hominicultura” – foi introduzida no debate médico latino-americano em 1911 por Eusébio Hernández e Domingo F. Ramos, dois médicos cubanos, “como forma de conceituar o novo entendimento médico do papel da hereditariedade na sociedade humana” (STEPAN, 2005: 85). Ainda de acordo com a autora, esses médicos “propuseram a palavra ‘homicultura’ como substituta para puericultura” por assumir um significado mais amplo, “uma vez que aquela se referia ao cultivo científico de todo o indivíduo, desde antes do nascimento até a idade adulta, e não apenas da criança”. Apesar de ter encontrado poucos adeptos na América Latina, os termos cunhados por Hernández e Ramos “tornavam claro que a homicultura compreendia todos os problemas de hereditariedade que cercavam a reprodução humana”:

Esquemáticamente, a homicultura dividia-se em várias partes: “patrimatricula” (a cultura dos pais), “matrifeticultura” (o cuidado da mãe grávida e do feto juntos), a própria puericultura, a “progonocultura” (cuidado das gônadas) e a “pós-genitocultura” (cuidado do indivíduo após o nascimento) (STEPAN, 2005: 87).

Stepan assinala que “a homicultura representou um estágio no percurso entre a puericultura do final do século XIX e a eugenia neolamarckiana do início do século XX, mais radical e inovadora, e refletiu o crescente hereditarianismo do pensamento médico neste período” (STEPAN, 2005: 87). Segundo ela, “da homicultura emergiria a nova eugenia” (STEPAN, 2005: 85), que para Riedel seria, na verdade, uma eugenética. O conceito de eugenética era utilizado pelo diretor da colônia, sobretudo, para explicar o papel da organização pluriclínica do ambulatório da colônia no combate aos fatores disgenizantes da raça. Ou seja, indo além de uma profilaxia mental (realização da

---

<sup>376</sup> ASSISTÊNCIA a Alienados, 1920, p. 19.

profilaxia das doenças mentais e nervosas), o trabalho do ARC possibilitaria o aprimoramento racial (hereditário).

Assim, na ocasião do lançamento da pedra fundamental do ARC, buscando esclarecer o papel desse estabelecimento destinado à profilaxia das doenças mentais e nervosas, Riedel apontou o seguinte:

Agora que, em todos os Estados civilizados, se trata de apurar a melhor das raças sob os preceitos rigorosos da eugênica, é mister que voltemos as vistas para a frequência dos casos de alienação mental e para os prejuízos daí decorrentes, roubando à sociedade indivíduos válidos, transformados em peso inútil, mais nocivos que os mortos.<sup>377</sup>

Os chamados insanos seriam caracterizados dessa forma em praticamente todos os discursos e textos posteriores de Riedel e também de Lopes. A eugênica foi também conceituada e justificada por parte de médicos da instituição de Engenho de Dentro. Em 1919, Adolpho Possolo, médico cirurgião do ARC, apontou que a profilaxia do programa de Gustavo Riedel, “consubstanciando quase todas as modalidades profiláticas, resolve grande parte da desejada eugênica, em que se empenham todos os povos cultos da nossa época”. Segundo Possolo, “combatendo as causas propriamente médico-sociais da loucura, tal profilaxia previne a generalidade dos elementos chocantes das harmonias da vida e enfraquecedores das forças sociais pelo abastardamento do indivíduo”. Ainda segundo esse médico, a profilaxia, por si mesma, consertava o presente e preparava o futuro representado pela criança, como expresso no verso “*maxima debetur puero reverentia* [deve-se à criança o máximo respeito]”.<sup>378</sup>

Em 1925, afirmando que, na neurologia, o caso crônico seria, mais do que em qualquer outra especialidade, uma decepção para o terapeuta bem como um peso morto para o Estado, Ernani Lopes assinalava que somente a eugênica, como admitido por vários autores, teria a glória de extinguir totalmente a alienação mental da superfície do mundo. Enquanto isso não acontecia, em todos os lugares, segundo ele, eram organizadas campanhas de higiene mental:

Portanto, todos devemos trabalhar por conquistas eugênicas, em uma procriação cada vez mais saudável. Mas como, na prática, esse ideal parece muito distante, a campanha pela higiene mental é organizada em todos os lugares, da qual, como todos sabem, a Liga de Higiene Mental dos Estados Unidos tornou-se a líder unanimemente aceita na comunhão internacional, de especialistas.<sup>379</sup>

---

<sup>377</sup> COLÔNIA de Alienados – Profilaxia..., 1919, p. 4.

<sup>378</sup> VIDA SOCIAL. Almoços, 1919, p. 5.

<sup>379</sup> LOPES, Ernani. Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil, 1925, p. 165 (tradução nossa).

Em 1933, no artigo “A alta tardia dos heredopsicopatas por motivo de ordem eugênica”, portanto oito anos depois da fala acima, o médico já levantava claramente a bandeira da esterilização de egressos (ex-alienados) e degenerados. Cumpre destacar ainda que, comparando os estatutos da Liga Brasileira de Higiene Mental de 1923 e 1935, é possível perceber que a palavra eugenia foi substituída no estatuto de 1935 pela noção de higiene mental e eugenética, representando um prolongamento ainda maior da psiquiatria em direção à sociedade. No estatuto de 1935, no Artigo 2, sobre os fins da liga, era incluído o seguinte: “d) realização de um programa de Higiene Mental e de Eugénica no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social”.<sup>380</sup>

Nessa perspectiva da hominicultura ou da eugenética, foi lançado, em 1920, um folheto com conselhos aos consulentes do ARC. Nele, eram dados conselhos práticos visando à saúde de bebês, crianças, adolescentes e adultos, e focalizavam-se diversos temas relacionados à higiene materna e infantil, ao papel da prática dos desportos na adolescência e ao combate ao alcoolismo, à tuberculose, à blenorragia e, sobretudo, à sífilis. Com o seguinte conselho se iniciava o folheto do ARC:

A profilaxia das doenças nervosas e mentais visa combater os fatores disgênicos — álcool, sífilis, tuberculose etc., isto é, fazer a campanha eugênica das causas de degeneração. É preciso opor barreira à inundação de insanos, é mister atender à frequência dos casos de alienação mental e para os prejuízos dali decorrentes, roubando à sociedade indivíduos válidos, transformados em peso inútil, mais nocivos que os mortos.<sup>381</sup>

Sobre o papel da higiene geral no ARC, era apontado que “todas as moléstias da nutrição, perturbando também a nutrição do cérebro, podem dar lugar a acidentes mentais”. Estariam nestas condições, por exemplo, as diversas afecções orgânicas, as afecções cardíacas ou pulmonares, as doenças intestinais etc., que encontravam tratamento nos serviços desse ambulatório.<sup>382</sup>

O referido folheto contém nove imagens, sendo possível separá-las em dois tipos: de doentes (um cliché de Weygandt e Roubinovitch de um idiota profundo, uma fotografia de uma criança do sexo feminino com paralisia e duas gravuras de homens, um louco e o outro idiota) e de ossos, tecidos e órgãos afetados por três doenças: tuberculose, alcoolismo e sífilis (tuberculose na coluna vertebral, as meníngeas e o cérebro do

---

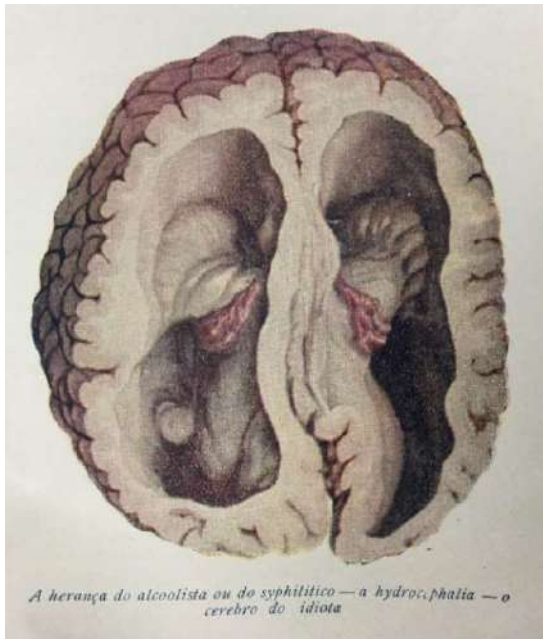
<sup>380</sup> LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL. *Estatutos*. Rio de Janeiro: Tipogr. do Jornal do Commercio, 1923; LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL. *Estatutos*. Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas Almanak Laemmert, 1935.

<sup>381</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 8.

<sup>382</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 26.

alcoolista, a herança do alcoolista ou do sífilítico – a hidrocefalia – o cérebro do idiota). Há ainda uma gravura de um hemisfério cerebral normal e outra do gérmen da sífilis (espiroqueta) em vista microscópica. Por meio do uso do microscópio, buscava-se provar a existência desse gérmen, impossível de se ver a olho nu. Como mostram Lorraine Daston e Peter Galison (2007), a objetividade tem uma história que se entrelaça com a questão da retórica visual.<sup>383</sup> Em síntese, ao lançar mão de tais imagens, os médicos desejavam validar o conhecimento e, em especial, as doenças psiquiátricas hereditárias ou degenerativas, além de legitimar seu pertencimento ao domínio da higiene (geral, sexual, infantil e das doenças mentais e nervosas). Lopes, versando sobre difusão de noções de higiene mental e eugénica pelas monitoras de higiene mental, apontava que “sempre que não se trate de analfabetos, tal propaganda deve ser exercida pela distribuição de folhetos contendo conselhos práticos e gravuras expressivas dos mais frisantes efeitos da degeneração”.<sup>384</sup>

Figura XVIII – A herança do alcoolista ou do sífilítico – a hidrocefalia – o cérebro do idiota (imagem do Folheto do ARC)



Fonte: *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 37.

<sup>383</sup> Sobre o uso das fotografias relacionado à psiquiatria, ver CAPELA, 2021.

<sup>384</sup> LOPES, Ernani. Os meios de ação na campanha pela higiene mental, *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano 1, n. 2, 1925a, p. 157.

Figura XIX – A herança do sífilítico ou do alcoolista – O idiota (imagem do Folheto do ARC)



Fonte: *Ambulatório Rivadavia Corrêa*, 1920c, p. 42.

A profilaxia da alienação mental deveria ser realizada, especialmente, por meio do tratamento das intoxicações e das infecções. Neste ponto, era dado um grande destaque ao tema do alcoolismo e da sífilis. Sobre o álcool, apontava-se que a sua ação nefasta sobre o sistema nervoso era responsável por mais de 70% das internações nos hospitais de alienados; o uso dessa substância também afetaria diretamente as estatísticas de criminalidade (50% dos crimes seriam cometidos por bebedores) e de mortalidade, ocasionando assim uma grande perda de parte da força útil da coletividade. Ainda segundo o folheto, “a clínica e a experimentação nas mãos de Niclonx provaram a existência do alcoolismo infantil hereditário”, cuja gravidade social tinha relações com a criminalidade infantil e juvenil, vícios de conformação e uma série de doenças mentais:

Os descendentes de alcoólicos são todos epiléticos, coreicos ou histéricos, imbecis ou idiotas com lesões ou deformações cerebrais. Como corolário de todas essas manifestações mentais heredo-alcoólicas, a criminalidade infantil e juvenil é um fato nas famílias dos bebedores.

Uma mãe alcoólica não deve nutrir seu filho.

A embriaguez no momento da concepção determina o nascimento de crianças com os estigmas da degeneração.<sup>385</sup>

<sup>385</sup> *Ambulatório Rivadavia Corrêa*, 1920c, pp. 27, 29.

Stepan enfatiza que a orientação neolamarckiana da eugenia era evidente na adesão dos médicos latino-americanos à teoria da “blastoftória” de Auguste Forel,<sup>386</sup> a qual foi utilizada para explicar como o álcool, as doenças venéreas e a tuberculose poderiam ocasionar uma decadência hereditária real. De acordo com a autora, “trava-se de um conceito que bem se ajustava à fusão com a linguagem do mendelismo, preservando, concomitantemente, um lugar na hereditariedade para a ação social e moral” (STEPAN, 2005: 91). Ainda segundo a autora, seguindo a liderança de Adolphe Pinard (1844-1934), os obstetras franceses “viam as mães e as crianças como uma espécie de economia política reprodutiva coletiva cuja saúde era vital para a nação” (STEPAN, 2005: 85). Esse médico francês ressaltava, em especial, “a importância do momento da concepção, quando fatores do ambiente dos pais poderiam, acreditava-se, constituir particular ameaça a saúde da prole”:

Fadiga, “venenos” como nicotina e álcool e uma dieta deficiente tinham efeitos negativos sobre a condição dos materiais germinais, argumentava ele, pondo em risco a saúde da própria mãe, no parto, tanto quanto a da criança.

A puericultura colocava a unidade mãe-filho como o ponto especial da atenção médica, e fazia da obstetrícia, da ginecologia e da pediatria as principais especialidades da medicina. As crianças, especialmente, eram vistas como recursos biológicos-políticos da nação, e considerava-se que o Estado tinha a obrigação de regular a saúde delas. Como a puericultura estava arraigada na visão profundamente tradicional do papel da mulher na família e na reprodução, os puericultores concentravam-se na necessidade de manter as mulheres na reprodução, criando saudavelmente seus filhos segundo modernos princípios médicos para o bem do país (STEPAN, 2005: 86).

A partir desse folheto e, também, da análise dos movimentos do ARC, fica claro que nesse ambulatório não apenas a eugenia como também a higiene mental estava associada à obstetrícia e à proteção à infância. A par com as ideias neolamarckistas, sublinhava-se ainda que “a transmissão da degeneração é tão positiva como o é a dos traços fisionômicos”. Mesmo a prática de exercícios, atravessando gerações, era apontada como algo que modificaria o cérebro:<sup>387</sup>

---

<sup>386</sup> “No início do século XX, a blastoftória passara a referir-se a uma lesão do plasma germinativo ou, como destacou um estudante de eugenia e matrimônio, uma ‘superação da normalidade hereditária, de modo que as doenças, as toxinas e certos males poderiam alterar os determinantes hereditários, provocando deficiências na prole’. A blastoftória era frequentemente diferenciada da hereditariedade normal (mendeliana), cuja ação era vista como limitada à conservação dos traços ancestrais. Acreditava-se que fatores blastoftóricos externos ao plasma germinativo efetivamente alterariam os traços hereditários, marcando os descendentes com seu novo caráter” (STEPAN, 2005: 91).

<sup>387</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 9.



Quando pela prática dos desportos três ou mais gerações tiverem adquirido e transmitido sua visão acrescida, sua rapidez de provisão, sua faculdade de percorrer mais espaço em menos tempo, de calcular simultaneamente mais dificuldades e obstáculos, fixando sempre diretrizes de seu movimento, esta velocidade e esta simultaneidade *ativas* terão modificado o sistema nervoso, no seu verdadeiro sentido, e, portanto, o cérebro.<sup>388</sup>

A prática dos desportos na adolescência era aconselhada a fim de se evitar “as deformações somáticas e a precocidade sexual, assegurando a atividade mental”. Além disso, apontava-se que “a educação desportiva contribui para a formação do caráter e a preparação da virtude moral, contrabalançando o enervamento da mocidade estudiosa”.<sup>389</sup>

Como observou Vanderlei Sebastião de Souza, muitos eugenistas brasileiros admitiam “que o incentivo à prática da educação física seria um mecanismo fundamental para auxiliar no processo de aperfeiçoamento da hereditariamente nacional” (SOUZA, 2008: 158). Nesta perspectiva, a educação física também era pensada pelos eugenistas em termos neolamarckistas, possibilitando que “interpretassem a saúde e o ‘vigor físico’ como elementos passíveis de transmissão hereditária”. O autor aponta ainda que, para o educador Fernando de Azevedo, a eugenia deveria atuar, primordialmente, “na ‘reforma plástica’ e integral da beleza física feminina, impedindo que ‘criaturinhas doentias’ e ‘franzinas’ continuassem ‘proliferando gerações de indivíduos fracos e degenerados’”. Nas palavras de Souza, em uma sociedade tradicionalmente patriarcal como a brasileira, “os eugenistas entendiam que o ‘futuro da raça’ dependia, acima de tudo, da constituição física e biológica da mulher” (SOUZA, 2008: 159).

Figura XX – A herança do degenerado (imagem do Folheto do ARC)



Fonte: *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 25.

<sup>388</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, pp. 23-24.

<sup>389</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 23.

Sobre a sífilis, apontava-se no folheto do ambulatório da colônia que se tratava de “uma doença microbiana e contagiosa que passa de uma pessoa à outra por um simples contato direto ou através de um objeto contaminado, podendo também se transmitir por herança de pais a filhos e de avós a netos”.<sup>390</sup> Ou seja, além da transmissão congênita, através da qual a mãe infectada transmitia a doença ao feto durante a gravidez, defendia-se a ideia de uma transmissão hereditária do pai aos filhos e dos avós aos netos. Com efeito, segundo Sérgio Carrara, alguns sifilógrafos, apoiando-se nas ideias do francês Alfred Fournier,<sup>391</sup> “disseminaram a ideia de que as consequências da sífilis podiam se fazer sentir até a quarta ou mesmo até a sétima geração” (CARRARA, 1996: 64).

Nesse folheto educativo do ambulatório, argumentava-se também que, caso não fosse tratada, “entregue aos azares do futuro”, a referida doença irromperia mais tarde “sob aspectos mais graves, as manifestações tardias da sífilis não tratada – a *tabes dorsalis*, a paralisia geral, os aneurismas etc.”.<sup>392</sup> Apontava-se que, depois da pele, o sistema nervoso era o que mais sofria com essa doença, conforme mostrado pelos estudos estatísticos realizados por Fournier. Além desses perigos individuais, eram lembrados os efeitos hereditários da “sífilis desprezada”.<sup>393</sup> “*A sífilis dos pais transmite-se aos filhos quase sempre os matando ou deformando*”.<sup>394</sup>

“Fetos macerados ou disformes, monstros extravagantes ou hediondos, crianças inacabadas com lábio leporino, imperfuração dos órgãos genito-urinários, coração incompleto, hidrocefalos, raquíticos, paralíticos gerais, adolescentes caquéticos, débeis ou mal conformados.” Tal é a influência desastrosa da sífilis hereditária.<sup>395</sup>

Sérgio Carrara defende que toda a configuração da degeneração foi, de certo modo, atualizada pelos sifilógrafos, tendo havido “uma tradução de uma teoria médica mais antiga para uma outra, que se impunha então poderosamente” (CARRARA, 1996:

---

<sup>390</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 32.

<sup>391</sup> Jean Alfred Fournier (1832-1914) foi um dermatologista francês que se especializou no estudo de doenças venéreas. Fournier foi “professor de dermatologia da Universidade de Paris e diretor do famoso hospital internacional venéreo no Hospital de St. Louis, escreveu extensivamente sobre os aspectos clínicos e sociais deste assunto. Fournier introduziu o conceito de ‘parasífilis’ (*tabes dorsalis* e paresia geral) e foi o primeiro a apontar a relação da sífilis com esses distúrbios. Ele também enfatizou a importância da doença sífilítica congênita e escreveu sobre seus aspectos sociais (*Sífilis e Casamento*, 1890). Em 1901, ele formou a Sociedade para a Moral e Profilaxia Sanitária, que realizou um programa educacional para controlar doenças venéreas na França” (HAAS, 1998: 373).

<sup>392</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 33.

<sup>393</sup> *Idem*.

<sup>394</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 39.

<sup>395</sup> *Idem*.

70). Segundo o autor, em finais do século XIX, a problemática da sífilis cortou transversalmente a já então robusta e complexa discussão oitocentista relativa à hereditariedade mórbida ou degeneração, traduzindo-a para uma nova linguagem:

A linguagem da bacteriologia, com seus micro-organismos, seus corantes, seus microscópios e seus testes. Duplo movimento que, de um lado, fez com que a discussão sobre a hereditariedade mórbida e, portanto, sobre o melhoramento racial participasse da modernidade pasteuriana e, de outro, com que se multiplicassem infinitamente os perigos da sífilis. O grande operador dessa tradução parece ter sido Alfred Fournier. E podemos muito bem acompanhar seu trabalho através do famoso e influente livro *Syphilis et marriage*, publicado em 1880. As ideias aí expostas serão acatadas e reproduzidas incessantemente pelos sífilógrafos brasileiros durante o período coberto por esta pesquisa [da passagem do século aos anos de 1940] (CARRARA, 1996: 61).

No folheto do ambulatório de Engenho de Dentro, observa-se uma tentativa de desconstruir a ideia da sífilis como uma doença vergonhosa. Afirmava-se, neste sentido, que tal ideia não seria apenas errônea, mas perigosa, porque levava, muitas vezes, o doente a ocultar a sua doença. Criticava-se o hábito de se procurar, ao se notar o aparecimento de lesão (cancro duro), ao invés do médico, o boticário, o qual, se fosse um “charlatão ignorante e inconsciente”, prescreveria “qualquer pedra infernal ou solução secativa” que apenas tornaria a sífilis latente. Assim, aconselhava-se firmemente à população procurar imediatamente um médico em caso de suspeita de cancro duro, afinal o tratamento precoce seria condição essencial para a cura dessa doença:<sup>396</sup>

Uma noção errônea e perigosa que atualmente persiste, ainda assim, explanada em muitos dos nossos dicionários, é a de considerar-se a sífilis uma doença vergonhosa, consequência da libertinagem e da devassidão. Essa noção é errônea porque atribui a relações venéreas inconfessáveis a origem da doença, quando se sabe que a infecção sífilítica pode transmitir-se da maneira mais honesta e pura, no seio da família, no meio doméstico, nas barbearias, nos hotéis etc., pelo uso inconsciente de um objeto contaminado, um copo, um talher, uma navalha, um pente que tenham sido utilizados por um sífilítico com lesões específicas contagiantes; são tantos os casos de sífilis assim adquirida que se não deve absolutamente julgar vergonhosa uma doença tão inocentemente transmissível.<sup>397</sup>

Buscava-se, assim, afastar o caráter sexual e a noção da sífilis como uma doença de libertinos e prostitutas. Porém, ao fim e ao cabo, falava-se em sífilis dos inocentes (imerecida) e adquirida no ato sexual, ou seja, no fundo, ela continuava ligada a uma

---

<sup>396</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, pp. 33, 35.

<sup>397</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 32.

conduta imoral. Esse discurso da sífilis como uma doença não vergonhosa visava antes atrair os doentes, convencê-los da necessidade de se procurar os médicos em casos de lesões. Além do tratamento medicamentoso, baseado no mercúrio, iodo e arsênico (606 e 914), o sífilítico deveria seguir algumas regras de higiene, que incluíam a abstenção de bebidas alcoólicas e orgias venéreas:

Além do tratamento medicamentoso, deve o sífilítico seguir religiosamente em sua vida as regras gerais de higiene, primando principalmente na abstenção das bebidas alcoólicas, e das orgias venéreas, evitando as comoções fortes repetidas, não praticando com exagero qualquer trabalho físico ou cerebral, e dando ao seu corpo e ao seu espírito o repouso conveniente e necessário; assim se podem evitar grande número de manifestações graves, nomeadamente as do sistema nervoso.<sup>398</sup>

Essa intervenção médico-social capciosa apresentada no folheto educativo do ARC foi observada por Carrara em seu estudo sobre a luta contra a sífilis no Brasil. O autor aponta que o tema da invisibilidade do mal, da doença e dos doentes, abundantemente explorado pelo discurso e pela iconografia relativos à luta antivenérea no Brasil e no mundo, fez também com que, durante certos momentos, a política em relação a essa enfermidade tenha sido “insidiosa” e “sorradeira”,

(...) buscando técnicas de intervenção mais amenas e cooptantes. Para muitos, como se verá, importava, antes de mais nada, não afugentar os doentes, que, através da educação e da persuasão, deveriam, de certo modo, implicarem-se na luta, perseverando no tratamento e evitando novas contaminações. Nesse sentido, muitos médicos duvidavam da eficácia de medidas como a notificação obrigatória da doença e o isolamento e tratamento compulsório dos doentes. (...) Importa localizá-los, identificá-los e neutralizá-los ou esterilizá-los. A intervenção médico-social deveria ser constante, mas invisível. Qualquer suspeita de estigmatização ou de arbítrio podia ser catastrófica, fazendo com que a doença escapasse ainda mais integralmente das mãos daqueles que se julgavam os únicos a possuírem os meios técnicos para erradicá-la (CARRARA, 1996: 48-49).

Como consequências sociais da sífilis, apontava-se, no material de divulgação do ARC, tal como no caso do alcoolismo e outras doenças, a perda da capacidade de trabalho do homem. Além disso, ela afetaria a família pela dissolução do casamento e, materialmente, pela incapacidade ou morte de seu chefe. Já em relação ao trabalho, observava-se que o Brasil era um novo e vasto país de largas terras despovoadas, “onde a carência do homem mais ascende o seu valor como elemento produtor do trabalho”.<sup>399</sup>

---

<sup>398</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 46.

<sup>399</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 40.

A sífilis, além de incapacitar e diminuir os dias de vida de homens e mulheres infectadas, projetava sobre a sua descendência as mesmas consequências de sua ação maléfica. O Brasil precisava, pois, “de homens, mas de homens sadios, válidos, capazes”:

Se se considerar o homem, economicamente falando, como máquina destinada a produzir certa quantidade de trabalho, qualquer causa que restrinja ou aniquile a sua energia vital, terá forçosamente como consequência um menor ou maior déficit nas forças produtoras e econômicas do país. Ainda mais, é preciso que se pense que se esse homem ou essa máquina destrói-se pelo aniquilamento completo, pela morte, a perda é apenas do capital, mas se ele continua vivo, porém enfermo, incapaz de produzir trabalho, vivendo à custa de sua família ou do Estado em um hospital ou asilo, além da perda do capital gasto se tem uma máquina parada que será uma fonte de despesas para que contribuirão as outras máquinas em atividade, os outros homens válidos.<sup>400</sup>

Segundo o folheto, aos médicos competia “indicar o legítimo caminho a seguir fixando as bases indispensáveis à melhoria da descendência”. Nesse contexto, a política de controle da natalidade pregada pela teoria malthusiana era colocada em oposição à doutrina eugênica. Na verdade, entendia-se que a eugenia, através de uma regeneração biológica fundada na procriação consciente e responsável e na formação de criaturas fortes e sadias, desmentiria os prognósticos de Thomas Malthus sobre o inevitável crescimento da população mundial:<sup>401</sup>

A desorganização mental de inúmera gente, que se torna hóspede de hospícios e institutos em que se tratam os desviados do espírito, poderá ser restringida e talvez evitada. Basta lembrar que a regeneração biológica está no preparo ou formação de criaturas vigorosas e sadias, na procriação consciente e responsável. Malthusismo que faz a apologia da restrição da natalidade caiu para a seu lado levantar-se a doutrina da Eugenia, cujo fim é evitar o nascimento de anormais.<sup>402</sup>

Para alcançar este objetivo o indivíduo devia, antes de se casar, “verificar se está em condições orgânicas que o habilitem ou inibam para o casamento”; para isso, era *sine qua non* procurar um médico, pois só a ele “pertence o nobre dever social de favorecer a procriação ou limitá-la nos casos especiais com meios honestos e inócuos; devem os cônjuges consultá-lo sobre todos os problemas que se referem à higiene sexual”.<sup>403</sup> Buscava-se, assim, construir uma política de higiene sexual centrada na figura do médico, ao qual competiria cuidar dos meios de melhorar a raça humana. O sífilítico, no caso, não

---

<sup>400</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 41.

<sup>401</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 8.

<sup>402</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 9.

<sup>403</sup> *Idem*.

devia se casar e procriar “sem que tenha sido submetido a cuidadoso tratamento antissifilítico e tenha tido a respectiva licença de seu médico”.<sup>404</sup>

Nancy Stepan argumenta que os eugenistas latino-americanos, em especial na década de 1930, preconizaram a eugenia matrimonial como sua forma particular de eugenia reprodutiva negativa. Nesse contexto, o chamado teste pré-nupcial ou certificado para casamento foi um elemento central de um discurso mais amplo sobre gênero, raça/racismo e identidade biológica da nação (STEPAN, 2005: 116). A autora ainda esclarece que o gênero era um elemento central de discursos e práticas eugênicas, já que “era pela reprodução sexual que ocorriam a modificação e a transmissão da conformação hereditária das gerações futuras”. Assim, reconhece que uma vez que “o papel social das mulheres era visto como primordialmente reprodutivo, muitas políticas eugênicas concentraram-se nelas” (p. 116). Já o conceito de “raça” era importante nesse sentido porque “era pelas uniões sexuais que as fronteiras, entre as raças, eram ou mantidas, ou transgredidas” (p. 117). Ainda de acordo com Stepan, muitos latino-americanos entendiam os exames pré-nupciais “como a definição da forma especial de eugenia negativa dos países católicos porque agiam como restrições diretas a uniões inadequadas, sem envolverem cirurgias ou outros métodos, para eles, inaceitáveis” (p. 131-132).

Enfatizando assim que a eugenia neolamarckiana no Brasil dos anos 1920 não foi tão somente de estilo “otimista”, Stepan lembra que a Sociedade Eugênica de São Paulo dividiu originalmente a eugenia em três categorias: “positiva, que se preocupava com uma procriação sadia; preventiva, que tratava da conquista dos fatores ambientais disgênicos (saneamento); e negativa, que impedia a procriação dos que não tinham saúde”; e sublinha que, nessa época, o foco dos eugenistas brasileiros era na eugenia preventiva, o que não impediu que os mesmos levassem adiante, por vezes, suas ideias sobre “o aborto, controle de natalidade e esterilização como medidas eugênicas para controle dos indivíduos inadequados” (STEPAN, 2004: 352).

Vanderlei Sebastião de Souza concorda que, apesar do interesse central do movimento eugênico consistir “em elaborar um amplo programa de propaganda e conselhos higiênicos, de combate às doenças e outros ‘males sociais’, com vistas ao melhoramento da saúde pública e do futuro da nacionalidade”, os eugenistas também incentivaram medidas que visavam racionalizar a natalidade e orientar a reprodução humana. O objetivo aqui “era regulamentar o matrimônio e impedir a união conjugal entre

---

<sup>404</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 45.

os indivíduos considerados ‘inadequados’, portadores de ‘taras hereditárias’, “criminosos” e ‘delinquentes” (SOUZA, 2008: 157-158).

Para tratar do desenvolvimento físico da criança, recorreu-se, nessa época, largamente aos ensinamentos do pediatra brasileiro de renome Fernandes Figueira (1863-1928). Todos os aparelhos da criança reclamariam do pediatra fiscalização e conselhos para que atingissem a idade adulta com suas funções suficientes. Orientava-se sobre o intervalo de horas entre as mamadas para lactantes normais e neuropatas; o aleitamento misto com leite de vaca, quando esse fosse necessário; o desmame e ainda a introdução de outros alimentos. Para as mulheres grávidas também eram dados conselhos a respeito de diversos temas, como alimentação, vestuário, relações sexuais, cuidado com as mamas a fim de evitar que estas rachassem e o parto.

Apontava-se que a profilaxia das moléstias mentais era eficaz “quando iniciada nos primórdios da vida intrauterina e continuada depois na criança e finalmente no adulto”. Os marcos de Kuhlman<sup>405</sup> – para os três, seis e doze meses da criança –, aceitos por Fernandes Figueira, eram apresentados para o acompanhamento do desenvolvimento mental da criança.<sup>406</sup> Para o primeiro ano de vida se estipulava o seguinte: “1º, assentar-se ou pôr-se de pé; 2º, exercício da palavra; 3º, imitação dos movimentos; 4º, riscar com um lápis; e 5º, reconhecimento de objetos”.<sup>407</sup> Conforme observaram Freire e Leony, nesse ambiente dominado pelo higienismo as estratégias propostas para enfrentar o problema do problema da infância “não se resumiam a ações de assistência, mas abrangiam também a educação das mulheres de forma a garantir a formação física e moral dos filhos, por meio da aplicação dos princípios da puericultura” (FREIRE; LEONY, 2011: 202).

---

<sup>405</sup> Frederick Kuhlmann (1803-1881) foi diretor de pesquisa psicológica da Escola de Minnesota para imbecis e da Colônia para Epiléticos. Escreveu trabalhos sobre testes de inteligência como “A Revision of the Binet-Simon System for Measuring the Intelligence of Children”, set. 1912.

<sup>406</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, pp. 11-22.

<sup>407</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 19.

Figura XXI – As paralisias na infância (imagem do Folheto do ARC)



Fonte: *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 20.

Tratando especificamente dos três períodos da vida da mulher (solteira e púbere; púbere e casada, e menopausa), apontava-se que a menstruação exigiria “da mulher evitar emoções violentas, friagem e o banho frio quando não habituadas a ele, repouso dos órgãos genitais, cuidados higiênicos indispensáveis tais como tomar banhos locais mornos, quando não for possível o banho geral”.<sup>408</sup>

Essa noção de higiene aparece fortemente nas observações de pacientes internadas na Colônia de Engenho de Dentro. Muitas pacientes diziam aos médicos que sua doença havia começado por uma não observância dessas normas de higiene durante a menstruação; os médicos, por sua vez, apropriavam-se desses preceitos e, também, de saberes populares para explicar patologias como, por exemplo, a psicose maníaco-depressiva na mulher. Mas era, sobretudo, no espaço doméstico, nas relações familiares, que essas normas médicas se faziam sentir. Esse é um tema que atravessava fortemente as internações psiquiátricas de mulheres na Colônia de Engenho de Dentro, como veremos no próximo capítulo.

Vale destacar que um ano após a publicação desse folheto, em 1921, como parte da reforma da saúde pública comandada por Carlos Chagas, foi criada a Inspeção de Higiene Infantil, primeiro órgão público federal dedicado exclusivamente à assistência materno-infantil. A direção científica do recém-criado órgão coube a Fernandes Figueira (FERREIRA, 2017: 67; 75). Em pesquisas realizadas no site do *Diário Oficial da União*, encontramos pelo menos dois contratos, firmados em 26 de janeiro de 1924 e 3 de abril

<sup>408</sup> *Ambulatório Rivadávia Corrêa*, 1920c, p. 11.



de 1924, entre Gustavo Riedel, em nome da Colônia de Engenho de Dentro, e Antônio Fernandes Figueira, da parte da Inspeção de Higiene Infantil do DNSP, a fim de que fosse instalado um consultório de higiene infantil no dispensário de clínica de crianças do ARC.<sup>409</sup> Como veremos no capítulo 3, o diretor da colônia também firmou contratos com a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e logo em seguida, em 1923, foi erguido na colônia um dos ambulatórios para profilaxia das doenças venéreas da futura Fundação Gaffrée e Guinle. Atenta a esse contexto, Sanglard apresenta duas novidades como levando a mudanças de hábitos no período: “A primeira está relacionada aos hábitos sexuais e à disseminação da sífilis (...). A segunda são as campanhas em prol do aleitamento materno e a valorização da ‘robustez’ das crianças, desde o início do século XX, sobretudo com base nos trabalhos de Arthur Moncorvo Filho” (SANGLARD, 2008: 21).

Defendo que, a partir da análise do folheto do ARC, que essas duas novidades (das doenças venéreas, principalmente da sífilis, e da exaltação da maternidade), descritas por Sanglard, eram pontos importantes no ARC, onde, no caso, como vimos, apareceram alinhadas a posturas pró-natalista e pró-família. Finalizando, não é demais reforçar que os médicos do ambulatório do Colônia de Engenho de Dentro não se concentraram em tratar apenas as doenças mentais e nervosas, visto que deram atenção, como também ocorria em outras instituições semelhantes, à higiene geral, sexual e infantil. A diferença era que os indivíduos ali atendidos estavam contíguos a uma instituição asilar e podiam facilmente serem destinados à internação psiquiátrica.

#### **2.4. O funcionamento e a organização da Policlínica dos Subúrbios e do Ambulatório Rivadávia Corrêa (1919-1939)**

Construído dentro de uma instituição psiquiátrica e localizado no subúrbio do Rio de Janeiro, servindo a uma população pobre, “sem acesso a médicos e remédios”, “à mercê de charlatões e curandeiros”, o ARC foi palco tanto de higiene social como mental. Os consulentes do ambulatório da colônia eram indivíduos em busca de assistência médica, referidos, no entanto, pelos médicos como indivíduos “despistados”, atraídos para um programa de higiene mental. Com efeito, alguns consulentes acabaram sendo internados na Colônia de Engenho de Dentro e, também, no hospício da Praia Vermelha. O ambulatório da colônia não deixou, portanto, de instituir aqueles médicos de diversas

---

<sup>409</sup> *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU)*. 27 de janeiro de 1924, p. 38, seção 1; *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU)*. 5 de abril de 1924, p. 38, seção 1.

especialidades com um saber-poder-fazer psiquiátrico sobre os corpos da população pobre da região.

O ARC, ou mais especificamente a Policlínica dos Subúrbios, foi responsável por levar uma série de conhecimentos médicos para dentro de uma colônia de alienadas, ou seja, um tipo de instituição com menos recursos médico-hospitalares. Além disso, sua organização pluriclínica permitiu à psiquiatria dialogar e efetuar trocas com outras especialidades médicas de uma forma muito mais concreta nesse espaço. No relatório da Colônia de Alienadas de 1921, Plínio Olinto, alienista-chefe do ARC, defendia que o trabalho desse ambulatório ia se fazendo sentir através de “pequenas coisas que, por serem muitas, concorrem também, ocasionando vítimas como as grandes causas”.<sup>410</sup> Nesse sentido, considerava que todas as vísceras tinham a sua patologia ligada ao sistema nervoso, sobre o qual refletiam, em menor ou maior grau, os males orgânicos:<sup>411</sup>

As doenças caquetisantes, os traumatismos, as cardiopatias etc., quando não tratadas, acabam comprometendo todo o nosso organismo.

As próprias afecções do sistema nervoso com mais razão são suscetíveis de causar distúrbios intelectuais.

A anemia cerebral determina a incapacidade para o trabalho, amnésia, estados de confusão mental.

A congestão cerebral produz alucinações, fuga de ideias, delírio onírico.

As lesões medulares não raro conduzem a estados demenciais, puerilismo etc. As nevrites se repercutem também sobre a inteligência, delas resultando até a cerebropatia-toxêmica de Korsakow. Salvoline estudou as psicopatias decorrentes das nevralgias.

A repercussão das perturbações digestivas sobre a atividade mental é um fato conhecido de todos os especialistas.

As nevroses gástricas constituem hoje uma entidade nosológica aceita pela maioria dos alienistas.

A constipação crônica dos alienados por espasmos intestinais, aumentando a intoxicação, fomentando as alucinações, é uma das muitas provas de que não é só a cabeça que domina o ventre.

A helmintíase intestinal, e praticamente, a ancilostomíase têm sido objeto de estudos que concluem sua influência sobre as psicoses.

As doenças do aparelho circulatório, e, principalmente, as alterações graves do coração, são frequentemente origem de estados mentais às vezes depressivos, outras vezes chegando até o delírio, estados que Astros chamou de loucura cardíaca. (...)

Vários clínicos chamam a atenção para o estado mental dos portadores de lesões do rim e do fígado.<sup>412</sup>

Nesse relatório, Plínio Olinto fez uma análise preliminar das principais ocorrências nas clínicas médica, de pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia e

---

<sup>410</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, p. 119.

<sup>411</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, p. 120.

<sup>412</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, pp. 119-120.

cirurgia, e as relacionou com os exames realizados no Laboratório Gaspar Vianna. Os exames realizados por esse laboratório no ano de 1921 revelaram a presença de vermes intestinais em 90% dos casos (exames de fezes), e a reação de Wassermann no soro sanguíneo foi positiva em 51%, negativa em 48% e suspeita em 1% por hemólise demorada.<sup>413</sup> Segundo Ernani Lopes, no ano de 1923, nesse mesmo laboratório, foram realizados “um total de 6.717 exames, uma média mensal de mais de 500”.<sup>414</sup>

Na referida análise apresentada por Plínio Olinto, é possível perceber uma associação entre doenças físicas e alterações do psiquismo (irritabilidade, depressão, angústia etc.). Além disso, boa parte desses sintomas psíquicos teriam desaparecido mediante tratamentos gerais de saúde. A síntese do alienista-chefe do ARC com relação à clínica médica no ano de 1921 foi a seguinte:

No consultório de Clínica Médica predominaram as afecções do aparelho respiratório, sobretudo bronquites e traqueítes que, segundo a impressionabilidade dos doentes, por virem acompanhadas de dores torácicas, agiam sobre a imaginação de seus portadores em constante angústia, dizendo-se tuberculosos. Contudo, a tuberculose pulmonar figurou em número menos elevado do que seria de esperar, sendo que nalguns casos manifestaram-se alterações do psiquismo, como aconteceu com doenças do aparelho gastrointestinal onde, por efeito da dispepsia, se pôde observar irritabilidade, depressão, angústia etc. Em caso de nervosismo que se fazia acompanhar de notável abatimento, além de outros sintomas, cedeu ao tratamento da verminose e melhorou consideravelmente após a expulsão de um grande novelo de áscaris. É digno de registro a abundância de doentes portadores de desordens das glândulas de secreção interna, mormente ovarianas.

A sífilis, como era de prever, em suas manifestações de terciarismo, representou-se nas localizações piloro-duodenais melhorando os doentes com o tratamento específico.

Entre as doenças infecciosas foi notável a gripe. Entre as parasitárias, citam-se alguns casos de impaludismo em doentes oriundos da zona rural. A ancilostomíase foi pouco frequente.<sup>415</sup>

Ainda com relação à clínica médica, vale destacar a seleção de pacientes portadoras de desordens ovarianas. É notável, neste sentido, que Alberto Farani (1883-1937), cirurgião do ARC, tenha feito em 1923 uma comunicação à SBPNML sobre um “caso que operou conseguindo com isso a cura completa de crises histéricas que apresentava sua doente”. O médico comentou, inclusive, que estava elaborando um trabalho sobre a melhora de alienadas laparotomizadas.<sup>416</sup> Farani fazia ainda referência a

---

<sup>413</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, p. 122.

<sup>414</sup> LOPES, Ernani. *Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil*, 1925, p. 168 (tradução nossa).

<sup>415</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, p. 121.

<sup>416</sup> SBNPML, 1923, pp. 84-85.

outro caso de psicose tóxi-infectuosa que após intervenção cirúrgica resultou na cura imediata do paciente.

Fabiola Rohden, em seu trabalho sobre a criação de uma ciência da mulher, aponta que os médicos discutiam desde o século XIX a respeito da origem de determinadas perturbações mentais e nervosas femininas: alienistas e neurologistas acreditavam que a sede destas era o sistema nervoso, já os ginecologistas presumiam que as mesmas tinham início nos órgãos reprodutivos (ROHDEN, 2001: 44), pois “desordens nos órgãos genitais poderiam gerar perturbações em toda a economia corporal feminina, causando inclusive problemas mentais” (ROHDEN, 2001: 113). Como formas de tratamento, os médicos da “ciência da mulher” preconizavam desde cirurgias ginecológicas até a reclusão. Magali Engel, por sua vez, explica que “entre os procedimentos terapêuticos que, destinados a controlar as ‘sexualidades inconventionais das mulheres’, confundiam-se com os mais rigorosos e cruéis métodos de tortura, figuram a extirpação do clitóris e a introdução de gelo na vagina”. Ainda segundo a autora, datam de fins do século passado as primeiras intervenções cirúrgicas ginecológicas realizadas em mulheres alienadas (ENGEL, 2004).

Sobre a tuberculose, Gustavo de Rezende – assistente de pediatria do ARC e depois chefe do serviço de profilaxia mental e doenças nervosas –, em um artigo intitulado “A tuberculose como fator disgenizante”, afirmava que essa doença, como qualquer outra doença infecciosa, podia produzir uma psicose. De acordo com o médico, durante dez anos, inúmeras crianças pré-tuberculosas e já acometidas pelo bacilo de Koch observadas por ele no ambulatório “apresentavam um hábito astênico [de] temperamento esquizoide. Nessas crianças nunca faltaram as desordens endócrino-simpáticas reveladas por metabolismo aumentado, astenia, suores, palpitações, tremores etc.”.<sup>417</sup>

Já Mário Reis – assistente de clínica médica do ARC e membro titular da LBHM – ressaltava as vantagens de se criar no ambulatório um serviço exclusivo de tisiologia, devido ao grande número de fimosos que diariamente acudiam àquele estabelecimento, em promiscuidade com os demais enfermos. O médico esclarecia que, por volta de 1929, foi criado um serviço de tisiologia dentro do ambulatório de clínica médica, de acordo com a orientação do médico Lourenço Jorge e sob a direção de seu assistente. Porém, segundo ele, essa providência não sanou totalmente os problemas. Afinal, “o serviço de tisiologia, enquistado no de clínica médica, nunca poderá atingir o desenvolvimento reclamado pela numerosa clientela que o frequenta, devido ao grande número de

---

<sup>417</sup> REZENDE, Augusto. A tuberculose como fator disgenizante. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, ano V, n. 2, parte 1, out.-dez. 1932, pp. 16-17.

consultantes que se atendem em medicina”.<sup>418</sup> Em 1933 e 1934, o número total de consultas no setor de tisiologia foi de 6.030 e 6.997, respectivamente.

Mário Reis destacava que, apesar de se dar mais importância aqui e em outros lugares aos serviços hospitalares, o fato era que o custo do tratamento do cliente do ambulatório era muito inferior ao do doente hospitalizado. O médico ainda fazia uma distinção entre sanatório e ambulatório, apontando que o sanatório só era acessível aos doentes abastados e, por isso mesmo, era conveniente o tratamento ambulatorial da tuberculose, principalmente por ser essa uma doença predominantemente do público pobre. Segundo o médico, tal era o perfil do cliente do ambulatório:

O cliente de ambulatório, quando não é uma criança, é quase sempre um indivíduo prestadio, uma pessoa que trabalha; são operários, pequenos negociantes, hortelões, funcionários públicos de baixa categoria, domésticos, caixeiros, trabalhadores braçais ou mães de família que furtam algumas horas aos seus afazeres para tratar da saúde.<sup>419</sup>

Voltando ao relatório de 1921, Plínio Olinto enumerava ainda os diversos casos atendidos na clínica oftalmológica do ambulatório. Ele mencionava, inclusive, casos de catarata e ainda de cirurgia relativa a essa doença como relacionados a alterações do psiquismo:

A clínica oftalmológica teve 86 casos de ceratoconjuntivite flictenular, 82 de vícios de refração, 61 de conjuntivites catarrais várias, 39 de bléfaros conjuntivites, 19 de coriorretinites, 19 de cataratas senis, 19 de irites, 15 de tracoma e outras menos frequentes. Houve um caso de catarata congênita dupla com oxicefalia e idiotia e outro de panofthalmia crônica metastática acompanhada de alterações do psiquismo. Três doentes operados de catarata apresentaram estado delirante e alucinações nos dias que se seguiram à operação.<sup>420</sup>

Nos *Anais da Assistência a Psicopatas* de 1941, em um artigo intitulado “A oftalmologia no Ambulatório Rivadávia Corrêa”, Edilberto Campos apontou que o serviço de oftalmologia do ambulatório começou a funcionar em fevereiro de 1921, de maneira separada do otorrinolaringológico. A partir dessa data, segundo ele, “foram matriculados 14.114 doentes aos quais se deram 72.426 consultas, sendo praticadas 1.972 operações”, das quais 284 foram de catarata. O médico enfatizou ainda que, durante “os dezoito anos, serviram no consultório de olhos duas enfermeiras auxiliares, D.

---

<sup>418</sup> REIS, Mário. O ambulatório antituberculoso como fator adjuvante da profilaxia mental. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, ano VII, n. 4, out.-dez. 1934, pp. 289-296.

<sup>419</sup> *Idem*.

<sup>420</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, p. 122.

Hermelinda Cortes, uma das mais antigas diplomadas pela Escola Alfredo Pinto, de 1922 a 1934, quando faleceu, e a seguir, D. Francisci Carvalhais, até o fim do Ambulatório”.<sup>421</sup> Nesse artigo, ele também indicava uma série de publicações de caráter científico sobre a oftalmologia nas quais aparecia o nome do ARC.

Segundo uma reportagem do jornal *Diário da Noite*, a movimentada clínica popular do Dr. Edilberto Campos no ARC era um dos serviços oftalmológicos gratuitos no Rio de Janeiro. Destacava-se, além do ambulatório da colônia, o serviço do Professor Abreu Fialho na Santa Casa e o do Dr. Octávio do Rêgo Lopes. Nesses locais, as classes populares teriam acesso a receitas gratuitas para corrigir os problemas de visão.<sup>422</sup>

Já na clínica de pediatria, no ano de 1921, observaram-se casos de várias doenças, incluindo um caso de meningite tuberculosa e um de escarlatina:

A clínica pediátrica registrou, na maioria de seus doentes, casos de bronquite, gripe, intoxicações alimentares, verminose, alguns casos de tuberculose pulmonar e um de meningite tuberculosa numa criança de um ano. Merece especial menção um caso de meningite aguda, em que o líquido cefalorraquidiano revelou germes que não puderam ser identificados pelo microscópio e pelas culturas em diversos meios. Das doenças eruptivas foi o sarampão que forneceu maior número de casos, vindo em seguida a varicela. Só se registrou um caso de escarlatina.<sup>423</sup>

Uma reportagem do jornal *A Noite*, de 16 maio de 1932, que tinha como título “Ciência a serviço da caridade”, trazia uma interessante entrevista com o médico responsável pela clínica pediátrica do ARC, Dr. Alfredo Neves. Segundo ele, “a clínica de crianças começou com um médico, depois dois e finalmente cinco, cujo trabalho é já excessivo (...). Temos hoje 287 crianças a espera de consultas, a esta hora! Outras ainda virão mais tarde”. O médico sublinhava ainda que a higiene mental se desenvolvia na Colônia de Engenho de Dentro a partir de uma diretriz segura e lógica. Nesse sentido, apontou, dentre outras missões, a da puericultura e do aconselhamento materno aí realizados:

As crianças são objeto de tratamentos especiais, atendendo-se à educação das mães no que diz respeito à alimentação, não só dos doentinhos como também das crianças sadias. A puericultura encontra sua aplicação em médicos especializados, que cuidam da gestante e até verdadeiros exames pré-nupciais são aqui executados em larga escala.<sup>424</sup>

---

<sup>421</sup> CAMPOS, Edilberto. A oftalmologia no Ambulatório Rivadávia Corrêa. *Anais da Assistência a Psicopatas*, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1941, p. 217.

<sup>422</sup> ONDE o público é atendido gratuitamente. *Diário da Noite*, n. 611, 23 de janeiro de 1932, p. 3.

<sup>423</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, pp. 121-122.

<sup>424</sup> CIÊNCIA a serviço da caridade. *A Noite*, ano XXII, n. 7.352, 16 de maio de 1932, p. 8.

Segundo o médico, a clínica de crianças era um dos serviços com maior frequência: “somos atualmente cinco médicos e não são raros os dias que atendemos a mais de cinquenta crianças, cada um”. Além disso, a prefeitura, dizia ele, tentava fazer com que fosse atendida ali toda a população escolar infantil compreendida entre a estação de Todos os Santos e Guaratiba. Segundo Alfredo Neves, o ARC, inclusive, já atendia um grande número de escolares trazidos por enfermeiras que haviam sido alunas da escola de enfermagem da colônia. Sobre a diferença de movimento entre os anos de 1930 e 1931, o médico esclarecia que estava relacionada ao fato de a comissão de compras não atender aos pedidos de medicamentos: “não havendo remédio, nem os doentes podendo mandar aviar as receitas, economizam a condução e o tempo, não nos procurando. Entram em ação os chás de pitanga e as consultas espíritas...”.<sup>425</sup>

Em 22 de janeiro de 1936, Alfredo Neves remetia ao diretor da CGR o relatório dos serviços do consultório de pediatria do ARC, no decurso do ano de 1935. Segundo o médico, foram dadas 58.312 consultas em 1935, 3.212 a menos do que no ano anterior. Neves relacionava essa diminuição tanto à irregularidade na distribuição de medicamentos quanto ao “fato de se terem ampliado os serviços da Assistência Pública Municipal, em ambulatório de pediatria em Cascadura, no Méier, e mesmo em Vila Isabel, com a inauguração do Hospital Jesus”.<sup>426</sup> O médico ainda apontava que a regularidade dos serviços de enfermagem nos diversos consultórios do ARC, principalmente na clínica pediátrica, devia-se, em grande parte, à colaboração permanente das alunas da EPEAP. Segundo ele, sem essa colaboração, “certo o nosso serviço de enfermagem, com o número atual de enfermeiras oficiais, será deficiente, senão mesmo impraticável”.<sup>427</sup>

É necessário citar ainda o caso da clínica de otorrinolaringologia, onde, de acordo com o relatório de Plínio Olinto (1921), notaram-se nos doentes manifestações psíquicas como atenção difícil, irritabilidade de humor e até alucinações auditivas antes dos tratamentos cirúrgicos:

A clínica de otorrinolaringologia executou um grande número de intervenções cirúrgicas. As doenças que figuram em maior contingente são os casos de hipertrofia de amídalas, otites médias supuradas e sinusites. Cumpre notar que, como sói acontecer, vários desses doentes manifestaram atenção difícil, irritabilidade de humor e até alucinações auditivas que desapareceram após as operações. Dois epiléticos

---

<sup>425</sup> *Idem.*

<sup>426</sup> NEVES, Alfredo. Os serviços do consultório de pediatria. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1936, p. 257.

<sup>427</sup> *Idem.*

tiveram suas crises notavelmente espaçadas após a enucleação das volumosas amídalas que traziam. Um hipertiroideano também melhorou com a amigdalotomia. Um débil mental com fobias curou-se com o esvaziamento da mastoide supurada. Espasmofílicos diversos foram tratados com a ressecção de um cartucho de um septo desviado ou arrancamento de um pólipio.<sup>428</sup>

Nesse mesmo relatório de 1921, Gustavo Riedel apontava que, de acordo com as instruções aprovadas por aviso do Ministro da Justiça e Negócios Interiores de 14 de maio de 1919, havia começado a funcionar oficialmente, em fevereiro de 1921, o consultório de doenças nervosas e mentais, onde já eram atendidas, desde maio de 1920, as pessoas que queriam aconselhar-se sobre as precauções a tomar para evitar a loucura. Segundo o diretor da colônia, essa era uma especialidade em geral inexistente nas policlínicas e pouco frequentada nos consultórios particulares. No seu primeiro ano de trabalho regular, esse consultório obteve a cifra de 173 doentes matriculados, com os quais foram realizadas 1.141 consultas, sendo, segundo o diretor da colônia, grande o número de curados e maior ainda o de melhorados. No entanto, de acordo com ele, o grande objetivo do Instituto de Profilaxia Mental era prevenir e não curar a loucura.<sup>429</sup>

Segundo Plínio Olinto, durante o período de menos de um ano em que funcionou o serviço de doenças nervosas e mentais, havia sido possível “observar aproximadamente os fatores que mais comumente são causadores das doenças nervosas e mentais na zona urbana e suburbana do Rio de Janeiro”. O médico detalhava então os 173 casos que passaram pelo consultório de doenças nervosas e mentais durante o ano de 1921:

Dos 173 casos<sup>430</sup> que passaram pelo consultório de doenças nervosas e mentais foram 38 de epilepsia, cujos antecedentes eram sempre distúrbios gastrointestinais ou endocrínicos; 38 de nervosismo em doentes dispépticos e sífilíticos; 16 de histeria ligada a perturbações ovarianas; sete de debilidade mental oriunda da sífilis hereditária; seis de loucura maníaco-depressiva, filha da mesma fonte, segundo os informes prestados; cinco de neurastenia por emoções e fadiga; cinco de sífilis cerebral; quatro de psicastenia em degenerados; quatro de esclerose cerebral atrófica da infância por alcoolismo dos pais; cinco de coreia consecutiva a reumatismo; três de demência precoce com referências a distúrbios funcionais de ovário; três de hemiplegia em sífilíticos não tratados; três de psicose pré-senil em arteriosclerose; três de idiotia com sífilis paterna; três de paralisia infantil, sendo dois com verminose simultânea; dois de hemicrania com referências a ataques recentes de uremia; dois de alcoolismo em cachaceiros inveterados; os restantes eram arteriosclerose cerebral, delírio alucinatório crônico,

---

<sup>428</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, p. 122.

<sup>429</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, pp. 114-115.

<sup>430</sup> Considerando que os últimos casos citados eram relativos a apenas uma ocorrência, a soma resulta 162, e não 173.



paralisia geral, doença de Parkinson, *tabes dorsalis*, atetose, psicose gravídica, vertigens ligadas à angiocolite, espermatorreia consecutiva à blenorragia, insônia pós-gripal, irritabilidade de humor num caso de enterocolite mucomembranosa, terror noturno num débil depois de febres eruptivas, surdo-mudez num heredo-sifilítico, hidrocefalia noutro heredo-sifilítico, diplegia cerebral espasmódica após o sarampão.<sup>431</sup>

De acordo com o chefe do ARC, “a sífilis e os distúrbios gastrointestinais e endocrínicos ocorreram com muita frequência simultaneamente com os casos de doenças nervosas e mentais observados em nosso consultório”. Vale chamar a atenção também para os diagnósticos mais frequentes no consultório de doenças nervosas e mentais do ARC: epilepsia, nervosismo e histeria (ligada a perturbações ovarianas).

Plínio Olinto ressaltava que “o meio social exerce notável influência sobre o sistema nervoso. Pode afirmar-se que é sobre ele, pois, que convergem todas as influências. As causas dos desequilíbrios mentais são, portanto, as mais variadas”.<sup>432</sup> Para o médico, por trás do atendimento a um grande número de doentes naquele ambulatório, repousariam dois interesses de pesquisa: um dizia respeito à investigação das causas da loucura, cabendo, neste caso, a indicação profilática; o outro interesse se basearia no estudo dos degenerados, com o propósito de estabelecer o tipo normal e o tipo degenerado do brasileiro, pelo menos no Distrito Federal, para o que a psicologia experimental serviria de grande auxílio:

São de duas espécies as pesquisas que nos preocupam e que pretendemos obter da afluência enorme de doentes que frequentam os consultórios do nosso Ambulatório. Uma que vai produzindo seus frutos, verdadeiramente ligada à eugenia e que se refere à nossa preocupação constante de indagar das causas da loucura para indicar a sua profilaxia.

Outra que será objeto de um trabalho ulterior, mais ampla, mais demorada, mais difícil, menos humanitária talvez, porém muito interessante, certamente, como complemento da primeira.

É o estudo acurado, paciente, minucioso, longo, dos degenerados que acodem à consulta, carregados de tara neuropsicopática, portadores das causas predisponentes não menos importantes que as causas determinantes.

A observação de cada um sob o ponto de vista psicológico, a psicometria individual por meio de testes ou armada de aparelhos de psicologia experimental, conseguirá, num futuro não remoto, estabelecer o tipo normal do brasileiro e o tipo do degenerado, pelo menos no Distrito Federal.<sup>433</sup>

---

<sup>431</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, pp. 120-121.

<sup>432</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, p. 116.

<sup>433</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, p. 123.

Tratando da organização da policlínica, Plínio Olinto ressaltou que, graças a ela, “os pacientes de doenças de todos os ramos da medicina encontravam as maiores facilidades a fim de obter lenitivo para seus males”. Contudo, justamente com relação à clínica de doenças nervosas e mentais, segundo ele, existiam dificuldades provenientes da legislação; apesar disso, ponderava que o regulamento da Assistência a Alienados, baixado com o decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911, era “bastante liberal quando trata de facilitar os internamentos de urgência”. De acordo com o chefe do ambulatório, com base no Artigo 99 desse decreto, o diretor da colônia enviava ofícios ao diretor geral, “acompanhando doentes cujo internamento o alienista-chefe da respectiva clínica julgou necessário e fundamentou a necessidade em *memorandum* enviado ao diretor da Colônia”.<sup>434</sup>

Art. 99. Em casos de urgência, em se torne necessário para a saúde do alienado ou para a segurança pública, que o alienado seja imediatamente internado em estabelecimento apropriado, o internamento poderá realizar-se mediante requerimento ou petição de urgência e um só atestado médico, em que se designem as razões da urgência.<sup>435</sup>

Segundo Plínio Olinto, à época em que o regulamento então em vigor havia sido publicado, “ainda não se cogitava da organização de uma policlínica como base de um Instituto de Profilaxia Mental”, por isso agora eles precisariam de maiores facilidades. Na defesa do seu ponto de vista, usou uma comparação entre um doente operado e um nervoso exaltado:

Tal como o doente operado a quem o cirurgião não pôde enviar imediatamente a domicílio, o nervoso exaltado não pôde e não deve voltar para a casa depois da consulta.

Às vezes é tal o seu estado de agitação psicomotora, que sair do portão do Ambulatório, com a receita do médico na mão, é tão ridículo como o laparatomizado que, envolto em ataduras, se fosse arrastando pela rua, meio ébrio do clorofórmio, rumo à septicemia, à gangrena, ao mal dos sete dias que nunca foi privilégio dos recém-nascidos.

Pior ainda, porque o segundo prejudicaria apenas a si próprio; ao passo que o primeiro, na sua peregrinação pela via pública, seria nocivo a si e à sociedade.<sup>436</sup>

Na visão do médico, para contornar essa problemática, devia ser construído um pavilhão para “internar os casos agudos que aguardariam aí, por horas ou dias, a sua entrada nesta Colônia, no Hospital Nacional ou na Colônia de Jacarepaguá”. Olinto

---

<sup>434</sup> *Idem.*

<sup>435</sup> BRASIL. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911a, p. 1.

<sup>436</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, p. 124.

apontava ainda que, em geral, a fiscalização desses pacientes era fácil, pois, embora fossem casos agudos, nem sempre estariam muito agitados, e, além disso, “em caso de necessidade, outras enfermeiras prestariam auxílio, vindo da Escola Profissional de Enfermeiras”. Era, pois, esboçada aqui em linhas gerais a ideia do futuro Pavilhão Epitácio Pessoa, envolvendo também as enfermeiras da Escola Alfredo Pinto. Nesse relatório de 1921, Plínio Olinto falou ainda sobre transformar o Instituto de Profilaxia Mental em um “centro de irradiação científica”. Assim, segundo ele, “se faria a propaganda em prol da eugenia, o que já é muito, enquanto nos preparamos, colhendo dados que nos permitam realizar a própria eugenia”.<sup>437</sup>

Três anos depois dessa publicação, no seu relatório de cinco anos de administração em Engenho de Dentro, Gustavo Riedel esclareceu que, a partir das 112.552 consultas realizadas no ano de 1924, “se organizaram fichas na procura de tara degenerativa, em uma profilaxia racional adaptada ao meio, assim melhor se estudando a etiologia profissional das moléstias mentais”.<sup>438</sup> Em 1928, o médico mencionou, igualmente, que, com base em 206.708 consultas dadas no ARC ao longo do ano de 1927, haviam sido organizadas “fichas na procura de tara degenerativa (...)”.<sup>439</sup> É possível perceber que, em relação às pacientes ditas crônicas, o diretor da colônia não pensava muito além do tratamento moral proposto por Pinel e da lei do trabalho e suas vantagens médicas e econômicas. Para o médico, o tratamento dos doentes mentais e nervosos era um desafio colocado, sobretudo, para o futuro da psiquiatria; até lá, cabia a construção de tal banco de dados.

Plínio Olinto, no relatório de cinco anos de administração de Riedel, por sua vez, apresentou novos dados estatísticos da seção de doenças nervosas e mentais.<sup>440</sup> Dos 112<sup>441</sup> pacientes estudados por essa seção, nove teriam apresentado um conjunto de sintomas pouco característicos e não seguiram o tratamento, ficando, portanto, sem diagnóstico preciso. Os demais foram identificados com 21 diagnósticos diferentes. Ainda de acordo com o médico, “tanto quanto foi possível apurar, as causas que mais

---

<sup>437</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, p. 125.

<sup>438</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 7.

<sup>439</sup> RIEDEL, Gustavo. *O organismo psiquiátrico moderno*, 1928, p. 22.

<sup>440</sup> Sobre tais pesquisas, cumpre destacar que em dezembro de 1932 era fundada no Rio de Janeiro – graças à iniciativa de Cunha Lopes, que em 1930 havia retornado ao país após um período de estudos na Alemanha, onde teve contato com a psiquiatria genética de Ernst Rüdin (1874-1952) – a Seção de Genealogia e Estatística da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (MUÑOZ, 2008). A partir de então, “todos os serviços clínicos abertos deveriam instalar, segundo as instruções de 13 de agosto de 1932, ‘um gabinete psicológico e as seções de genealogia e estatística e de assistência social’” (CUNHA LOPES, *apud* FACCHINETTI; MOTA; MUÑOZ, 2022).

<sup>441</sup> A soma resultou em 111 e não em 112 conforme informado.

concorreram foram: sífilis, distúrbios gastrointestinais, impaludismo, verminose, reumatismo articular”.<sup>442</sup> Tal como em 1921, observou-se nessa seção, em 1924, uma grande quantidade de pacientes classificados como nervosos e epiléticos. Por outro lado, houve uma queda no diagnóstico de histeria (de dezesseis para quatro). Ademais, como se pode verificar no quadro abaixo, além de pacientes com diagnósticos comumente encontrados na população asilar, a seção de doenças nervosas e mentais estava captando indivíduos com alterações neurológicas, como hemiplegia, coreia, tumor cerebral e paralisia facial, questões psicológicas, como nervosismo e terror noturno, e sociocomportamentais, como o tabagismo.

Quadro IV – Diagnóstico dos pacientes estudados na seção de moléstias mentais e nervosas do ARC em 1924

<b>Diagnósticos</b>	<b>N. de pacientes</b>
Epilepsia	20
Nervosismo	20
Psicose pré-senil	7
Psicose periódica	7
Hemiplegia	6
Corea	5
Alcoolismo	4
Histeria	4
Idiotia	3
Esclerose cerebral atrófica da infância	3
Debilidade mental	3
Terror noturno	2
Imbecilidade	2
Arteriosclerose	2
Parafrenia	2
Tabagismo	2
Tumor cerebral,	2
Paralisia facial	2
Psicose sífilítica	2
Psicose gravídica	2
Psicose puerperal	2
Sem diagnóstico	9

Nesse relatório de 1924, não se procurou relacionar doenças físicas com alterações do psiquismo, como havia sido feito em 1921. É importante perceber que o relatório de

<sup>442</sup> OLINTO, Plínio. In: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 12.

1921 foi o primeiro feito após a inauguração do ARC, e nesse momento parecia ainda mais premente justificar sua organização pluriclínica. A questão central desse segundo relatório era o trabalho, e ao seu lado, como consequências, a fadiga e o alcoolismo, ao mesmo tempo em que uma concepção mais biológica da “loucura” era orientada para uma desintegração nervosa. Assim, sugerindo o papel do sistema nervoso no processo patológico, Olinto defendia a importância de pesquisas biológicas e exames clínicos para formulações diagnósticas:

Os modernos estudos sobre anatomia, histologia e fisiologia do sistema nervoso ensinam que existem normalmente nos centros nervosos processos contínuos de desintegração que se verificam microscopicamente por aspectos múltiplos. Os produtos de desintegração normal, veiculados por elementos celulares, traduzem o metabolismo e as trocas químicas de que é sede o encéfalo. Em estado patológico o processo se intensifica e chega a uma desintegração nervosa cada vez mais extensa, pondo em ação elementos celulares cada vez mais numerosos. A via de eliminação desses resíduos é constituída pelos espaços perivasculares que os fazem passar aos espaços submeníngeos e subependimários. É, pois, no líquido cefalorraquiano que se pode encontrar os elementos celulo-vetores provenientes de uma desintegração central. Até agora ainda não se verificou uma fórmula histológica patonômica de uma afecção dada, pelo que nenhum diagnóstico seria absoluto sem estar apoiado no exame clínico anterior e nas pesquisas biológicas praticadas durante a vida do doente.<sup>443</sup>

Olinto aproximava, biologicamente, não só os doentes mentais entre si, mas também esses e os sujeitos tidos como aparentemente normais, apontando que os processos de desintegração tinham, igualmente, lugar no tecido nervoso desses sujeitos. E concluía, pontuando que, devido a tais motivos, a higiene mental devia ser iniciada pelos “normais”:

Cumpre-nos atender, entretanto, ao fato de serem os processos gerais comuns a diversas doenças nervosas e mentais e, além disso, que esses processos de desintegração são contínuos e se realizam também na intimidade do tecido nervoso dos indivíduos aparentemente normais. Isto vem ao encontro da afirmativa que fazemos sempre de que a higiene mental deve ser iniciada pelos que não manifestam ainda distúrbios graves de sua mentalidade, porém nos quais já se possa suspeitar a iminência mórbida cujos sinais não escapam a um cuidadoso exame patológico.<sup>444</sup>

Ainda segundo ele, só a higiene mental seria capaz de impedir a eclosão das perturbações mentais nos predispostos, agindo por intermédio da eugenia, no sentido de

---

<sup>443</sup> OLINTO, Plínio. In: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 11.

<sup>444</sup> *Idem*.

impedir as uniões entre indivíduos com taras, fazendo a higiene da procriação, da gestão e da criação. E, apesar de não ter associado, como em 1921, as doenças físicas a manifestações psíquicas como comentado, Olinto não deixou de justificar a organização do ambulatório da colônia. Assim, de acordo com ele, “a orientação do nosso Serviço de Profilaxia Mental nos permite uma obra de eugenia mais vasta do que a higiene mental apenas”:

Os nossos consultórios de todas as especialidades médicas não são destinados, como alhures, a corrigir as perturbações apresentadas pelos psicopatas. Podem, sem dúvida alguma, desempenhar, como desempenham, também essa função. Mas a eles acodem doentes de todo gênero e é por seu intermédio que o Consultório Central de Doenças Nervosas e Mentais recebe os que precisam ser observados, tratados ou internados.<sup>445</sup>

Para Plínio Olinto, em relação ao trabalho, a higiene mental também deveria começar pelos normais. Nesta perspectiva, afirmou, nesse relatório, assim como Gustavo Riedel, que, se “uma grave lesão de um ou de alguns órgãos pode ser compatível com uma vida profissional quase normal, um leve distúrbio mental conduz à diminuição ou à parada da atividade produtora”.<sup>446</sup> Segundo ele, era plenamente confirmado que a loucura crescia paralelamente com a civilização. O esgotamento da energia nervosa causado pelas exigências da civilização, principalmente nas cidades, por seu impacto na esfera do trabalho, era considerado pela higiene mental como problema de primeira ordem:

No momento atual em que a atenção dos povos civilizados está voltada para o valor comercial do homem, trata-se de obter o máximo aproveitamento da capacidade de trabalho de cada um, mormente nas grandes cidades onde é maior a luta pela vida e onde se começam a exigir de todos, homens e mulheres, esforços que se iniciam com tenra idade e que só se abandonam quando o peso dos anos não nos permite tal atividade. É nesta época a grande preocupação de todos os povos obter do indivíduo o máximo de rendimento com o mínimo de fadiga, poupando ao mesmo tempo os gastos de seu organismo. Os que prezarem a sua saúde, por si, pelos seus, procurarão na higiene os meios de que dispõe ela, para garantir-lhes uma existência saudável e proveitosa.<sup>447</sup>

Além disso, segundo o médico, convinha realizar um exame periódico completo (físico, mental e vocacional) dos obreiros de todos os gêneros a fim de evitar a rápida fadiga e depauperamento físico. De acordo com o médico, “a luta pela vida, cada vez

---

<sup>445</sup> *Idem.*

<sup>446</sup> OLINTO, Plínio. In: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 9.

<sup>447</sup> *Idem.*

mais difícil, traz os povos em contínua irritabilidade, estado esse que conduz ao desejo da insensibilidade e do sonho”, abrindo, desse modo, entrada para as intoxicações voluntárias que caracterizariam o século. Ele entendia que, sobrevivendo à condição de esgotamento em que se achavam os cérebros da geração moderna (causa predisponente) uma causa determinante que era “a impregnação na célula nervosa dos produtos químicos absorvidos com o intuito de obter a anestesia moral, abre-se o caminho da loucura”, para o qual seguiriam, segundo ele, os predispostos, que afinal seriam os mais irritáveis e com poder volitivo mais restrito.<sup>448</sup>

A higiene mental apontava a fragilidade psíquica dos indivíduos, dos trabalhadores naquele modelo civilizacional. Era nesse sentido, em especial, que Riedel depositava esperanças no novo serviço da Colônia de Engenho de Dentro, o Laboratório de Psicologia Experimental, a cargo do psicólogo polonês Waclaw Radecki. Segundo Riedel, Plínio Olinto promoveria, juntamente com Radecki, “a pesquisa dos indivíduos psiquicamente frágeis para colocá-los em condições as mais favoráveis à sua saúde mental”.<sup>449</sup>

A seguir apresentamos alguns dados estatísticos e três casos de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro que tinham no livro de matrícula como instituição procedente o ARC. A partir da análise dos dois primeiros livros de matrícula da colônia (1911-1934), foram identificadas apenas vinte pacientes sabidamente oriundas do ARC ingressando na parte fechada da colônia, após passar pelo HN ou diretamente, de 1922<sup>450</sup> a 1933. Esse número, até pelo que atestam as histórias clínicas, foi maior, portanto percebe-se que as pacientes tratadas nesse ambulatório devam ter sido internadas por outras vias, sobretudo antes do regulamento da assistência de 1927. A hipótese é que elas estivessem sendo internadas mediante autorização dos diretores do HN ou da Colônia de Engenho de Dentro, e por essa última instituição. O número de pacientes procedentes da própria colônia foi de 58. Nesse montante, há também muitas pacientes que estiveram no PPEP. Além disso, cinco internações<sup>451</sup> de fins de 1925 tiveram como procedência “apresentada pelo Dr. Plínio Olinto” e como instituição internante “diretor geral da Assistência a Alienados”. Essa parece ter sido a forma mais comum de internar através

---

<sup>448</sup> OLINTO, Plínio. In: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 10.

<sup>449</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 7.

<sup>450</sup> Cabe apontar que apenas uma paciente entrou no ano de 1922.

<sup>451</sup> As pacientes eram todas brancas, sendo quatro brasileiras e uma portuguesa; quatro solteiras e uma viúva; três maníaco-depressivas, uma epilética e uma parafrênica. As saídas foram por transferência (duas), óbito (uma), não retornar de licença médica (uma) e alta (uma).

dos serviços anexos nesse período: apresentada por alguém da colônia, em especial o diretor, e internada com autorização do diretor geral da Assistência a Alienados.

Tendo dito isso, vale ressaltar que das vinte pacientes oriundas do ARC, segundo os dados dos livros de matrícula, 90% eram brasileiras e 10% portuguesas; 70% eram brancas e 30%, não brancas, sendo 20% pardas e 10% pretas; 45% eram solteiras, 25%, casadas, 5%, viúvas, e não foi informado o estado civil de cinco pacientes (25%). Os três diagnósticos mais comuns foram psicose maníaco-depressiva (40%), debilidade mental (15%) e epilepsia (10%). Foram observados ainda outros sete diagnósticos (arteriosclerose cerebral, delírio episódico, demência senil, esclerose cerebral atrófica da infância, esquizofrenia, psicose de involução e psicose puerperal), cada um com uma ocorrência de 5%. Além disso, tem-se que 60% delas foram eliminadas do quadro de pacientes da colônia após licença, 20% deixaram a instituição transferidas e 15% faleceram durante o internamento. Apenas uma paciente obteve alta (5%). Os números de eliminações após licenças são altos se comparados com os do conjunto do sistema asilar, o que mostra que as pacientes internadas pelo ARC podiam ser retiradas da instituição psiquiátrica pela família com maior frequência.

Como já referimos, a criação do ARC e depois do PPEP alterou não só a dinâmica interna da colônia como também a lógica de funcionamento da assistência psiquiátrica do Distrito Federal, pois a Colônia de Engenho de Dentro, criada para desafogar o hospital urbano, passava não só a internar pacientes nos serviços aberto e fechado da instituição como a enviar pacientes para o HN. Contudo, algumas dessas pacientes retornavam para a colônia transferidas, às vezes após pouquíssimo tempo de internação no estabelecimento da Praia Vermelha, seguindo assim o mesmo percurso que grande parte das mulheres pobres internadas na assistência psiquiátrica.

Esse foi o caso, por exemplo, das pacientes Inês Souza (brasileira, parda, solteira, 15 anos, sem profissão, diagnóstico de epilepsia e esclerose cerebral atrófica da infância), Aurora Viana (brasileira, branca, solteira, 30 anos, doméstica, diagnóstico de debilidade mental), e Maria Joana Elias (brasileira, branca, estado civil e profissão não informados, 26 anos, diagnóstico de psicose maníaco-depressiva).

Segundo Plínio Olinto, Inês Souza<sup>452</sup> foi matriculada “em 18/04/1923 sob o n. 3.117 na clínica de doenças nervosas e mentais do Ambulatório Rivadávia, tendo obtido no dia 23 do mesmo mês uma guia de internamento para o Hospital Nacional de

---

<sup>452</sup> N. 1.818, Livro 15 de Observação.



Alienados”. No livro de matrícula da colônia, consta que a paciente ingressou no hospício em 25 de abril de 1923, sendo enviada em 30 de junho (66 dias depois) para a colônia, onde permaneceu quase três anos. Foi eliminada do quadro de pacientes em julho de 1926 por não regressar de uma licença de três meses obtida em março de 1926. Ao observar a referida paciente, o médico Gustavo de Rezende apontou que ela tinha o falar infantil, a atenção móvel, a memória lacunosa e a inteligência muito reduzida; apresentava-se “calma, muito humilde, desorientada no meio e no tempo”, e dizia gostar da mãe e de todo mundo, tendo vontade de ir para a casa. No exame somático, o médico observou “uma paralisia e atrofia do braço esquerdo”.

Já Aurora Viana,<sup>453</sup> após ser apresentada por sua mãe no Serviço de Profilaxia Mental, foi encaminhada para o HN. Ingressou nesse estabelecimento em 31 de maio de 1926, sendo quinze dias depois transferida para a colônia, onde ficou apenas por seis dias. Plínio Olinto registrou que “tendo saído com permissão para passear não mais regressou, e sua família pediu alta, que foi concedida”. O médico apontou que havia “informações de que esta doente foi sempre tristonha e aparvalhada, tendo tido casos de doenças mental na família”. Ainda segundo Olinto, ela apresentava-se “calma, porém tem impulsos e ideias de suicídio que determinaram o seu internamento. Sua atenção é instável e sua memória muito deficiente. Não tem ataques”.

Por fim, trazemos a história de Maria Joana Elias.<sup>454</sup> Essa paciente ingressou no HN em 2 de abril de 1927, sendo transferida para a colônia dezoito dias depois. Foi eliminada do quadro de pacientes por não regressar de uma licença obtida em agosto de 1928. Permaneceu, de fato, em torno de um ano e meio na colônia. Plínio Olinto registrou que ela foi levada por seus parentes “ao Serviço de Profilaxia Mental, onde esteve hospitalizada durante dias, sendo logo após transferida para o Hospital de onde veio, internada, para esta Colônia cujo regime se tem submetido”. Segundo ele, a doente apresentava-se “calma, orientada no meio e no tempo, um tanto desorientada quanto ao lugar. Indiferente, parecendo, às vezes, alheia ao meio, responde dificilmente, mas responde às perguntas que se lhe fazem”. Embora não procurasse trabalhar, desempenhava “maquinalmente pequenas incumbências” que lhe eram dadas. Tratava-se, portanto, de uma paciente internada via serviço de higiene mental que se adaptou ao regime de trabalho na colônia.

---

<sup>453</sup> N. 1.973, Livro 16 de Observação.

<sup>454</sup> N. 2.018, Livro 17 de Observação.

Apesar da semelhança das histórias clínicas de mulheres procedentes tanto da polícia como dos serviços de higiene mental, a questão das deformidades somáticas parecia encontrar uma maior frequência nas pacientes oriundas desses serviços. Não é demais lembrar os discursos sobre a importância do ARC na redução “dos casos de constituição nervosa e de deformações antiestéticas acentuadas com a idade”, proferidos principalmente por Gustavo Riedel e, também, destacados no folheto desse ambulatório.

Assim como a paciente Aurora Viana, que deixou a colônia em menos de uma semana, outras pacientes internadas pelo ARC tiveram passagens bastante curtas na assistência psiquiátrica. Isso pode estar ligado à remissão dos sintomas agudos, mas também a uma diferença de expectativa entre a família que procurava um ambulatório e a que buscava uma guia de recolhimento de enfermos para o HN na polícia. Ou seja, ao encaminhar seus parentes para o ambulatório, muitas dessas famílias estariam, a princípio, buscando tratamento e não asilamento.

A Policlínica dos Subúrbios/ARC foi bem recebida tanto na imprensa cotidiana quanto na médica, que costumavam divulgar balanços dos atendimentos aí realizados. Esses balanços abarcaram, pelo menos até 1932, a clínica das moléstias da pele e sífilis, a cargo do ambulatório n. 2 da FGG. Como observou Sanglard em relação aos ambulatórios da FGG, a exibição desses dados era “uma forma de divulgar entre a comunidade médica os bons resultados colhidos pela instituição e a sua boa aceitação por parte da sociedade” (SANGLARD, 2007: 284). Pensando o caso da PGRJ, Ferreira destaca que as estatísticas médicas, além de se mostrarem “uma eficiente estratégia de legitimação social, servindo para angariar o apoio das elites urbanas”, “serviam como ferramenta para a determinação da efetividade das terapêuticas e para a confecção do quadro sanitário e demográfico das localidades atendidas pelos dispensários” (FERREIRA, 2017: 61).

Utilizamos as reportagens de jornal também para mapear os médicos que atuaram de 1919 a 1927 nessas instituições. Outro documento utilizado para esse fim foi o Livro n. 2 de Assentamento de Empregados Subalternos da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro. Nesse livro, foram registradas 695 matrículas (n. 339 a 1.033) de empregados, nomeados de janeiro de 1919 a fevereiro de 1949. Além de funcionários da colônia, foram registrados, neste livro de assentamento, médicos e demais empregados do ARC. Vale destacar que esse é o único serviço anexo citado nesse livro, o que não deixa de comprovar a interpenetração dos serviços do ambulatório e da colônia.

Quadro V – Demonstrativo do movimento anual do ARC (1922-1924, 1927, 1929, 1932, 1934, 1935)<sup>455</sup>

Movimento do ARC	1922	1923	1924	1927	1929	1932	1934	1935
N. de consultas	82.826	112.552	130.136	206.708		198.431	119.397	111.988
N. de matrículas	7.352	9.219	9.580	8.719	10.142	10.238		
Fórmulas farmacêuticas	54.903	63.637	67.923	64.896	81.814			
Fórm. farm. – Colônia	2.561	2.716	2.757		4.178 <sub>456</sub>		5.234	6.240
Consultas a domicílio	530	584						
Moléstias m. e nervosas – Consultas	1.099	1.366	1.619	3.091	5.902	8.349	7.970	9.125
Visitas domiciliares			33					
Guia de internamento			8					
Clínica médica	15.256	15.902	14.626	15.074	18.778	18.028	27.810	24.746
Pediatria – Consultas	17.013	24.549	31.895	44.789	57.367	63.790	63.524	58.312
Cirurgia G. Consultas	17.454	17.899	21.836	16.763	20.812	16.333	16.208	14.816
Cirurgia G. Operações	541	699	700	578	663	453		
Otorrinolar. – Consultas	2.199	2.793	2.617	2.027	2.828	3.124	2.340	2.994
Otorrinolar. – Operações	391	414	288	148	175	258		
Oftalmologia – Consultas	3.434	3.496	3.583	3.641	4.769	4.142	3.205	3.896
Oftalmologia – Operações	64	72	68	96	133	160		
Moléstias da pele e sífilis – Consultas	25.841	45.963	53.960	121.323	99.872	77.838		
Moléstias da pele e sífilis - Injeção mercúrio	14.689	25.898	19.847	37.955	44.273	50.432		
Moléstias da pele e sífilis - Injeção 914	1.068	629	2.167	7.138	4.544	3.306		
Dermatologia						6.827	6.310	7.224
Exames de laboratório	6.173	6.717	5.010	8.428	7.940	8.028		
RAIOS-X Radioterapia	766	606	890	636	835	1.894		
RAIOS-X Fisioterapia		1.081	636	934	1.219			
Tisioterapia								
Nº de óbitos	5	8	5			2		

Para pensar melhor a evolução desse serviço comparamos, especialmente, os movimentos anuais dos serviços médicos do ARC/Policlínica dos Subúrbios dos anos de 1922 e 1932. Desta maneira verificamos que o número de pacientes matriculados subiu 39%, já o número total de consultas aumentou 140%. Na clínica de moléstias mentais e

<sup>455</sup> 1922: BRASIL, *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores Dr. João Luiz Alves em junho de 1923*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1923, pp. 133-135; 1923: BRASIL, *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores Dr. João Luiz Alves em junho de 1924*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1924, pp. 118-119; 1924: BRASIL, *Relatório...*, 1926, pp. 142-143; 1927: AMBULATÓRIOS da Colônia de Alienadas, no Engenho de Dentro. *Brazil-Médico*, ano XLII, n. 5, 4 de fevereiro de 1928, p. 14; 1929: AMBULATÓRIO Rivadávia e Pavilhão Presidente Epitácio, 1930, pp. 144-145; 1932: AMBULATÓRIO Rivadávia Correia. *Brazil-Médico*, ano XLVIII, n. 8, 24 de fevereiro de 1934, p. 134; 1934-1935: LOPES, Ernani. Relatório do diretor da Colônia do Engenho de Dentro relativo ao ano de 1935. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1936, pp. 236; 239.

<sup>456</sup> Não foi informado se o valor de 81.814 fórmulas farmacêuticas abarca o montante de fórmulas aviadas para as alienadas (AMBULATÓRIO Rivadávia e Pavilhão Presidente Epitácio, 1930, p. 145).

nervosas, as consultas elevaram-se em 660% e na clínica de pele e sífilis, 201%. Já o número de injeções de mercúrio e neosalvarsan subiu 243% e 849%. Em pediatria, o aumento foi de 275%, em otorrinolaringologia, 42%, em oftalmologia 21% e na clínica médica, 18%. Já as consultas da clínica de cirurgia geral diminuíram 6%. As operações na clínica de oftalmologia aumentaram 150%, no entanto as cirurgias gerais e da clínica de otorrinolaringologia diminuíram 16% e 34%, respectivamente. Em relação aos exames, os de laboratório aumentaram 30% e os de raios 147%. O número de óbitos passou de cinco para dois (queda de 60%). O crescimento do movimento do receituário da farmácia da Colônia de Engenho de Dentro foi reflexo, inicialmente, do incremento das fórmulas feitas para o ambulatório. A partir de 1929, se observa também um crescimento das fórmulas aviadas para as alienadas.

Em meados dos anos 1920, a par do crescimento da frequência do ARC, aumentou o número de médicos em todas as clínicas, com exceção das de oftalmologia e otorrinolaringologia.<sup>457</sup> Na de otorrinolaringologia (moléstias dos olhos, nariz, garganta e ouvidos), de 1919 a 1920 atuou o médico Castilho Marcondes, e de fevereiro de 1921 a dezembro de 1937 o Dr. Gastão de Oliveira Guimarães.<sup>458</sup> Já na clínica de oftalmologia, de 1921 a 1939 serviu o médico Edilberto de Souza Campos. Em maio de 1945, no âmbito do Centro Psiquiátrico Nacional, Edilberto Campos<sup>459</sup> era enquadrado como médico clínico classe H.

Alfredo Neves<sup>460</sup> atuou como chefe da clínica pediátrica do ARC de 1º. de fevereiro de 1919 a 1º. de janeiro de 1938, quando se demitiu do cargo. De 1919 a 1924, Gustavo de Rezende trabalhou como assistente de pediatria ao lado desse médico. Rezende se demitiu do cargo em junho de 1927, e, a partir dessa data, são encontradas centenas de observações médicas realizadas por ele em pacientes da parte fechada da colônia (essas observações foram examinadas no último capítulo). Em 1925, além de Neves e Rezende, a equipe da clínica de pediatria era composta por Rodrigo de Lamare Leite, Oswaldo Nunes de Souza Guimarães<sup>461</sup> (assistente de pediatria de janeiro de 1925 a dezembro de 1937) e Octavio Ferreira da Silva Pinto.<sup>462</sup> Também admitido em janeiro de 1925 como assistente de pediatria do ARC, Silva Pinto passou a exercer, em maio de

---

<sup>457</sup> Os Livros de Assentamento de Empregados da Colônia, utilizados como fonte para este trecho, estão localizados no IMAS-JM. Todas as matrículas seguintes estão no Livro 2 de Assentamento.

<sup>458</sup> Matriculado sob o n. 501.

<sup>459</sup> Matriculado sob o n. 502.

<sup>460</sup> Matriculado sob o n. 485.

<sup>461</sup> Matriculado sob o n. 602.

<sup>462</sup> Matriculado sob o n. 601.

1940, as mesmas funções no Pavilhão Bourneville do Hospital Psiquiátrico. Em 1927, no lugar de Gustavo de Rezende, entrou o médico Hugo Vianna Marques,<sup>463</sup> que atuou de julho de 1927 a dezembro de 1937. De agosto de 1928 a dezembro de 1937, ainda trabalhou nessa clínica como assistente de pediatria o médico Augusto Pinheiro.<sup>464</sup>

Entre 1919 e 1922, esteve à frente do consultório de clínica médica Henrique Duque, sendo seu assistente Ramiro Magalhães. Em 1922, Couto e Silva foi nomeado chefe desse serviço. Em maio de 1923, Mário Moutinho dos Reis<sup>465</sup> foi admitido como assistente de clínica médica do ARC, e, em março de 1943, foi removido do Serviço Nacional de Doenças Mentais para a Divisão da Organização Hospitalar. De agosto de 1925 a dezembro de 1937, Álvaro Lourenço Jorge<sup>466</sup> (1889-1954) comandou a clínica médica do ambulatório.

Pela seção de cirurgia geral passaram diversos médicos. Em 1919, figurava apenas o nome de Adolpho Possolo (chefe do serviço). No ano seguinte, estavam como assistentes de Possolo os médicos Luiz de Marcos e Oswaldo Seabra. Em 1º de fevereiro de 1921, Alberto Farani assumiu o serviço de cirurgia geral, deixando o cargo por falecimento em 9 de março de 1937. Arthur Fajardo da Silveira<sup>467</sup> e João Alfredo Corrêa de Oliveira Neto<sup>468</sup> trabalharam como assistentes de cirurgia nessa clínica de fevereiro de 1921 a dezembro de 1937. João Sabino esteve no mesmo cargo de abril de 1921 a maio de 1923, deixando o cargo a seu pedido. Em junho desse ano foi admitido então Lair Paulo Barata Ribeiro,<sup>469</sup> demitindo-se em janeiro de 1938. A médica cirurgiã Beatriz Gonzaga também apareceu como parte dessa equipe no início de 1921. Gonzaga teria sido a única mulher a trabalhar como médica no ARC.

Uma reportagem de *O Jornal*, de 17 de junho de 1930, intitulada “As realizações do feminino no Brasil”, afirmava que o desenvolvimento feminista no Brasil progredia de uma maneira auspiciosa, havendo de terminar com a concessão dos direitos políticos às mulheres; a matéria apontava diversos ramos de atividade que as mulheres já exerciam, citando nominalmente vários exemplos, dentre os quais o da médica Beatriz Gonzaga.<sup>470</sup> Maria Izilda Matos e Andrea Borelli apontam que apenas no ano de 1879 “a legislação

---

<sup>463</sup> Matriculado sob o n. 689.

<sup>464</sup> Matriculado sob o n. 717.

<sup>465</sup> Matriculado sob o n. 553.

<sup>466</sup> Matriculado sob o n. 623.

<sup>467</sup> Matriculado sob o n. 503.

<sup>468</sup> Matriculado sob o n. 504.

<sup>469</sup> Matriculado sob o n. 554.

<sup>470</sup> AS REALIZAÇÕES do feminino no Brasil. *O Jornal*, ano XII, n. 3.555, 17 de junho de 1930, p. 38.

brasileira autorizou as mulheres a frequentar instituições de ensino superior e se titular no país. Antes disso, as que queriam se tornar médicas e tinham condições econômicas para tanto, procuravam estudar fora do país”. Ainda segundo as autoras, “as primeiras médicas brasileiras enfrentaram grande hostilidade no exercício da profissão, sendo a ginecologia, a pediatria e a obstetrícia as especialidades que sofreram menor oposição” (MATOS; BORELLI, 2013: 136).

Sobre esse tema, vale chamar a atenção para a atuação nessa colônia da médica Joana Mancusi de Lopes. Admitida em 1º. de janeiro de 1919 como encarregada do serviço técnico de ginecologia, em 1º. de junho tomou posse e entrou em exercício do cargo de cirurgiã ginecologista, para o qual havia sido nomeada por decreto de 23 de maio de 1927. Em 1º. de janeiro de 1927 foi enquadrada como médica clínica classe K, e, em maio de 1941, passou a ter exercício no hospital psiquiátrico.<sup>471</sup> Segundo consta nos *Anais da Colônia de Psicopatas* de 1930, o serviço de cirurgia e ginecologia da instituição (serviço fechado) registrou no ano de 1929 as seguintes atividades: 4.245 injeções, 4.572 curativos, 839 curativos uterinos, 904 lavagens, 516 exames e 93 pequenas operações.<sup>472</sup> Segundo Rezende, havia na instituição uma enfermaria de doenças ginecológicas a cargo da Dra. Juana, “que examinava todas as psicopatas na sua entrada, mensalmente e em todas as ocasiões que exigiam seus exames”.<sup>473</sup>

Apenas no ano de 1919, a cargo de Candido B. Gaffrée<sup>474</sup> (obstetrícia e ginecologia), funcionou na Policlínica dos Subúrbios um consultório de ginecologia. Esse filantropo, que foi um dos maiores doadores do ARC, faleceu em dezembro daquele ano. Gustavo Riedel, por outro lado, assinou em fevereiro de 1921 e de 1923 um contrato com a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, como veremos detalhadamente no próximo capítulo, para instalar na Colônia de Engenho de Dentro um dispensário destinado à execução dos serviços pertinentes à Profilaxia das Doenças Venéreas.

Em 1920, na clínica de moléstias mentais e nervosas, atuavam os médicos Plínio Olinto e Waldemar de Almeida. Não é demais lembrar que, em 1919, quando surgiu a policlínica, ainda não existia a clínica de moléstias mentais e nervosas, pois, como vimos anteriormente, essa clínica começou a funcionar oficialmente em fevereiro de 1921. De

---

<sup>471</sup> Matriculada com o n. 339 no livro 2 de Assentamento de Empregados da Colônia.

<sup>472</sup> ANEXOS. Seção de alienadas. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1930, p. 145.

<sup>473</sup> REZENDE, Gustavo Augusto de. Tratamento dos insanos na antiga Colônia..., 1950b, p. 51.

<sup>474</sup> POLICLÍNICA dos Subúrbios. *A Época*, ano VIII, n. 2.395, 4 de fevereiro de 1919, p. 4.

1921 a 1923, apenas o chefe desse ambulatório esteve à frente dessa clínica. De 1924 a 1927, Acaccio Feliciano de Araújo, que até então trabalhava na seção de consultas em domicílio, atuou nessa clínica junto com Plínio Olinto. Em janeiro de 1933, Gustavo de Rezende<sup>475</sup> foi readmitido no ARC (em 1927 ele havia se desligado da clínica pediátrica), agora como chefe do serviço de profilaxia mental e doenças nervosas, deixando o cargo em abril de 1936. Após a referida transferência de Araújo, não se observou mais menção à seção de consultas em domicílio, que funcionou de 1919 a 1924. Nos dois primeiros anos, Acaccio de Araújo e Gustavo de Rezende cobriam, respectivamente, as regiões de São Cristóvão a Engenho de Dentro e de Engenho de Dentro a Dona Clara. Após esse período, Araújo foi o único médico responsável por essas consultas.

Apenas no ano de 1924, consta o quantitativo de visitas domiciliares realizadas no ARC (33 visitas). Comparando a frequência da consulta em domicílio e da visita domiciliar, nota-se que a primeira foi bem maior que a segunda. Em 1922 e 1934, foram realizadas 530 e 584 consultas em domicílio, respectivamente. Essa mudança revela um investimento na higiene mental, com foco nas visitas domiciliares (monitoras de higiene mental) no lugar das consultas em domicílio (médicos). De acordo com a maioria dos discursos médicos sobre dois serviços vistos neste capítulo, pode-se dizer que o foco saía da inspeção das habitações em que existissem casos de alienação mental para a readaptação (acompanhamento) do psicopata à sua vida normal.

Com esses dados, é possível afirmar que o ARC, sobretudo nos seus primeiros anos de funcionamento, atuou mais como uma policlínica do que como um ambulatório de higiene mental. A seção de moléstias mentais e nervosas começou a adquirir um escopo mais específico de atuação em 1924, e a partir do ano de 1927 seu crescimento foi bastante significativo. No ano de 1924, surgiram as “visitas domiciliares” e a expedição da “guia de internamento”. Essa estruturação estava relacionada, provavelmente, à criação do serviço aberto e, também, do cargo de monitora de higiene mental. Já em 1927, foi aprovado um novo regulamento para a execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal, com o Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927. Além de contemplar bastante o modelo de assistência psiquiátrica que já vinha sendo implantado no Distrito Federal desde o início da década de 1920, esse decreto reestruturou o curso da

---

<sup>475</sup> Matriculado sob o n. 490 no Livro 2 de Assentamento de Empregados da Colônia.

Escola Profissional de Enfermagem e criou o curso de visitadoras sociais, que teria lugar na Colônia de Engenho de Dentro (Art. 87).<sup>476</sup>

Como vimos, o movimento das consultas e, também, das operações na clínica de cirurgia geral não foi crescente ao longo do período analisado (1919-1932). A verdade é que essa clínica já surgiu com números de consultas e de operações bem expressivos (em 1922 e 1923 deram-se 17.454 e 17.899 consultas); em 1924, verificou-se, de fato, um aumento (21.836), porém, em 1927 (16.763) e 1932 (16.333), os números de consultas ficaram abaixo dos registrados em 1922 e 1923. As operações bateram recorde também em 1924, quando se realizaram no ARC setecentas cirurgias.

A importância social dos tratamentos cirúrgicos, naquela região, era patente. Nesse sentido, é possível encontrar nos jornais de grande circulação notas de agradecimentos, especialmente aos médicos do Ambulatório, pelas operações cirúrgicas realizadas. Esses agradecimentos, muitas vezes, se estendiam a enfermeiras e outros funcionários do ambulatório. Em 1920, no *Correio da Manhã*, figurava um agradecimento nominal aos Drs. Oswaldo Seabra, Luiz de Marcos e Mário Reis por uma operação de apendicite.<sup>477</sup> Em 1925, no mesmo jornal, uma reportagem intitulada “Enfermos” fazia uma menção a uma “melindrosa intervenção cirúrgica praticada pelos hábeis cirurgiões drs. Gastão Guimarães e Gustavo de Rezende” e aos “desvelos da enfermeira-chefe e da farmacêutica-chefe” do ARC dispensados a Maria Eis, filha do cirurgião dentista Antônio João Eis.<sup>478</sup> Por meio dessa nota de agradecimento, é possível perceber que as cirurgias realizadas no ambulatório não estavam restritas aos indivíduos considerados indigentes.

Em 1931, em *O Jornal*, uma moradora do bairro de Piedade pedia vênias para trazer a público o seu reconhecimento pela maneira com que havia sido assistida no ARC pelo médico-cirurgião João Alfredo Netto – a quem chamava “de grande apóstolo da ciência, que, abaixo de Deus, devo a volta ao meu lar querido”; a mulher chamada Regina Maria da Silva agradecia ainda aos corpos clínico e de enfermeiras deste grande hospital.<sup>479</sup> Em 25 de dezembro de 1932, João Marques Sampaio, morador do bairro da Gávea, dizendo-se curado de uma “insidiosa moléstia”, tornava público o seu agradecimento ao médico Lourenço Jorge: “atacado em agosto último por um conjunto de moléstias graves, como

---

<sup>476</sup> BRASIL. Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927a. Aprova o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal.

<sup>477</sup> AMBULATÓRIO Rivadávia Corrêa. *Correio da Manhã*, n. 7.892, 9 de outubro de 1920d, p. 8.

<sup>478</sup> ENFERMOS. *Correio da Manhã*, n. 9.316, 12 de junho de 1925, p. 6.

<sup>479</sup> *O JORNAL*, ano XIII, n. 3.913, 9 de agosto de 1931, p. 6.



soem ser a sífilis do fígado com icterícia, insuficiência hepática, peritonite, pleurite e nefrite grave, segundo o diagnóstico firmado, depois de vários ilustres médicos terem desesperado minha cura, me entreguei à reconhecida proficiência do ilustre cientista Dr. A. Lourenço Jorge”, o qual “sem desfalecimentos e com a dedicação de um sincero amigo e a competência de um verdadeiro mestre, combateu a insidiosa moléstia, vencendo-a, afinal, com a graça de Deus”.<sup>480</sup>

Podemos perceber que muitos desses médicos já atuavam na década de 1910 em importantes clínicas na cidade do Rio de Janeiro. Zopyro Goulart (1885-1937), por exemplo, era chefe do gabinete de clínica dermatológica na Policlínica das Crianças e inspetor médico escolar; e Alfredo Neves (1887-1975), assistente afetivo de clínica médica dessa mesma Policlínica das Crianças. Já outros médicos, como o mineiro Octávio Barbosa do Couto e Silva (1901-1979), se tornaram reconhecidos justamente por sua atuação no ambulatório. Na Sociedade de Medicina e Cirurgia, ao saudar esse médico, Lourenço Jorge (1889-1954) lembrou que Couto e Silva mal havia terminado o curso quando ocupou o cargo de assistente de clínica médica do ARC, sendo, depois de dois meses de trabalho e cinco de formado, nomeado chefe do serviço, ocupando o lugar de Henrique Dias Duque Estrada (1871-1951).<sup>481</sup>

O fechamento do ARC ocorreu durante a gestão de Ernani Lopes, que escapa aos limites deste trabalho. Contudo, nas páginas seguintes, analisamos algumas circunstâncias que marcaram o encerramento das atividades e a demolição do ARC. Antes disso, é necessário fazer dois apontamentos. Em primeiro lugar, o fechamento desse ambulatório, assim como ocorreu com a sua abertura, estavam profundamente ligados a questões internas da própria psiquiatria, mas também ao contexto geral da saúde pública. Nesse ponto, chama a atenção principalmente a questão do desenvolvimento da assistência pública municipal. Ernani Lopes, inclusive, creditava à “progressão crescente dos serviços de assistência pública municipal, muitos dos quais em subúrbios próximos do Engenho de Dentro” a leve queda nos consultórios de medicina geral de 1934 para 1935.<sup>482</sup> Os consultórios que apresentaram esse declínio foram os de pediatria (63.524 contra 58.312), clínica médica (27.810 contra 24.746) e cirurgia geral (16.208 contra 14.816). No entanto, ao que tudo indica, como veremos adiante, o desenvolvimento da

---

<sup>480</sup> AO SR. Dr. A. Lourenço Jorge. *Correio da Manhã*, n. 11.674, 25 de dezembro de 1932, p. 3.

<sup>481</sup> SOCIEDADE de Medicina e Cirurgia. *O Jornal*, ano VIII, n. 2.376, 9 de setembro de 1926, pp. 4, 12.

<sup>482</sup> LOPES, Ernani. Relatório do diretor da Colônia do Engenho de Dentro relativo ao ano de 1935, 1936, pp. 239-240.

assistência pública municipal impactou muito menos na clientela do que no corpo de médicos do ARC. Ao lado dessa afirmação sobre a queda nos consultórios de medicina geral, Lopes destacava que o contrário havia ocorrido no consultório de doenças neuromentais, o que, segundo ele, “provavelmente é um indício de que o público vai reconhecendo cada vez mais os *verdadeiros objetivos* do Ambulatório Rivadávia Corrêa, criado para ser órgão específico da profilaxia dos males nervosos e mentais”.<sup>483</sup>

O segundo apontamento diz respeito justamente a essa mudança no discurso de Ernani Lopes em relação aos consultórios de medicina geral. Além de focar apenas nos consultórios que reduziram o número de atendimentos, o médico dava a entender que os objetivos dos mesmos não eram tão legítimos como o do consultório de doenças neuromentais. É possível que Lopes tivesse o interesse de afunilar o escopo do ambulatório da Colônia de Engenho de Dentro.

Em 14 de agosto de 1939, por ocasião de uma romaria ao túmulo do médico Gustavo Riedel, no Cemitério São João Baptista, em nome do corpo docente da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto, o médico Mário Moutinho dos Reis discursou dizendo que, para se ter a medida justa do quanto já se havia feito no ARC em benefício da população pobre, bastava dizer que o número de suas matrículas já ascendera a cerca de 400.000.<sup>484</sup> Contudo, segundo o médico, essa, que era uma das criações a que Gustavo Riedel dedicou o melhor dos seus cuidados, se encontraria então “em franca agonia”.<sup>485</sup>

Em torno de um mês depois, no dia 18 de setembro de 1939, o diretor da Assistência a Psicopatas (SAP) escreveu para o diretor do Departamento Nacional de Saúde, versando sobre a necessidade de se demolir o prédio do ARC e, também, de aproveitar o seu material cirúrgico para um novo prédio:

A necessidade de instalar com urgência e eficiência os respectivos serviços clínicos, leva-me a solicitar-vos providências junto ao Exmo. Sr. Ministro para a aquisição do material imprescindível ao mesmo e, como medida inicial lembro e solicito o aproveitamento de todo o material do Ambulatório Rivadávia Corrêa, da Colônia Gustavo Riedel, para aquele bloco que deve ser inaugurado brevemente e se acha completamente desprovido de qualquer material.

Para as novas construções do Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP) em terrenos da Colônia Gustavo Riedel torna-se necessária a demolição imediata do Ambulatório Rivadávia Corrêa, que assim terá cessado suas

---

<sup>483</sup> LOPES, Ernani. Relatório do diretor da Colônia do Engenho de Dentro relativo ao ano de 1935, 1936, p. 240 (grifo nosso).

<sup>484</sup> Os cartões de matrícula do Ambulatório Rivadávia Corrêa, encontrados juntos aos documentos clínicos, dão conta, no entanto, de trezentos mil consulentes.

<sup>485</sup> DR. GUSTAVO RIEDEL, 1939, p. 7.

atividades, justificando-se plenamente o aproveitamento do seu material médico-cirúrgico<sup>486</sup>.

Segundo Edilberto Campos, no dia 31 de outubro de 1939, após vinte anos de existência, foi fechado o ARC, devido ao programa de ampliação das instalações da Colônia Gustavo Riedel, para onde foi transferida a parte central da Assistência a Psicopatas, que ainda estava, na época, no estabelecimento da Praia Vermelha. “No lugar do pequeno e lindo pavilhão de linhas clássicas, que foi o enlevo de Gustavo Riedel, surgirá em breve um grande edifício em estilo moderno, ao gosto da época atual”.<sup>487</sup> Esse médico, que continuou trabalhando no ambulatório até o seu fechamento, ainda comentou o afastamento de médicos de diversas especialidades em função da lei das desacomulações, de fins da década de 1930.<sup>488</sup>

No início de 1938, com base no Decreto-Lei n. 24, de 29 de novembro de 1937, que dispunha sobre a acumulação de funções e cargos públicos remunerados e dava outras providências, vários médicos deixaram o ARC. Nesse sentido, a Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937, aprovada em 10 de novembro desse ano, foi taxativa em relação à proibição de acumulações. No seu artigo n. 159, estipulava o seguinte: “É vedada a acumulação de cargos públicos remunerados da União, dos Estados e dos Municípios”.

Já no primeiro dia de janeiro de 1938, nove médicos que haviam sido admitidos ao longo da década de 1920 no ARC demitiram-se por terem optado por cargos que exerciam na Assistência Pública Municipal. Apenas o médico Alfredo Neves optou, nessa ocasião, por um cargo fora da assistência municipal: o chefe de pediatria do ambulatório se decidiu pelo cargo de diretor de Anais e Debates da Secretaria do Senado Federal. Os demais médicos e cargos de sua escolha foram os seguintes: Gastão de Oliveira Guimarães (diretor dos Serviços Médicos e Hospitalares da Secretaria Geral de Saúde e Assistência da Prefeitura do Distrito Federal); Arthur Fajardo da Silveira (cirurgião assistente efetivo da Secretaria Geral de Saúde e Assistência); Oswaldo Nunes de Souza Guimarães (auxiliar efetivo da Secretaria Geral de Saúde e Assistência); Álvaro Lourenço Jorge (médico clínico da Secretaria Geral de Saúde e Assistência); Hugo Vianna Marques (chefe do Órgão de Propaganda da Educação da Secretaria Geral de Saúde e Assistência); João Alfredo Corrêa de Oliveira Neto (médico clínico da Secretaria Geral de Saúde e Assistência); Lair Paulo Barata Ribeiro (chefe do serviço de ginecologia da Secretaria

---

<sup>486</sup> Ofício n. 977, caixa 1.065. Localização: CETAPE/IMAS-NS.

<sup>487</sup> CAMPOS, Edilberto. A Oftalmologia no Ambulatório Rivadávia Corrêa, p. 217.

<sup>488</sup> CAMPOS, Edilberto. A Oftalmologia no Ambulatório Rivadávia Corrêa, pp. 217-224.

Geral de Saúde e Assistência) e Augusto Pinheiro (médico clínico da Secretaria Geral de Saúde e Assistência). Essa instituição foi atravessada, tanto em relação ao seu funcionalismo como em termos de sua estrutura física, pela gestão do ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema (1934-1945).

Um texto publicado em 1946 na coluna de crônica científica, intitulado “Erro e crime”, apontava o papel de Capanema, durante o governo autoritário do Estado Novo, no fechamento do Hospício da Praia Vermelha. A matéria, assinada pelo médico e jornalista Eduardo Floriano de Lemos (1885-1968), ressaltava as tentativas do corpo de psiquiatras nacionais de reagir à perda desse patrimônio. O texto afirmava que Jacarepaguá figurou inicialmente como principal ponto de apoio para o fechamento daquele estabelecimento. No entanto, devido à distância, o governo teria resolvido construir algumas instalações na Colônia de Engenho de Dentro. Floriano de Lemos fazia a seguinte leitura sobre a assistência psiquiátrica do Distrito Federal durante o Estado Novo:

Depois de 1930, tudo mudou. Superlotado, o Hospício da Praia Vermelha. O governo resolveu não fazer mais nada do programa de Juliano. Anunciou uma reforma. Tornou-se uma ideia fixa, já no regime do Estado Novo, a construção de um também hospital novo. Debalde o insigne sábio brasileiro procurou demover o governo de demolir o que em tantos anos de trabalho e de glórias fora conquistado pela ciência e pela boa administração dos bens dos enfermos. No fim de algum tempo de lutas improficuas, Matoso Maia era afastado do seu cargo e Juliano aposentado “a pedido”.

E foi assim, que veio a era Capanema. Este novo ministro ficou marcado com célebre frase sua para todos quantos lhe vinham falar na necessidade de fazer obras no Hospício da Praia Vermelha.

– Nem mais um tijolo...<sup>489</sup>

O fechamento do Ambulatório está ligado, assim, diretamente, à gestão ministerial de Capanema, que determinou a suspensão das atividades do HN e apresentou um novo desenho para a assistência psiquiátrica do Distrito Federal, com a reestruturação das colônias de Engenho de Dentro e de Jacarepaguá. A partir de 1941, o chamado “Plano Hospitalar Psiquiátrico” orientava a direção das ações e a prática do SNDM (FABRICIO, 2009; BRAGA, 2013; BRAGA; VENANCIO, 2017; VENANCIO, 2022).

A reportagem intitulada “Da Praia Vermelha para o Engenho de Dentro”, do jornal *A Noite* de novembro de 1939, foi a única matéria encontrada que menciona a demolição do ARC. Nela, o diretor da então CGR, Ernani Lopes, esclarecia que, apesar de anexo à

---

<sup>489</sup> LEMOS, Floriano. Crônica científica. Erro e Crime. *Correio da Manhã*, ano XLV, n. 15.796, 13 de janeiro de 1946, p. 2.

colônia, esse estabelecimento atendia a várias enfermidades não especificamente nervosas, e que, no lugar daquele ambulatório, seria construída uma das maiores e mais importantes construções do gênero. Lopes sublinhava que o HN seria transferido, com toda as suas seções, para Engenho de Dentro e “todos estes prédios toscos e semiderruídos serão transformados em confortáveis aposentos, enfermarias, ambulatórios etc., com os quais se possa atender aos necessitados”. Por fim, apontava que, a despeito das condições do prédio, além do ambulatório, as sessões de fisiologia, pediatria, dermatologia, oftalmologia e neuropsiquiatria continuariam funcionando no edifício do ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée-Guinle; porém, apenas a sessão de neuropsiquiatria se destinaria a doentes novos, as demais prestando assistência somente aos doentes já matriculados no ARC.<sup>490</sup> Sabe-se que até, pelo menos, fins de 1941 serviços de pediatria, oftalmologia e otorrinolaringologia funcionaram de empréstimo em salas pertencentes ao ambulatório da FGG.<sup>491</sup>

Lopes, que, em diversas oportunidades, durante a gestão de Gustavo Riedel, defendeu que a organização pluriclínica do ARC viabilizava a prática de higiene mental, sugeria pelo menos desde 1935, como vimos, que o atendimento a várias enfermidades não especificamente nervosas estaria em contradição com a natureza daquela instituição. Isso nos permite perceber o quanto a defesa da lógica de uma profilaxia mental a partir do modelo policlínico teve um papel fundamental na legitimação do ARC, pois, pelo menos até o final dos anos de 1930, houve uma aglutinação em torno do projeto de higiene mental do diretor da colônia. Além disso, como fica claro nesse discurso de Lopes, as posições da policlínica e do ambulatório de higiene mental haviam sido alteradas.

A criação do Centro Psiquiátrico Nacional (CPN) foi um evento relacionado, em primeiro lugar, ao fechamento do HN. Esse centro psiquiátrico surgiu ao mesmo tempo em que o Hospício da Praia Vermelha foi deixando de existir. O Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, inaugurado em março de 1942, foi uma das primeiras unidades a serem instaladas de acordo com o projeto de remodelação da década de 1940. Mas a criação desse hospital não “enterrou” de vez a CGR. A inauguração do Hospital Gustavo Riedel (HGR), em fins de 1944, para casos subagudos foi o grande marco do fim dessa colônia, oficialmente suplantada pelo Decreto n. 7.055, de 18 de novembro de 1944, que criou o CPN.

---

<sup>490</sup> DA PRAIA Vermelha para o Engenho de Dentro. *A Noite*, ano XXIX, n. 9.980, 22 de novembro de 1939, pp. 17-18.

<sup>491</sup> UM MUNDO diferente do nosso, 1941a, p. 6.

Em 14 de agosto de 1946, nesse centro psiquiátrico, Gustavo de Rezende fez um discurso em homenagem à memória do patrono do Hospital Gustavo Riedel, unidade que, no âmbito do CPN, substituiu a Colônia Gustavo Riedel (CGR). Rezende iniciou essa conferência<sup>492</sup> contando uma parábola da obra “A voz do profeta”, do escritor português Alexandre Herculano (1810-1877), sobre um agricultor que morre deixando a herança dos pais aos três filhos. Rezende identificava Gustavo Riedel com o irmão do meio, aquele que, ao contrário do mais velho e do mais novo, opta por não abandonar ou desprezar a obra de seus antepassados, mas sim em preservá-la e melhorá-la. O médico do CPN demonstrava um grande pesar pelos serviços criados por Riedel, nos anos de 1920, terem sido desconstruídos no início da década de 1940.<sup>493</sup> Essa parábola é sugestiva para pensar a construção e desconstrução da memória de Gustavo Riedel. De um lado, ela ajuda a fixar uma imagem de um homem interessado em aperfeiçoar a assistência psiquiátrica e, de outro, dá conta do apagamento de suas obras no início de 1940.

O fato é que, com a transferência do hospício da Praia Vermelha para a instituição de Engenho de Dentro, o programa de Gustavo Riedel foi abandonado. A instituição de Engenho de Dentro foi eleita herdeira do “Hospício da Praia Vermelha” e deu lugar a um grande complexo hospitalar psiquiátrico, desmantelando os serviços anexos e voltando a fornecer tratamento apenas aos chamados doentes mentais. O asilo urbano sobrevivia, sendo replanejado no bairro suburbano.

De todo modo, a essa altura, seria mais evidente o contraste entre a organização pluriclínica do ARC e as práticas contemporâneas de higiene mental. A higiene mental da Colônia de Engenho de Dentro havia se ancorado, em boa medida, fora dos limites da psiquiatria, nos diversos consultórios médicos da Policlínica dos Subúrbios. No início de 1940, o arranjo do ARC, bem como o conceito de profilaxia das doenças mentais e nervosas a partir de assistência médica geral à população pobre, foram deixados de lado em favor de um modelo de ambulatório de higiene mental caracterizado basicamente por um processo de triagem realizado sob os auspícios da psiquiatria. É possível supor que esse contraste tenha ficado ainda maior no contexto da gestão de Aduino Botelho à frente da Divisão de Assistência a Psicopatas (1939-1941), transformada em 1941 em Serviço Nacional de Doenças Mentais (1941-1954).

---

<sup>492</sup> Esse discurso seria relido dezoito anos mais tarde, em 1964, no CPN, por seu diretor Antônio da Costa Carvalho.

<sup>493</sup> CARVALHO, Antônio da Costa; ALVES, Angelo Joffre Dias. *Gustavo Riedel: o semeador de sabedoria*, 1978.

Segundo Braga, no âmbito do SNDM, a lógica assistencial estava baseada em dois pilares: a expansão dos serviços hospitalares para o território nacional e a preocupação com a profilaxia e higiene mental. Para estas ações o SNDM estabeleceu os Ambulatórios de Higiene Mental, “sobre os quais recaía a responsabilidade de fazer a triagem de pacientes na rede pública psiquiátrica, acompanhar os pacientes egressos e disseminar informações a título de prevenir os distúrbios mentais” (BRAGA, 2013: 73-74). Heitor Resende apontou que, com exceção do Ambulatório de Engenho de Dentro, “os poucos ambulatórios psiquiátricos oficiais foram criados por Aduino Botelho, depois dos anos 40, com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM)”. Ainda segundo o autor, “em 1961, contavam-se apenas dezessete em todo o país, segundo relatório de Edmundo Maia, então diretor do SNDM” (RESENDE, 2000: 54).

De todo modo, ao contrário do burburinho em torno da sua inauguração, o desmantelamento do ARC não teve repercussão. Sobre o silêncio a respeito do seu fechamento, é necessário destacar que esse fato se deu no contexto do Estado Novo varguista (1937-1945), no qual, desde fins de 1939, com a criação do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), a censura à imprensa no país saiu da polícia e passou para esse novo órgão do governo (VIEIRA, 2019: 77). Tratava-se da desconstrução de um serviço médico gratuito no subúrbio e da construção de um grande prédio em estilo moderno, como observou o médico Edilberto Campos. No início da década de 1950, a reconstrução desse ambulatório era uma reivindicação dos moradores do Engenho de Dentro.<sup>494</sup>

Apesar da demolição dos prédios do ARC e posteriormente, também, do Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa, podemos dizer que as experiências do ambulatório de higiene mental e do serviço aberto não foram suprimidas. Nos anos 1940, a existência concomitante dos serviços aberto e fechado era a norma na instituição de Engenho de Dentro e também na colônia de Jacarepaguá, sendo prática comum na assistência psiquiátrica do Distrito Federal. Porém, é preciso notar que as ideias que alimentaram o programa dos anos de 1920 e 1930 haviam mudado nas décadas de 1940 e 1950, por questões geracionais e também políticas.

Além disso, como observado em outras partes do mundo, também houve no Brasil nos anos de 1940 e 1950 uma redução do movimento de higiene mental. Molina destaca que, em meados do século 20, a higiene mental no México começou a perder a identidade

---

<sup>494</sup> NOVOS TEMAS da mesa redonda do Engenho de Dentro. *Diário de Notícias*, ano XXIII, n. 9.331, 02 de abril de 1953, p. 11.

e a força que tinha na década de 1930 por diversos motivos. O primeiro tem a ver com o novo conceito de “saúde mental” proposto pela recém-criada Organização Mundial da Saúde (1948). Segundo o autor, a fundação da OMS significou o rebaixamento da figura das ligas de higiene mental e também do próprio conceito de higiene mental. O segundo motivo apresentado diz respeito à realização do Primeiro Congresso Mundial de Psiquiatria, em Paris, em 1950, espaço que captou a atenção do mundo, que até então havia se concentrado em congressos de higiene mental. Molina ainda explicita que o contexto desse congresso foi “marcado pela efetividade dos tratamentos de choque e pela recente descoberta de psicofármacos para a psicose, que abria as portas aos tratamentos biológicos como uma rota verdadeiramente segura para o tratamento da loucura” (MOLINA, 2022: 74). O autor relaciona o fim da higiene mental no México à realização do IV Congresso Internacional de Saúde Mental em 1951 na capital mexicana e observa que, no âmbito nacional, dois processos apontaram para a redução do movimento mexicano: a preocupação das autoridades sanitárias com o desmantelamento do já aboleto Manicomio General de La Castañeda e com a construção de uma rede para oferecer tratamento adequado.

No Brasil também notamos o papel da desativação do HN e da construção de uma rede de assistência psiquiátrica sob os auspícios do SNDM na desarticulação do movimento de higiene mental tal qual pensado por Juliano Moreira e Gustavo Riedel. Nesta perspectiva, Facchinetti, Mota e Muñoz apontam a reestruturação do Estado, dentre outros pontos, através de uma nova distribuição de cargos públicos que teve lugar no Governo Vargas: com a aposentadoria de Juliano Moreira e a nomeação de Adauto Botelho para a direção do HN e de Waldemiro Pires a Assistência aos Psicopatas. Os autores ainda sublinham que, com a chegada de Vargas ao poder, houve grande expectativa entre os integrantes da LBHM, adeptos da eugenia negativa, de que o regime cada vez mais antiliberal varguista apoiasse essa agenda. Mas, ao contrário dessa expectativa, a política eugênica sofreu um revés significativo na Era Vargas, como demonstram aprovações apenas de leis tímidas sobre a matéria sob a égide das Constituições de 1934 e de 1937 (FACCHINETTI; MOTA; MUÑOZ, 2022: 107). A nova etapa histórica que se abriu com o Governo Vargas e a incorporação do novo conceito de saúde mental na década de 1950 não deram condições para uma nova ascensão da LBHM. Além disso, a década de 1960 seria marcada no país pelo início da ditadura militar (1964-1985) e a de 1970 pela gestação da Reforma Psiquiátrica.



## CAPÍTULO 3

### OS SERVIÇOS (E SABERES) ANEXOS DA COLÔNIA DE ALIENADAS

Este capítulo está estruturado em torno da criação e do encerramento dos cinco serviços anexos da Colônia de Engenho de Dentro inaugurados em terrenos dessa colônia entre 1920 e 1924, na gestão de Gustavo Riedel, após a organização da Policlínica dos Subúrbios (1919), a saber: 1. Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto (1921); 2. Assistência Heterofamiliar (1921); 3. Ambulatório para Profilaxia das Doenças Venéreas (Ambulatório n. 2 da futura Fundação Gaffrée-Guinle) (1923); 4. Serviço Aberto do Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa (1923) e 5. Laboratório de Psicologia Experimental (1924).

A criação e o funcionamento desses serviços anexos na gestão de Riedel suscitam duas questões fundamentais e que, na verdade, estão fortemente interrelacionadas: em primeiro lugar, o papel e a importância desses serviços no programa de higiene mental de Gustavo Riedel, e, em segundo lugar, a forma como cada um deles impactou na organização da Colônia de Engenho de Dentro e nas relações de saber-poder-fazer no âmbito da Assistência a Alienados do Distrito Federal.

Para a construção desse capítulo nos valem, tal como no anterior, amplamente de artigos e relatórios médicos e textos jornalísticos. Para a análise da AHF, do Serviço Aberto e do Ambulatório n. 2 da FGG também utilizamos documentação clínica. Na análise de alguns serviços, foram utilizadas ainda documentações administrativas da Secretaria de Estado da Justiça e Negócios Interiores do fundo documental do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro (AHF e Serviço Aberto), do IMAS-NS (AHF e Laboratório de Psicologia Experimental) e do IMAS-JM (EEPAP e Ambulatório n. 2 da FGG). A documentação em questão, no caso do IMAS-JM, é o segundo livro de assentamento de empregados subalternos da Colônia de Engenho de Dentro (1919-1949). Para compreender o desenvolvimento da EEPAP, lançamos mão ainda de fontes primárias oriundas do Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ). No caso da AHF, foi decisivo também o exame da Instrução da Lei de 11 de julho de 1911 para a Assistência Doméstica, encontrada por meio de uma pesquisa no *Diário Oficial da União* (DOU).

O presente capítulo, além de uma breve introdução intitulada “Ciência e comunidade científica na Colônia de Engenho de Dentro”, contém cinco subitens, correspondendo cada um a um serviço anexo.

No item 3.1.1 (Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto), tratamos da criação e do funcionamento dessa escola de enfermagem no espaço da Colônia de Engenho de Dentro por mais de vinte anos, buscando “ouvir” a voz dos médicos e, também, das enfermeiras. Com o objetivo de quantificar e qualificar, averiguando a passagem de enfermeiras empregadas nos serviços da colônia pela EPEAP, fizemos um levantamento estatístico das enfermeiras e enfermeiros e das monitoras de higiene mental matriculadas no segundo livro de assentamento de empregados da colônia do início da década de 1920 ao começo dos anos de 1940. Na narrativa estabelecemos um diálogo, principalmente, com pesquisadores do Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem (LAPHE), da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO, que trataram da EPEAP, a saber: Wellington de Amorin e Ieda de Barreira (2007), Cássio da Silva e Fernando Porto (2008), Ricardo da Silva (2009) e Ana Paula da Cunha, Osniir Claudiano da Silva Júnior e Luana Christina da Silva (2013). Por sua vez, interagindo com um estudo de Luiz Otávio Ferreira e Renata Salles (2019) sobre a Escola de Enfermagem Ana Nery (EEAN), buscamos pensar o perfil socioeconômico e a composição racial das alunas da escola de enfermagem da Colônia de Engenho de Dentro.

No item 3.1.2 (Assistência Heterofamiliar), investigamos o processo de estruturação e decadência da AHF na Colônia de Engenho de Dentro, considerando tanto seu aspecto administrativo como clínico. O primeiro diz respeito, especialmente, à expansão da colônia por meio da aquisição de terrenos e verbas para a AHF, enquanto o segundo nos conduz, sobretudo, ao lugar social do trabalho doméstico para as mulheres pobres. A partir da análise dos livros de matrícula e de observação, examinamos o perfil e as histórias clínicas de pacientes encaminhadas para a AHF. Nessa análise, buscamos enfatizar as questões de gênero, classe social e raça explícitas na AHF. No início deste item, fazemos uma breve apresentação sobre o surgimento da assistência familiar na Bélgica, França e Alemanha, baseando-se no estudo de Thomas Müller (2010). Ao final, apontamos as causas do declínio dessa modalidade de assistência em diversas regiões da Alemanha, procurando compreender o mesmo processo no caso da Colônia de Engenho de Dentro. Também estabelecemos um diálogo com o estudo de Jeanine Claper (2020), que tratou, dentre outros temas, da AHF nas Colônias de Vargem Alegre e de

Jacarepaguá. O tema do trabalho doméstico na sociedade brasileira é abordado seguindo Melo e Thomé (2018) e também Soares, Melo e Bandeira (2014).

No item 3.1.3 (Ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée e Guinle), analisamos a criação do Ambulatório n. 2 da FGG, buscando entender como a Colônia de Engenho de Dentro se tornou um dos lugares destinados ao tratamento gratuito de doenças venéreas no Rio de Janeiro e como essa terapêutica foi realizada com relação às pacientes dessa instituição psiquiátrica. Para a concretização deste último objetivo, lançamos mão da análise de histórias clínicas de pacientes encaminhadas para tal ambulatório, além de fazermos um levantamento estatístico das pacientes com diagnósticos relacionados à sífilis internadas entre 1911 e 1934. Por último, apontamos a organização de quadros do movimento (mensal e anual) do Consultório de Moléstias da Pele e Sífilis. No tocante aos debates acerca dos contornos da sífilis, traçamos uma conversa, principalmente, com Giulia Accorsi (2020) e Sérgio Carrara (1996). Já para compreender o lugar que o ambulatório n. 2 da FGG ocupava no conjunto mais amplo das iniciativas da FGG e do filantropo Guilherme Guinle, apoiamos-nos nos estudos de Gisele Sanglard e Renato Costa (2004) e Sanglard (2008).

No item 3.1.4 (Laboratório de Psicologia Experimental), tratamos da criação e do funcionamento desse laboratório, verificando os objetivos propostos por seu diretor, o polonês Waclaw Radecki, e os auxílios prestados aos médicos de outros serviços anexos e da parte fechada da colônia. Para tanto, dialogamos com o trabalho clássico de Centofanti (2004) e com Fonseca (2018) sobre Waclaw Radecki e o laboratório em análise, e também com Castro, Facchinetti e Portugal (2019), nesse caso buscando situar as práticas de Radecki no quadro mais geral da psicologia da década de 1920 no Rio de Janeiro.

No item 3.1.5 (Serviço Aberto do Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa), pesquisamos a inauguração desse serviço, buscando entender por que ele surgiu como um estabelecimento destinado ao tratamento de internação para toxicomania e, pouco tempo depois, se tornou um serviço aberto para tratamento de doentes mentais. Procuramos ainda analisar a prática do serviço aberto e sua relação com o serviço fechado em Engenho de Dentro na gestão de Riedel e também, pontualmente, na de Lopes. A partir da análise dos dois primeiros livros de matrícula da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1934), traçamos o perfil das 96 pacientes oriundas do PPEP que ingressaram na parte fechada da colônia e examinamos outros quatro casos de pacientes que alcançaram a assistência psiquiátrica do Distrito Federal através do serviço aberto de Engenho de Dentro. No início

deste item, fazemos uma breve apresentação sobre o surgimento do serviço aberto na França, apoiando-nos em Hernán Scholten (2022). Já as contribuições de Rafael Huertas (1995, 2002) sobre as restrições legais que impediam que os psiquiatras pusessem em prática esta nova modalidade assistencial na Espanha nos ajudam a pensar a especificidade do caso brasileiro. No tocante ao tema da toxicomania, traçamos uma conversa, sobretudo, com Júlio Cesar Adiala (2011).

### **3.1. Ciência e comunidade científica na Colônia de Engenho de Dentro**

Atualmente a ideia de que a ciência é uma atividade social e uma prática coletiva é o ponto central dos estudos históricos e sociológicos. A ciência, como enfatizou, de modo inaugural, o microbiologista e epistemólogo polonês Ludwik Fleck (1896-1961), é um fenômeno comunicacional por excelência (FLECK, 2010).

Antes de começarmos a pensar a criação e o funcionamento dos serviços anexos da Colônia de Engenho de Dentro, é necessário circunscrever o contexto sociomédico e institucional no qual eles estabeleceram raízes e as redes que possibilitaram a sua existência produtiva e criativa. Os serviços anexos não funcionavam como estruturas e categorias estáveis e fixas que apontavam para um centro. Na realidade, o que existia eram fluxos internos e externos relativos a campos e saberes científicos específicos. Isso significa reconhecer, em primeiro lugar, que a criação da Policlínica dos Subúrbios (ARC) mexeu, em diferentes níveis, com a vida da Colônia de Engenho de Dentro. Todos os demais serviços anexos criados por Gustavo Riedel podem ser considerados, a nível local, como efeitos desse ambulatório *sui generis* de higiene mental.

Como vimos no início deste capítulo, a LBHM surgiu relacionada ao ARC. Além disso, ela se desenvolveu, em especial, a partir de instituições médicas do Rio de Janeiro, como a Colônia de Engenho de Dentro e o HN. Cumpre destacar que pertenciam à cúpula e às seções de estudo da LBHM vários médicos da colônia e de seus serviços anexos, como Plínio Olinto, Ernani Lopes, Juana M. de Lopes, Gustavo de Rezende, Álvaro Cardoso (engenheiro), Zopyro Goulart, Alberto Farani, Edilberto de Campos, Gastão Guimarães, Alfredo Neves, Hugo Vianna Marques, Lourenço Jorge, Benigno Sicupira Filho e Murillo de Campos. Na terceira sessão do conselho executivo da LBHM, realizada em 16 de julho de 1925, no Pavilhão Argentino, foi aceita a proposta do médico Plínio Olinto para que os chefes de serviços do ARC que ainda não fossem membros das seções de estudos da Liga fossem chamados a sê-lo, tendo em vista que essa instituição era um

órgão de profilaxia mental.<sup>495</sup> Olinto buscava, assim, organizar e fortalecer o coletivo de higienistas mentais.

Os serviços anexos criados por Gustavo Riedel alimentaram a LBHM em seu capital humano e social e foram por ela legitimados. Assim, é importante reforçar também que esses serviços surgiram na órbita da psiquiatria e graças a um apelo eugenista e higienista. A higiene mental era, então, vista como a solução modelar de um problema – a prevenção das doenças mentais e nervosas e o aprimoramento da raça – que envolvia a psiquiatria, mas também outras disciplinas que ela ajudava a desenvolver, como a enfermagem, a sifilografia e a psicologia. A reorganização da colônia a partir dos pressupostos da higiene mental direcionou a instituição para a produção e reprodução de novos saberes e práticas científicas.

Riedel percebia essa capacidade de transformação da higiene mental ao apontar que foi sob a influência desse ideário que, pela primeira vez, a alienística e a psiquiatria se apresentaram como campos distintos de ação.<sup>496</sup> Segundo Ernani Lopes, se devia à higiene mental, inclusive, a “valorização de outras especialidades, que se lhe tornaram por assim dizer colaterais”, quais sejam a psicologia e a psiquiatria. O médico fazia uma distinção entre essa última disciplina e a denominada alienística:

- 1) Ao influxo da higiene mental a “alienística” e a psiquiatria pela primeira vez se demarcam campos distintos de ação, encarregando-se a primeira de tratar e assistir os alienados propriamente ditos em manicômios, e a segunda, de tratar e assistir os psicopatas curáveis, que é possível poupar ao estigma — mal-entendido — da internação.
- 2) Ao influxo da higiene mental, a psicologia experimental, que há doze ou quinze anos passados se anunciava como uma ciência em crise, ressurgiu mais vivedora do que nunca, revelando-se auxiliar imprescindível de um sem-número de atividades práticas da vida moderna.<sup>497</sup>

É importante perceber que a psicologia e, principalmente, a enfermagem dentro desse modelo assistencial psiquiátrico eram disciplinas auxiliares do médico. O chamado “organismo psiquiátrico moderno” de Gustavo Riedel representava o poder dos médicos. Enfermeiras, visitadoras sociais e o pessoal do laboratório de psicologia deveriam trabalhar com o médico, mas sob o seu domínio. Nesse sentido, vale destacar que Campos e Ruperthuz (2022) percebem um fracionamento e uma multiplicação da figura do psiquiatra no contexto da higiene mental. Baseando-se em Castel; Castel e Lovell (1979)

---

<sup>495</sup> LBHM. Atas das Sessões da Liga Brasileira de Higiene Mental. Terceira Sessão do Conselho Executivo. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano I, n. 2, 1925, p. 142.

<sup>496</sup> RIEDEL, Gustavo. O organismo psiquiátrico moderno, 1928, p. 16.

<sup>497</sup> LOPES, Ernani. Os meios de ação na campanha pela higiene mental, 1925a, pp. 163-164 (grifo nosso).

e Castel (1980), apontam que “o desenvolvimento de uma série de novas instituições e a assunção de seus princípios por diferentes profissões *fracionaram* a figura do psiquiatra, que se *multiplicou* em outros agentes sociais e campos profissionais como o educador, o visitador social, o médico-social e o juiz”. Nossos autores também consideram que o planejamento de políticas públicas dos anos 20 e 30 do século XX “encontrou na higiene mental e suas propostas tecnocientíficas de prevenção e exame um instrumento que funcionava independentemente do regime político de cada país” (CAMPOS; RUPERTHUIZ, 2022: 7).

No caso do Brasil, Gustavo Riedel começou a fomentar a higiene mental justamente no governo oligárquico de Epitácio Pessoa (1919-1922). Durante este quadriênio, as questões da saúde pública em geral e da sífilis em particular passaram a fazer parte da agenda de governo. Em fins de 1919, o presidente Epitácio Pessoa “criou por decreto o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com o objetivo maior de coordenar as ações de saúde pública no país (...)” (SANGLARD; COSTA, 2004: 109). Nesse contexto, à frente do DNSP, o cientista Carlos Chagas promoveu uma importante reforma sanitária no país.

Como vimos no capítulo anterior, o movimento sanitarista, ativo de 1916 a 1920, concluiu que muitos problemas nacionais de ordem política, social e cultural estavam ligados à decadência orgânica do brasileiro. No campo da psiquiatria, isso se evidenciou, sobretudo, pela implicação direta da higiene geral na profilaxia das doenças mentais e nervosas, o que, além de aproximar a psiquiatria da medicina geral, ampliou a capacidade de mobilização dos psiquiatras dentro do coletivo médico e na sociedade.

O ARC, além de desempenhar um papel importante na normalização da população local, foi um dos principais eixos dessa produção e circulação de saberes, práticas e pessoas na Colônia de Engenho de Dentro. Nesse sentido, cabe destacar que os médicos desse ambulatório e da FGG realizaram no dia 10 de agosto de 1925, pela primeira vez, a reunião mensal do seu corpo clínico, instituída pela diretoria da colônia de alienadas. Compareceram a essa reunião os seguintes médicos: Zopyro Goulart, Alberto Farani, Benigno Sicupira, Edilberto Campos, João Alfredo, Lourenço Jorge, Mário Reis, Fajardo da Silveiro, Acácio de Araújo, Oswaldo Guimarães, Miguel Pedro, Bráulio Vasconcellos, Paulo Barata Ribeiro, Octavio Pinto e Alfredo Neves, e o chefe do Laboratório de Psicologia Waclaw Radecki, além do diretor interino da colônia, Plínio Olinto, responsável por presidir a reunião.

Nessa reunião, Zopyro Goulart apresentou um caso raro de esporotricose de forma linfangítica afetando o braço e antebraço. “Fora feita a cultura e as lesões apresentavam-se grandemente melhoradas com o tratamento pelo iodeto de sódio.” O médico apresentou ainda dois pacientes portadores de lesões de leishmaniose, para os quais não se obteve resultado com a terapêutica pelo preparado alemão 205, enquanto, por outro lado, o tratamento pelo tártaro emético havia trazido a cura. O médico Bráulio Vasconcellos apresentou dois casos de neurorecidivas (paralisia facial) e um caso raro de lues maligna precoce com sífilides tubérculo-ulcerosas circinadas. Segundo o médico, houve, nesse último caso, rápidas modificações das lesões após o início do tratamento pelo Neo-Salvarsan. Lourenço Jorge, por sua vez, tratou do problema da profilaxia das afecções orovalvulares. Apontou que a profilaxia das cardiopatias valvulares da infância podia e devia ser feita pela educação dos pais, “fazendo-se lhes compreender os perigos do reumatismo articular agudo e da coreia”, e defendia “a extensão de uma campanha dessa natureza feita nos serviços do Ambulatório Rivadávia Correia, por onde passam mensalmente milhares de doentes”. Corroborando as sugestões apresentadas por Lourenço Jorge, o médico Alfredo Neves salientou “a frequência das manifestações monoarticulares e apiréticas (nem por isso isentas de complicações cardíacas), facilmente desprezadas pelos leigos”. Já o professor polonês Waclaw Radecki discorreu sobre as vantagens de uma íntima cooperação entre a psicologia e a patologia, referindo-se às suas pesquisas em andamento no Laboratório de Psicologia Experimental da colônia.<sup>498</sup> Essas pesquisas versavam sobre as seguintes questões:

- a) a emotividade na demência precoce, trabalho intimamente ligado à psiquiatria. Discorre sobre os sentimentos e as emoções, frisando as diferenças que os separam, para concluir que a questão a ser posta é saber se é a sentimentalidade que se acha comprometida na demência precoce;
- b) pesquisas sobre os tipos imaginativos;
- c) estudo das relações recíprocas entre a atenção espontânea e a atenção voluntária.<sup>499</sup>

Tratando do problema da contribuição da psicologia à profilaxia das afecções nervosas de fundo luético, Waclaw Radecki, Zopyro Goulart e Plínio Olinto ainda levantaram a questão sobre a possibilidade do estabelecimento de um Wassermann psicológico.

---

<sup>498</sup> COLÔNIA de Alienadas. A reunião mensal do seu corpo clínico. *O Paiz*, ano XLI, n. 14.906, 12 de agosto de 1925, p. 7.

<sup>499</sup> *Idem*.

O resumo dessa reunião corrobora a ideia da ciência como uma atividade coletiva complexa. Conforme observa Ilana Löwy, para Ludwik Fleck, os pesquisadores científicos “pertencem a coletivos de pensamento distintos e são socializados em estilos de pensamento incomensuráveis”, e, no entanto, “o diálogo e as trocas entre grupos profissionais estão, muitas vezes, no próprio âmago de toda atividade científica” (LÖWY, 1994: 11).

Assim, é possível perceber alguns aspectos que ajudam a entender a forma como a ciência era praticada pelos médicos da Colônia de Engenho de Dentro. Em primeiro lugar, fica claro que eles estavam interessados não apenas nos diagnósticos e terapêuticas, mas também na divulgação do conhecimento médico para um público leigo. Em segundo lugar, é possível ver o compromisso desses médicos com a tradição de pesquisa fornecida pelo paradigma bacteriológico. Além disso, parece-nos evidente que o tema da sífilis perpassava, de alguma forma, todos esses encontros realizados na colônia, ou seja, a questão da sífilis ocupava um lugar central nos debates de várias áreas do conhecimento. Em síntese, é possível concluir, através dessa breve exposição da reunião mensal do corpo clínico da Colônia de Engenho de Dentro, que o seu ambiente institucional, nos anos de 1920 e 1930, foi propício ao intercâmbio científico de diferentes saberes e práticas médicas, sifiligráficas e psicológicas.

Essa troca se dava preferencialmente no próprio espaço da colônia, mas também junto às redes dessas instituições, como, por exemplo, conhecimentos e técnicas relacionados à sífilis e às doenças venéreas, que passaram a circular nessa instituição psiquiátrica a partir do ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée-Guinle (FGG), tendo a terapêutica para sífilis na colônia, a partir de meados dos anos de 1920, alcançado um número significativo de consulentes e, também, de pacientes do sistema fechado. Através do mapeamento dessas redes, é possível compreender melhor a expansão da colônia na gestão de Gustavo Riedel (1918-1932).

O ambulatório para profilaxia das doenças venéreas da colônia de Engenho de Dentro (Ambulatório n. 2) pertencia à Fundação Gaffrée-Guinle e estava subordinado ao Departamento Nacional de Saúde (DNS), e não à Assistência a Alienados do Distrito Federal. Cumpre destacar que a construção de um ambulatório da referida fundação nos terrenos da colônia feminina, ao lado do Ambulatório Rivadávia Corrêa, colocava o nome desta instituição psiquiátrica ao lado de outras instituições de saúde orientadas para o tratamento e a profilaxia da sífilis. Além disso, esse ambulatório sediou por oito anos o laboratório de psicologia experimental da colônia, que contava, apesar de fazer parte



efetivamente da Assistência a Alienados, com o apoio financeiro da FGG. Portanto, as ações filantrópicas dessa fundação desempenharam um importante papel na expansão da Colônia de Engenho de Dentro. Esse laboratório, representado pela figura do seu diretor, o polonês Waclaw Radecki, prestou serviços para a FGG, o ARC e para os médicos que trabalhavam no sistema fechado da colônia e realizou cursos junto às alunas da EPEAP. No entanto, Radecki construiu relações também fora dos muros da colônia, se conectando a outras esferas como a própria Faculdade de Medicina, a educação pública municipal e a área da aviação do exército, estabelecendo, assim, saberes psicológicos à parte do paradigma psiquiátrico.

Gisele Sanglard sustenta que a criação do Hospital Gaffrée e Guinle e de seus doze ambulatórios antivenéreos simboliza o encontro da vontade de Cândido Gaffrée e, sobretudo, Guilherme Guinle “com um ambiente propício na cidade do Rio de Janeiro; da vontade expressa do governo federal em sanear o país com a existência de um grupo de médicos e intelectuais que pensavam os destinos da nação, por meio da salvação do homem brasileiro” (SANGLARD, 2008: 263). Segundo Sanglard e Luiz Otávio Ferreira, é possível perceber, no contexto da Primeira República, uma “nova relação entre a elite carioca e a saúde” (SANGLARD; FERREIRA, 2010: 429). Essa elite, por meio de instituições filantrópicas, como a Fundação Gaffrée-Guinle, vai se voltar para o atendimento aos pobres (p. 439); ao lado deste fator, a institucionalização de diversas especialidades médicas levou a “uma redefinição do modelo de assistência à saúde vigente no Brasil” (p. 442). Talvez o projeto mais bem sucedido dessa aliança entre médicos e filantropos tenha sido a criação da FGG; um de seus desdobramentos foi suas ações na Colônia de Engenho de Dentro sob a liderança de Gustavo Riedel.

Um outro serviço que, no caso, se dedicava exclusivamente ao ensino, era a EPEAP. Esse departamento, marcado pela presença de mulheres pobres, ao contrário do laboratório de psicologia, era controlado de perto pelos médicos da colônia. Tratava-se de uma escola de enfermagem onde o ensino dessa disciplina era feito por médicos. A outra face da moeda dessa dominação social era a sua posição estratégica na instituição: a escola era o espaço, por excelência, da formação do capital humano para os serviços regulares e anexos da colônia, dando, nesse sentido, lastro não só ao desenvolvimento do seu projeto de higiene mental, mas à realização de tarefas cotidianas da instituição. Essa instrumentalização da formação de enfermagem para atender aos interesses médicos se apresentaria, no final dos anos de 1930, como uma anomalia em face da consolidação do

paradigma da enfermagem moderna no Rio de Janeiro, Brasil, representado pela escola padrão Anna Nery, como veremos adiante.

A AHF, apesar de ser apresentada por Gustavo Riedel e outros médicos da colônia como parte do programa de higiene mental, estava mais próxima, por sua própria natureza e seus usos, do sistema asilar. Como veremos, essa assistência foi organizada como uma modalidade de tratamento/trabalho extremamente sensível ao papel tradicional feminino de responsável pelas atividades domésticas. Por fim, o serviço aberto do PPEP era o elo entre o ARC e o sistema fechado, apresentando-se, de fato, como um complemento do primeiro e um prolongamento do segundo. Ele estava ligado diretamente ao espaço do subúrbio e às famílias e se configurava como uma nova porta de entrada para a Assistência a Alienados do Distrito Federal. Na verdade, a sua existência subvertia a lógica inicial da colônia como instituição complementar destinada a desafogar o hospício.

Em 16 de maio de 1932, numa entrevista para o jornal *A Noite*, o chefe de pediatria do ARC, Alfredo Neves, apontava que havia sido criada uma coisa completamente nova na Colônia de Mulheres Psicopatas do Engenho de Dentro. Segundo ele, o ambulatório havia se tornado um instituto destinado à profilaxia das moléstias nervosas e mentais e, uma vez que era anexo à colônia, isso permitia o serviço aberto para doentes neuropsiquiátricos. “Aqui, o problema da higiene mental se desenvolve dentro de diretriz segura e lógica.”

Em primeiro lugar está a atuação do Ambulatório Rivadávia, com as suas diversas clínicas, onde são combatidas as várias doenças e enfermidades. Desse modo são tratadas as diferentes causas de doenças e em particular as infecções e intoxicações, tomando-se em considerações especiais os três grandes flagelos das coletividades – o alcoolismo, a sífilis e a tuberculose, em cuidados que se estendem às crianças, aos velhos e aos adultos. (...)

Ainda mais, nos serviços do Ambulatório Rivadávia faz-se a seleção dos indivíduos portadores de anomalias psíquicas, que, com exames biológicos praticados no seu laboratório de pesquisas clínicas, são encaminhados para a seção de doenças mentais e nervosas, onde recebem tratamento conveniente. Agora, a atuação do Ambulatório Rivadávia completa-se com os vários serviços da Fundação Gaffrée-Guinle, que zela pelos pacientes acometidos de sífilis e de doenças venéreas, e com o laboratório de psicologia, que organiza as fichas psicológicas dos portadores de anomalias psíquicas antes de entregues aos cuidados do neuropsiquiatra. Há na Colônia, para os casos de formas agudas de perturbações mentais, um serviço aberto, onde o indivíduo é internado, com dispensa dos embaraços burocráticos e sem a célebre papeleta, mancha indelével de quem sofre um surto agudo de qualquer perturbação mental.<sup>500</sup>

---

<sup>500</sup> CIÊNCIA a serviço da caridade, 1932, p. 8.

Outro médico que discorreu sobre o conjunto de serviços clínicos criados por Riedel foi o psiquiatra Gustavo de Rezende. Em um artigo escrito em homenagem à memória de Riedel, no aniversário de dez anos de sua morte (1944), Rezende destacou que o antigo diretor da colônia se preocupava com “a higiene do espírito e para sua consecução cuidava dos imperativos da higiene mental: combate aos fatores disgenizantes, luta contra as causas das doenças dos centros nervosos”. Segundo Rezende, visando atender ao problema das doenças mentais e nervosas como um todo, o médico estabeleceu, entre outras medidas, a adoção de:

- 1) Rastreio dos pequenos psicopatas e profilaxia mental – Serviço de ambulatório, dispensário psiquiátrico, instrumento de profilaxia e de educação.
- 2) Instituto de Psicologia, em que, além das pesquisas psicológicas, seriam feitas a orientação e a seleção profissionais.
- 3) “Serviço aberto” para hospitalização dos psicopatas agudos.
- 4) Serviço fechado para receber os psicopatas crônicos e submetê-los à praxiterapia em ambiente adequado, em que se completavam boa alimentação, conforto e carinho.
- 5) Serviço de assistência hetero-familiar para readaptação social dos que recuperavam o uso da razão.
- 6) Escola de enfermeiros para preparo daqueles que devem cuidar dos insanos ou que terão a função de visitantes sociais, educadores do povo, evangelizadores anônimos que levam aos lares um conselho, um auxílio material, uma palavra de esperança, uma demonstração de solidariedade.<sup>501</sup>

Tempos depois, em um discurso em homenagem a Gustavo Riedel pronunciado em 14 de agosto de 1946, no âmbito do CPN, Gustavo de Rezende disse considerar ter ouvido um dos maiores elogios feitos ao médico por um psiquiatra estrangeiro, que exclamou o seguinte sobre os serviços criados por ele na primeira metade dos anos 1920: “tanta opulência para tanta indigência”.<sup>502</sup>

Por esta análise, podemos afirmar que, com a criação do ARC e dos outros cinco serviços anexos analisados neste capítulo, se estabeleceram na Colônia de Engenho de Dentro, ainda na década de 1920, condições propícias para uma medicalização dessa instituição psiquiátrica. Na verdade, na gestão de Riedel a Colônia de Engenho de Dentro deixou de ser apenas uma colônia de alienadas e se tornou uma referência na área de assistência extramural. É preciso lembrar que se travava não de um hospital urbano, no início dos anos de 1920, mas de uma colônia agrícola com práticas de higiene mental.

---

<sup>501</sup> REZENDE, Gustavo de. Gustavo Riedel administrador, 1943, p. 288.

<sup>502</sup> REZENDE, Gustavo de. Patronado dos egressos dos manicômios. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1º sem. 1946, p. 4.

### 3.1.1. Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto

No início de sua gestão, Gustavo Riedel se empenhou, entre outros empreendimentos, para instalar na colônia uma escola de enfermagem. Valendo-se da existência da escola mista de enfermagem criada no Hospital Nacional por meio do Decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890, ele buscou estabelecer em Engenho de Dentro uma seção feminina dessa escola. A seção feminina da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados foi fundada, oficialmente, em setembro de 1921, graças à publicação, no final do ano anterior, da Portaria n. 1, intitulada “Regimento Interno da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE) da Assistência a Alienados”, pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Alfredo Pinto Vieira de Mello. Em homenagem ao ministro pernambucano, a escola de enfermagem da colônia passou a se chamar Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto (EPEAP). Essa instituição funcionou na Colônia de Engenho de Dentro até o início de 1942, quando as seções feminina e mista da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras se fundiram na sede da Avenida Pasteur (Urca, Rio de Janeiro).<sup>503</sup>

O Regimento Interno da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE) da Assistência a Alienados reforçava alguns dos preceitos já estabelecidos no artigo 67 do decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911, quanto à Escola Profissional de Enfermeiros, estabelecida como uma escola profissional, destinada a preparar enfermeiros e enfermeiras para hospitais civis e militares do país (art. 2 do Regimento Interno). No seu artigo 22º, salientava que “a partir da publicação do presente regimento interno nenhum enfermeiro, enfermeira ou guarda será promovido se não tiver preenchido as formalidades deste regimento”.<sup>504</sup>

De acordo com jornais da época, a seção feminina da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras funcionava na colônia de Engenho de Dentro desde 1919,<sup>505</sup> sendo inaugurada oficialmente em 30 de maio de 1921 junto com a farmácia e o cinema-teatro da instituição. Estiveram presentes nessa inauguração Alfredo Pinto, acompanhado dos Drs. Leitão da Cunha, diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, Juliano Moreira, diretor da Assistência a Alienados, e Elmano Cardim, do gabinete

---

<sup>503</sup> Essa reorganização foi dada pelos decretos-leis n. 4.725 e 10.742, de 22 de setembro de 1942. Para saber mais sobre a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) nos anos de 1940, ver BESSA; AMORIM, 2006.

<sup>504</sup> *DIÁRIO OFICIAL DA UNLÃO* (DOU). 2 de setembro de 1921, pp. 3-4, seção 1.

<sup>505</sup> COLÔNIA de Alienados de Engenho de Dentro. A inauguração dos seus novos melhoramentos. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XX, n. 8.122, 29 de maio de 1921, p. 3.

ministerial. Segundo uma reportagem do jornal *O Paiz*, de 31 maio de 1921, uma velha dependência havia sido transformada e aproveitada para a instalação da farmácia e da escola de enfermeiros, “com uma economia e bom gosto que fazem honra à administração da colônia”. A instalação dessa escola foi assim descrita:

A instalação da escola é magnífica, dando ao visitante uma agradável impressão, pela discricção e tom de seriedade que presidiu a sua adaptação. Logo que se transpõe a sala depara-se uma mesa com três cadeiras confortáveis; no fundo, uma fila de carteiras, em declive. Um esqueleto e um manequim desmontável, pondo em evidência o sistema muscular humano, impressionam sobremodo o visitante leigo. Lateralmente, dois pequenos armários, com aparelhos de aulas e tubos de ensaio, chamam a atenção para a maneira prática por que ali se procura gravar no aluno as noções que lhes são ministradas. Além disso, mapas anatômicos e outros de propaganda contra o uso do álcool se veem a cada passo. É bem um anfiteatro de aula, com o seu aspecto discreto, a par de um conforto que torna a permanência em seu recinto de todo agradável.<sup>506</sup>

Figura XXII – Anfiteatro da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *The Dyagenisant Factors of the Brazilian “Habitat” in Synthesis*, 1921b.

<sup>506</sup> NA COLÔNIA de Alienadas. O sr. Ministro da Justiça..., 1921, p. 6.

Figura XXIII – Pavilhão da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

Nessa ocasião, discursaram o diretor da colônia, Gustavo Riedel, e os médicos Ernani Lopes e Plínio Olinto. Riedel destacou que a educação das enfermeiras iria concorrer para melhorar a sorte dos alienados. Olinto, em seu discurso, recordou que, no local em que se inaugurava a sala de cinema para as pacientes, funcionara “outrora uma dependência destinada à correção das enfermas nos transe de agitação. Era por isso cognominada o buraco fundo”.<sup>507</sup> Já Lopes, em seu discurso, enfatizou o papel central do ARC para a formação de enfermeiras pela Escola Alfredo Pinto que não trabalhavam exclusivamente com doentes mentais, pois, além dele ser sede de uma parte do ensino, os professores da escola eram escolhidos entre os médicos desse ambulatório. Lopes também vislumbrava como um ponto positivo o concurso da especialidade psiquiátrica na formação de enfermagem e o fato de a nova escola formar apenas mulheres:

Antes de tudo, a escola limita-se a formar enfermeiras, e, como acentuou com argumentos de real valor a Dra. Joanna M. de Lopes, em sua tese de doutoramento consagrada a este tema, à mulher deve dar-se a preferência para a assistência ou cuidado de doentes.

Os outros fatores da eficiência da Escola são decorrentes do seu funcionamento nesta colônia, ligada ao Ambulatório Rivadávia Corrêa – um policlínico –, o que permite às alunas a prática da enfermagem em uma série importante de especialidades médicas e cirúrgicas, não apenas no cuidado de alienados ou de intercorrências neles sobrevivendo.

<sup>507</sup> NA COLÔNIA de Alienadas..., 1921, p. 6.

Além disso, como corolário, até certo ponto, da sede de uma parte do ensino naquele ambulatório, houve o cuidado de escolher, entre os professores, colegas voltados para especialidades diferentes, cirurgiões, físico-terapeutas, pediatras, dermato-sifilígrafos, clínicos, não havendo, portanto, dúvida que a orientação desses docentes não será para formar exclusivamente enfermeiras para doentes mentais.

É, portanto, quem honrais com vossa atenção neste momento, justamente o único psiquiatra do corpo docente da escola, quem proclama que, sem a colaboração dos colegas, estranhos à psiquiatria pura, não conseguiríamos todos os objetivos por nós colimados.

Ninguém negará, entretanto, que o concurso da especialidade psiquiátrica será vantajoso no concernente às questões não só de terapêutica mental como de psicosssemiologia.<sup>508</sup>

Segundo Álvaro Cardoso, administrador da colônia, notando a deficiência dos serviços de enfermagem – “pela falta completa e absoluta de enfermeiras idôneas, pois que tais serviços vinham sendo confiados a enfermeiras leigas, pela não existência em nosso meio de enfermeiras diplomadas, com notório prejuízo para aqueles serviços, sem dúvida um dos mais importantes de um hospital” –, Riedel fundou, na colônia de Engenho de Dentro, a Escola Alfredo Pinto:

Desde sua fundação em 1921, vem a “Escola Alfredo Pinto” prestando excelentes serviços não só aos diversos departamentos da Assistência a Psicopatas, como a inúmeros outros departamentos de assistência pública e privada no Distrito Federal e nos estados, em cujos hospitais se encontra prestando os melhores serviços não pequeno número de enfermeiras diplomadas por essa escola, o que constitui atestado vivo e brilhante do valor da sua organização e eficiência do ensino ali ministrado, além de concorrer para “o afastamento completo da empregada analfabeta e a valorização do elemento nacional para a prática de enfermagem”.<sup>509</sup>

Na solenidade da entrega dos certificados de aptidão profissional (diplomas) das enfermeiras formadas, em 1925, nas escolas de enfermagem da Praia Vermelha e de Engenho de Dentro, realizada no anfiteatro do Pavilhão Argentino, sede da LBHM, Juliano Moreira tratou da relação entre higiene mental e enfermagem: “continuo a pensar que os intuitos das ligas de higiene mental especialmente só serão devidamente preenchidos quando as enfermeiras convenientemente instruídas forem legiões por este vasto território nacional”. Prosseguiu destacando que Riedel, nomeado ao cargo de diretor da colônia de Engenho de Dentro, “descrente da possibilidade de engrenar por muito tempo esforços sem a devida remuneração, propôs houvesse verba especial para o

---

<sup>508</sup> *Idem.*

<sup>509</sup> CARDOSO, Álvaro. As colônias de alienados, 1929.

funcionamento da escola de enfermeiras que devia ser instalada na colônia, pela impossibilidade de vir o pessoal dali frequentar aulas à Praia Vermelha”.<sup>510</sup>

Figura XXIV – Pavilhão Ana Nery, internato das alunas da Escola Profissional de Enfermeiras



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

Para facilitar a aprendizagem teórica e prática das alunas da EPEAP, Adolpho Possolo, chefe do Serviço de Cirurgia do ARC, organizou um trabalho didático, com abundantes ilustrações.<sup>511</sup> Trata-se da obra *Curso de Enfermeiros* (1920), que se revelou fundamental na organização do curso de enfermagem da colônia de Engenho de Dentro e de muitas outras instituições. Possolo escreveu depois também o livro *O enfermeiro dos psicopatas* (1939), no qual se debruçou, principalmente, sobre os cuidados aos psicopatas.

De acordo com Silva, em *Curso de Enfermeiros*, Possolo revelava “a sua expectativa sobre o funcionamento da EPEE na Colônia de Engenho de Dentro, a qual esperava que pudesse ‘(...) satisfazer essa necessidade e aspiração da classe médica brasileira’” (POSSOLO, 1920, *apud* RICARDO SILVA, 2009: 36). Rodrigues, Gomes e Almeida apontam que o livro de 1920 de Possolo surgiu no Brasil “como resposta a uma

<sup>510</sup> OS NOVOS enfermeiros. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 3, 3 de janeiro de 1926, p. 16.

<sup>511</sup> CURSO de enfermeiros. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVII, n. 13.196, 6 de dezembro de 1920, p. 3.



necessidade crescente de formação de enfermeiros no país” (RODRIGUES; GOMES; ALMEIDA, 2008: 87). Esse livro, como observam os autores, revela a preferência de Possolo “por enfermeiras em detrimento de enfermeiros, o que aliás caracteriza a enfermagem do início do século XX. Esta preferência é explicada pelo autor, que considera a enfermeira mais caridosa, mais meiga e com maior espírito de sacrifício que o homem” (p. 89), pois “o modelo é necessariamente biomédico, em que a enfermeira é tida como auxiliar do médico” (p. 89). Além disso, sublinham que “na primeira metade do século XX, já era visível o papel social e humano dos enfermeiros”. Médicos, doentes e familiares esperavam que a enfermeira fosse moralmente irrepreensível, conservando-se na “sua posição modesta, mas nobre e altruísta” (p. 89).

Em 8 de janeiro de 1922, na Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto, realizou-se a entrega de diplomas às dez alunas que terminaram o curso em 1922. O discurso pronunciado por Etelvina Torres da Fonseca em nome das diplomadas evocava o seu lugar e, conseqüentemente, do grupo de enfermeiras de subalternidade em relação aos médicos, vistos como sábios iluminados:

Nem sempre a tarefa recai sobre os ombros mais fortes, nem sempre a escolhida para um ato destes, representa o expoente máximo intelectual da turma, nem sempre esta honra está na razão direta do mérito. É este o meu caso. Pois, apesar do meu valor insignificante, não obstante ter sido uma aluna medíocre. Embora sem nenhum merecimento, as minhas colegas me incumbiram de representar a segunda turma de enfermeiras, que sai deste, grande templo de ciência e caridade, que é a Escola Profissional Alfredo Pinto, dirigida carinhosamente por um dos maiores luminares da medicina nacional, quiçá internacional, o dr. Gustavo Riedel. (...) Nós, enfermeiras diplomadas de 1922, tivemos a luminosa e acertadíssima ideia de escolher para paraninfar nossa turma o exmo. Dr. B. Sicupira. (...) Todas nós o vimos durante o ano contente com os nossos sucessos, triste e animando-nos ao mesmo tempo em nossos insucessos, amparando-nos em nossos desfalecimentos, incitando em nossos progressos, sentindo e se alegrando conosco, identificando-se à nossa carreira, seguindo nosso desenvolvimento, neste árduo mister, como o pai extremoso cuja vida parece bater isócrona com a do filho estremeado. Esta nossa homenagem é um preito ao mestre indulgente, que no primeiro ano do nosso curso, talvez o mais difícil, por ser o começo de um estudo para nós desconhecido, soube nos incentivar, soube nos dar coragem, soube nos fazer vencer. (...) A turma de nóveis enfermeiras, reúne, num amplexo de despedida e de reconhecimento, todos aqueles que, com seu saber, com suas luzes e com sua vontade a ajudaram e a fizeram conquistar os diplomas, que permitem a cada uma de nós ter uma parcela na glória obscura de levar um alívio à humanidade sofredora.<sup>512</sup>

---

<sup>512</sup> COLÔNIA de Alienados. Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto. *Correio da Manhã*, ano XXII, n. 8.708, 9 de janeiro de 1923, p. 4.

Etelvina Torres da Fonseca foi admitida em 1º. de março de 1921 para o cargo de servente, em agosto passou à guarda e, em dezembro desse ano, ao posto de enfermeira do ARC. Em novembro de 1923, se tornou enfermeira chefe desse ambulatório, em setembro de 1926 passava a exercer o cargo de escriturária da Escola de Enfermagem e, em janeiro de 1928, o de repetidora. Com a lei n. 284, de 28 de outubro de 1936, passou para escriturária classe D, e permaneceu na instituição até junho de 1943, quando se aposentou como escriturária classe E.<sup>513</sup> Essa enfermeira foi referida na carta escrita pela paciente Dolores Porto para o diretor interino da colônia, Plínio Olinto. Segundo essa paciente grávida e com o diagnóstico de epilepsia, Etelvina teria sentado e ainda pressionado o joelho sobre sua barriga, ocasionando uma forte hemorragia. A relação entre pacientes e enfermeiras, como discutimos no último capítulo, teria sido marcada por cuidados, mas também por episódios de violência como esse.

Sobre a carreira de Etelvina, vale perceber que ela, assim como outras enfermeiras e monitoras de higiene mental, começou a trabalhar na instituição como servente enquanto era aluna da EPEAP.<sup>514</sup> Após se formarem, se demitiam desses postos para trabalharem em troca de gratificação material no ARC. Se, para os médicos, trabalhar nesse ambulatório era fonte de prestígio, para as mulheres o espaço teria representado uma oportunidade de formação prática e de uma inserção mais direta no mercado de trabalho. Portanto, para compreender a inserção profissional na colônia da aluna da EPEAP e, também, a sua atuação como auxiliar de todos os serviços hospitalares e de ambulatórios da colônia, é preciso identificar as condições de matrícula.

Em 2 de março de 1929, o jornal *Correio da Manhã* publicou um comunicado da secretaria da Escola Profissional de Enfermeiras “Alfredo Pinto”, com o prazo e as condições para a matrícula das candidatas aos cursos de enfermagem e de visitadoras sociais. Tais eram os requisitos para a matrícula no curso geral: “1) ter mais de 19 anos de idade; 2) possuir instrução, pelo menos, elementar; 3) ser vacinada 4) não sofrer de doença contagiosa, e gozar saúde física e mental suficiente; 5) apresentar atestado de bons costumes”. Informava-se ainda que a escola concedia “às alunas internato em pavilhão adequado, uniformes, e um auxílio mensal em dinheiro, de acordo com as vigentes disposições orçamentárias”. Ainda segundo esse comunicado, as aulas práticas eram

---

<sup>513</sup> Etelvina Torres da Fonseca foi matriculada sob os números 438 e 509 no livro de Assentamento de Empregados Subalternos da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro.

<sup>514</sup> É possível perceber que o servente homem era aquele que eventualmente passava para rondante, fogueira e pedreiro. A servente mulher passava para copeira, cozinheira e se tornava enfermeira muito mais que os homens.

realizadas não só nas enfermarias da Colônia de Psicopatas, como também nos serviços do ARC e do ambulatório da Fundação Gaffrée-Guinle.<sup>515</sup>

Cerca de um ano depois, em 9 de fevereiro de 1930, *O Jornal* trazia uma nova matéria apresentando os requisitos para a matrícula na EPEAP:

(...) ter boa saúde e mais de 19 anos, ser vacinada, não sofrer doença contagiosa e apresentar atestado de bons costumes. A habilitação das candidatas será efetuada no exame de suficiência perante a banca examinadora já designada, constituída dos Drs. Ernani Lopes, Alfredo Neves e Zopyro Goulart, não podendo o número de alunas internas exceder de trinta, escolhidas pela ordem de classificação. As alunas são obrigadas a residir no estabelecimento em pavilhão próprio, *são auxiliares de todos os serviços hospitalares e de ambulatórios*, percebendo 60\$ de auxílio, alimentação, vestiário e todo o material escolar necessário.

O diploma, como determina o decreto 791, de 27/09/1890, dá as vantagens da profissão reconhecida legal para todo o território da República. As aulas práticas são diárias e as teóricas três vezes por semana (...).<sup>516</sup>

Por meio desses dois comunicados, vemos que as alunas da EPEAP eram utilizadas como mão-de-obra barata para realizar todo tipo de cuidado necessário ao funcionamento da colônia e de seus serviços anexos, algo que, como veremos adiante, foi objeto de questionamento por parte da diretora da escola Anna Nery, Rachel Haddock Lobo (1891-1933), em 1932.

Esse fato também fica claro em relatórios e artigos médicos. No relatório de 1935 da CGR, Ernani Lopes apontava que a extensão do auxílio técnico prestado à pluralidade dos serviços da colônia pelas alunas do curso de enfermagem havia sido tão notória ao longo daquele ano que vários chefes de serviço aludiram a esse “auxílio eficiente” em seus relatórios parciais. Lopes concluía “que num hospital, como este, sem internos e com pessoal subalterno numericamente deficiente, a falta do concurso das alunas teria lamentáveis consequências”. E afirmava que o corpo de enfermeiras dos novos hospitais do município estava sendo constituído quase exclusivamente com as enfermeiras formadas pela Escola Alfredo Pinto. Ao tratar da diplomação das turmas da EPEAP, em 1935, referia-se a 39 enfermeiras diplomadas, 35 no curso geral e quatro no de visitadoras sociais.<sup>517</sup>

---

<sup>515</sup> AS MATRÍCULAS na Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto. *Correio da Manhã*, n. 10.479, 2 de março de 1929, p. 10.

<sup>516</sup> ESCOLA DE ENFERMEIRAS da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro. A matrícula para os diversos cursos. *O Jornal*, ano XII, n. 3.446, 9 de fevereiro de 1930, p. 6.

<sup>517</sup> LOPES, Ernani. Relatório do diretor da Colônia do Engenho de Dentro..., 1936, pp. 240-241.

Luiz Otávio Ferreira e Renata Salles apontam que os primeiros cursos de enfermagem objetivavam transformar os níveis socioculturais da profissão, o que, segundo os autores, ocorreu junto com uma feminização da enfermagem. Ainda de acordo com eles, “para garantir a elevação do nível sociocultural da profissão, a Escola de Enfermagem Ana Nery, a mais tradicional escola de enfermeiras do Brasil, adotou, desde sua criação, em 1923, um padrão de recrutamento de alunas que privilegiou mulheres dotadas de determinados atributos”:

O tipo social preferido foi o de mulheres oriundas das elites e classes médias, portadoras do diploma da escola normal (professoras primárias) e de cor branca. A definição do tipo social ideal da enfermeira foi um dos legados da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, que definiu as características do modelo institucional adotado pelas escolas de enfermeiras brasileiras. As características socioculturais das enfermeiras diplomadas na escola padrão indicam que a maioria das enfermeiras era oriunda de famílias de elite e de classe média, mas que também havia um número razoável de moças oriundas de famílias pobres. O fato de as professoras primárias (normalistas) serem, junto com as moças que tinham apenas o diploma do ginásial (oito anos de escolarização), a maioria das alunas recrutadas, indica que houve a necessidade de se adaptar as exigências do tipo ideal à realidade educacional do país que não favorecia a escolarização de mulheres. A composição racial foi um traço do tipo ideal que permaneceu inalterado. A enfermeira padrão poderia ser oriunda de uma família pobre, poderia não ser uma normalista, mas não poderia ser uma mulher negra (FERREIRA; SALLES, 2019).

Contudo, Ferreira e Salles ressaltam que “o mais provável é que o perfil socioeconômico das alunas variasse conforme as exigências educacionais e culturais impostas por cada um dos cursos” (FERREIRA; SALLES, 2019: 4). O programa do curso de enfermagem da Colônia de Engenho de Dentro foi considerado muito insuficiente por diretoras da EEAN ao longo dos anos de 1930 (AMORIN; BARREIRA, 2007: 61), sendo uma das razões citadas por Rachel Haddock Lobo a exigência somente de curso primário para a sua frequência. Além da escolaridade, a obrigação de prestar serviços na instituição e a localização da escola no subúrbio do Rio de Janeiro explicam o fato da EPEAP abrigar mais mulheres de cor e, provavelmente, pobres que a EEAN.

No quadro da turma de diplomadas de 1923 da Escola Profissional de Enfermeiras “Alfredo Pinto” (Ver anexo V), três alunas possuíam fenótipos que as caracterizavam como negras e seis como brancas, e no quadro de diplomadas de 1927, visualizamos seis ou sete negras e onze ou doze brancas (Ver anexo VI). Já na montagem feita pelo jornal *Vida Doméstica*, das 24 diplomadas (entre enfermeiras da 9ª turma e visitadoras sociais

da 2ª turma da escola em análise), apenas quatro nos parecem ser negras (as de números 5, 6, 11 e 19).<sup>518</sup> Ou seja, mesmo a Escola Alfredo Pinto, que, nos seus primeiros anos de funcionamento, abrigou um número importante de mulheres de cor, tornou, ao longo da década de 1920, mais restrito o ingresso de mulheres de cor preta ou parda. É notório como, nesse sentido, os discursos sobre as qualidades femininas dessas mulheres também foram ampliados. O jornal *Vida Doméstica* assim destacava sobre as enfermeiras e visitadoras sociais diplomadas de 1929:

A mulher, de conformidade com a sua *construção moral*, delicada, repleta de carinho, tem a predestinação congênita da bondade. Apurando esses dotes intelectualmente, dando-lhe uma orientação de sapiência, que prodígios miraculosos de amor não logra realizar o coração feminino! (...) Sob as vistas zelosas do Dr. Gustavo Riedel, que, com extremada dedicação, atentamente acompanha a formação científica das abnegadas jovens que escolhem a mais nobre e admirável das *profissões femininas*, a Escola Alfredo Pinto, em cada ano que passa, mais e mais, dá mostras insofismáveis de sua reconhecida e benemerente utilidade.<sup>519</sup>

Figura XXV – Diplomadas pela Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto – Visitadoras sociais de 1929



Fonte: NO LIMAR de uma missão humanitária (...), 1930, p. 76.

<sup>518</sup> Turma de diplomadas de 1929: 1. Helena Buhler, 3º ano; 2. Paula de Campos Martins, 3º ano; 3. Maria Annita de Albuquerque, 3º ano; 4. Carmen de Jesus Jacques, 3º ano; 5. Iracema Maria Antônia; 6. Maria Gomes de Oliveira; 7. Maria de Lourdes Mello Esteves; 8. Palmyra Dias Guimarães; 9. Helena Gomes; 10. Marietta Baptista, 2º. ano; 11. Almerinda Guimarães; 12. Ariostina de Castro Alves; 13. Dolores Viera; 14. Risolette Fernandes Stamar; 15. Emília Pimenta de Almeida; 16. Laura da Costa Mello; 17. Castorina Pinheiro de Menezes; 18. Martha Mayworm; 19. Helena Carvalho; 20. Anna Alexandre Pinto; 21. Eurydice Magalhães de Andrade Silva; 22. Tertuliana dos Santos; 23. Ernestina da Silva Leal; 24. Catharina Annita de Albuquerque. Ver NO LIMAR de uma missão humanitária (...). *Vida Doméstica*, n. 144, mar. 1930, p. 76.

<sup>519</sup> NO LIMAR de uma missão humanitária, 1930, p. 76.

Em um artigo publicado em dezembro de 1933, intitulado “Aptidões e deveres da enfermeira de higiene mental”, Plínio Olinto defendeu que “mais do que qualquer outra, a enfermeira de higiene mental precisa possuir dotes físicos, morais e intelectuais”, “boa compleição, fisionomia agradável, gestos e maneiras delicadas”, “sentimentos ponderados, emoções controladas e nada de paixões”. Ainda segundo o médico, a monitora de higiene mental exercia ao mesmo tempo o papel de enfermeira e professora, ocupações nas quais “toda a dedicação da mulher se exterioriza”.<sup>520</sup> Além disso, dentre os dez mandamentos da enfermeira, segundo Olinto, estavam a consciência e a obediência (“acatar sem discutir as ordens dadas”). O médico ainda destacava que no consultório de psiquiatria e na prática domiciliar a enfermeira se transformava em monitora, enquanto na prática hospitalar voltava a ser enfermeira. No hospital, “ela deve saber conter o seu doente, segurando-o sem machucá-lo, mantendo-o pela ação sedativa do envoltório úmido, dos produtos químicos, da balneoterapia, da clinoterapia etc.”. Quando ao doente calmo, “toda a sua sagacidade está em descobrir o gênero do trabalho que agrada e convém a cada um”. Nesse particular, segundo Olinto, é a enfermeira “que vai sugerir ao médico a ocupação que lhe parece mais interessante ao doente. Homens, mulheres, crianças, todos têm o seu trabalho adequado e o seu lugar para trabalhar”.<sup>521</sup>

No seu relatório de cinco anos de administração em Engenho de Dentro, Gustavo Riedel avaliou que uma das condições para o sucesso coletivo da administração desta colônia havia sido a educação do pessoal, o que havia se realizado pela Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto, “que já diplomou três turmas de enfermeiras, cujas capacidades foram aproveitadas na colônia nos seus diferentes serviços”. Ainda segundo o diretor, “o regime adotado da obrigatoriedade do estudo resultou no afastamento completo da empregada analfabeta e na valorização de elemento nacional para a prática da enfermagem”.<sup>522</sup>

Em 20 de janeiro de 1925, no relatório sobre as ocorrências do ano de 1924, Plínio Olinto informava que a EPEAP havia diplomado esse ano catorze enfermeiras, contando um efetivo de 35 alunas (dezoito no primeiro e dezessete no segundo ano).<sup>523</sup> Como nos referimos anteriormente, foram diplomadas em 1922 e 1935, respectivamente, dez e 39 enfermeiras pela EPEAP, o que atesta o crescimento do número de formadas.

---

<sup>520</sup> OLINTO, Plínio. Aptidões e deveres da enfermeira de higiene mental. *Anais de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. I, n. 2, dezembro de 1933, p. 16.

<sup>521</sup> OLINTO, Plínio. Aptidões e deveres da enfermeira de higiene mental, 1933, p. 17.

<sup>522</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, p. 13.

<sup>523</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1926, p. 133.

Um ano depois do discurso de Riedel destacando a inserção das enfermeiras diplomadas pela EPEAP no quadro da instituição, o diretor interino da colônia apresentava uma opinião diferente sobre o tema:

Mas é para notar a deserção de enfermeiras que, tendo passado dois longos anos como alunas, cursando a nossa Escola e trabalhando em nossos pavilhões, mal recebem o diploma, saem em revoada, recusando muitas vezes os lugares que aqui lhes são oferecidos e forçando-nos a aceitar gente estranha como serventes, para, ao depois, então, fazer promoções. É que a vida lá fora lhes é mais promissora.<sup>524</sup>

A expectativa da instituição era efetivar as melhores enfermeiras formadas pela EPEAP. Contudo, muitas destas enfermeiras acabavam utilizando esse ambulatório e a própria colônia, como apontava Plínio Olinto, como uma espécie de trampolim para outros cargos mais atrativos, em locais como os Centros de Saúde, a Superintendência da Educação e Higiene Escolar e, sobretudo, o Serviço Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Assim como muitos médicos do ambulatório da colônia, várias enfermeiras acabaram migrando nas décadas de 1930 e 1940 para a Prefeitura do Rio de Janeiro. Uma reportagem do jornal *Tribuna da Imprensa*, de 3 de março de 1959, citava o caso de duas irmãs que trabalhavam como enfermeiras, uma no então Centro Psiquiátrico Nacional há quarenta anos e a outra na prefeitura há 22 anos. A enfermeira Palmira Dias Guimarães, do CPN, no entanto, ganhava menos da metade que a sua irmã:

A enfermeira Palmira Dias Guimarães, agraciada com medalha de Honra ao Mérito da Rádio Nacional e várias vezes homenageada pela imprensa devido a seus atributos profissionais, tem quarenta anos de serviço e ganha Cr\$ 9.000,00, que correspondem à letra “I”. Já foi servente e guarda. Agora exerce o cargo de inspetora, que não é gratificado. Sua irmã, com 22 anos de serviço, ganha Cr\$ 22.000,00 na Prefeitura, como enfermeira-chefe. A segunda enfermeira mais antiga do CPN é a sra. Carlota Tavares Santiago. Tem quase quarenta anos de atividade e ganha oito mil cruzeiros relativos à letra H.<sup>525</sup>

---

<sup>524</sup> *Idem*.

<sup>525</sup> SALÁRIOS baixos desestimulam os médicos psiquiatras. *Tribuna da Imprensa*, ano XI, n. 2.781, 3 de março de 1959, p. 7.

Figura XXVI – Fotografia das enfermeiras Palmira Dias Guimarães e Carlota Tavares Santiago



Fonte: SALÁRIOS baixos desestimulam os médicos psiquiatras, 1959, p. 7.

Catorze anos depois dessa reportagem, em agosto de 1973, a enfermeira Carlota Tavares Santiago recebeu uma medalha do presidente Médici por ter completado cinquenta anos de serviço público.<sup>526</sup> Carlota começou a trabalhar na colônia como servente em 1919, passou para guarda, segunda enfermeira e monitora de higiene mental nos anos de 1930. Ela foi, inclusive, a primeira monitora matriculada no livro de assentamento de empregados da colônia, sendo admitida nesse cargo em 10 de novembro de 1923. Em 1936, foi enquadrada como atendente da classe C, e em outubro de 1943, passou de atendente classe D para enfermeira classe E.<sup>527</sup>

Entretanto, a despeito da saída de enfermeiras diplomadas pela EPEAP para outras instituições, a escola se mostrou decisiva para o processo de ampliação da colônia de Engenho de Dentro durante a gestão de Gustavo Riedel, pois várias enfermeiras ali formadas, como Palmira e Carlota, atuaram na instituição por vários anos. No livro n. 2 de assentamento de empregados subalternos da colônia, identificamos a matrícula de cerca de oitenta enfermeiras e enfermeiros e de trinta monitoras de higiene mental entre 1920 e o início da década de 1940. O quadro de monitoras de higiene mental nos anos de 1920 e 1930 era formado fundamentalmente por enfermeiras diplomadas pela EPEAP;

<sup>526</sup> SAÚDE: servidores são homenageados. *Correio da Manhã*, ano LXXIII, n. 24.642, 14 de agosto de 1973, p. 7.

<sup>527</sup> DECRETOS assinados pelo presidente da República. *O Jornal*, ano XXV, n. 7.462, 7 de outubro de 1943, p. 5.



no entanto, em torno de um terço delas deixou o cargo em menos de um ano. De acordo com os pesquisadores Cunha, Silva Júnior e Silva, no final da década de 1920 as visitadoras sociais substituíram as monitoras de higiene mental, que, apesar desse título, eram enfermeiras sem especialização que atuavam na assistência desde 1924; por sua vez, as visitadoras sociais diplomadas (enfermeiras especialistas na área da psiquiatria) continuaram sendo reconhecidas como monitoras de higiene mental (CUNHA; SILVA JUNIOR; SILVA, 2013: 322-323).

Em 1925, em uma reunião da LBHM, Plínio Olinto afirmou que o serviço externo de visitas domiciliares das monitoras de higiene mental da Colônia de Engenho de Dentro estava funcionando com apreciáveis resultados. “Essas obreiras sociais, que são enfermeiras diplomadas com aprovações distintas pela Escola de Enfermeiras ‘Alfredo Pinto’”, tinham, prioritariamente, segundo ele, os seguintes encargos:

- 1) observar e assistir, sob a orientação do alienista e do assistente, os doentes que estão em tratamento ambulatorio;
- 2) observar o meio doméstico e social em que ocorreu cada caso, apresentando aos médicos relatório verbal ou escrito a respeito;
- 3) difundir as noções mais práticas da higiene mental e da eugenia entre as pessoas das famílias dos doentes;
- 4) continuar no Pavilhão de Profilaxia Mental a assistência dos doentes que haja sido necessário hospitalizar.<sup>528</sup>

Em uma conferência pronunciada em 18 de abril de 1925, na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, sobre “As realizações de Gustavo Riedel”, Ernani Lopes destacava a atuação das monitoras de higiene mental junto aos doentes que, a princípio, podiam ser tratados em suas residências e a difusão, em paralelo, de noções de higiene mental e de eugenia entre as pessoas das famílias dos doentes e outras:

Sua função externa de visitadoras, no caso em lide, deve preencher-se não somente com o fazer sindicâncias sobre as condições do meio social em que vive o doente que pode ser tratado sem hospitalização para ver se deve ele ser tratado sem hospitalização, como observar “in loco” se o tratamento prescrito está sendo seguido à risca. De tudo o que observarem farão as monitoras um relatório verbal ou escrito aos médicos do Consultório Neuropsiquiátrico Central. Incumbe, ademais, às monitoras de higiene mental usarem, paralelamente às tarefas referidas, de outro meio de ação importante, que é o de difundir as noções mais práticas de higiene mental e de eugenia entre as pessoas das famílias dos doentes e outras que verifiquem capazes de aproveitar tais conhecimentos.<sup>529</sup>

---

<sup>528</sup> OLINTO, Plínio. Ensaio de profilaxia mental no Rio de Janeiro, 1925, p. 198.

<sup>529</sup> LOPES, Ernani. Os meios de ação na campanha pela higiene mental, 1925a, p. 157.

Em 1927, por meio do decreto n. 17.805, de 23 de maio, foi reestruturado o curso da Escola Profissional de Enfermagem e criado o curso de visitadoras sociais, com sede na Colônia de Engenho de Dentro. Este curso era destinado “exclusivamente para moças que tenham conquistado o seu diploma de enfermeiras escolhidas entre as de melhores condições de instrução, educação e feitio psíquico, moral e social”.<sup>530</sup> O curso de enfermagem tinha duração de dois anos e era dividido em duas séries, enquanto o de visitadoras sociais (enfermeiras com especialização em psiquiatria) durava um ano. As disciplinas eram ministradas por médicos ligados à colônia, com exceção da disciplina de administração interna, que era dada pelo administrador, chefe da secretaria ou outro funcionário da instituição indicado por seu diretor. Segundo Silva e Porto, Álvaro Cardoso, administrador da colônia, se destacou nesta função (SILVA; PORTO, 2008: 12).<sup>531</sup>

Segundo Alfredo Neves, com a referida formação, as visitadoras sociais acumulavam conhecimentos para o exercício das “mais alevantadas funções na esfera social dos povos, quer seja monitora de higiene mental, enfermeira de puericultura ou escolar ou se entregue à enfermagem industrial ou se dedique à profilaxia dos males sociais, uma vez que todas terão funções visitadoras”.<sup>532</sup> O chefe da clínica de pediatria do ARC ressaltava que o emprego das monitoras de higiene mental estava sendo ensaiado com o melhor êxito na Colônia de Engenho de Dentro. Elas eram responsáveis pela organização das fichas dos doentes antes deles serem examinados pelos médicos, por acompanhá-los à consulta e “depois, visitá-los em domicílio sobre o pretexto de interessar-se pelas suas melhoras, mas com o intuito de observar o meio em que vivem, apurando informações sobre seus antecedentes familiares e pessoais”. Caso o doente fosse hospitalizado, a enfermeira, segundo ele, “a pretexto de levar e trazer informações do doente para a família, fará uma rigorosa sindicância sobre o modo de vida do mesmo e sobre seus recursos financeiros, de maneira a impedir que seja ocupado no hospital

---

<sup>530</sup> BRASIL. Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927a, p. 12.360.

<sup>531</sup> O curso de enfermagem compreendia a seguinte grade curricular: Primeiro ano – 1) Noções gerais de ciências físicas e naturais; 2) Noções gerais de anatomia e fisiologia; 3) Noções gerais de higiene e patologia; enfermagem elementar; 4) Administração e organização sanitárias, ética enfermeira. Segundo ano – 5) Noções práticas de propedêutica clínica e farmácia; 6) Técnica terapêutica geral e especializada, dietética, enfermagem médica; 7) Noções práticas de pequena cirurgia, ginecologia e obstetrícia, enfermagem cirúrgica e 8) Noções de medicina social, serviços de assistência médico-social. Já o curso de visitadoras sociais era composto por cinco matérias: higiene social; puericultura; organização da vida social, legislação e leis de assistência; diagnóstico, profilaxia e terapêutica das doenças sociais e noções gerais de psicologia.

<sup>532</sup> NEVES, Alfredo. As visitadoras sociais. O seu preparo e a sua missão na coletividade. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1929, p. 65.

gratuito o leito destinado ao indigente”. Além disso, após a cura, cabia à monitora de higiene mental continuar averiguando “as condições dessa cura e a observância dos preceitos de higiene mental” no meio familiar.<sup>533</sup> Neves acrescentava ainda que todos os serviços disponíveis, incluindo “os mais complexos, eram frequentados assiduamente pelas alunas da Escola Alfredo Pinto, nos seus dois anos de curso, e que são franqueados também às candidatas ao diploma de visitadoras sociais, que encontram na Colônia, no Pavilhão Epitácio e no Ambulatório Rivadávia um vasto campo de aprendizagem”.<sup>534</sup> Segundo o médico, ninguém melhor que as visitadoras sociais “para entrar corajosamente na grande obra de aperfeiçoamento da nossa nacionalidade (...)”.<sup>535</sup>

Como mostra uma relação dos professores que lecionavam na EPEAP enviada para a Escola de Enfermagem Anna Nery em fins de 1930, os professores dessa escola eram, de fato, quase que integralmente médicos do ARC. Vale destacar a presença de Nilton Campos, do Instituto de Psicologia, como professor do curso de visitadores sociais:

1º ano – Mário Moutinho dos Reis (1ª cadeira), Carlos Pimentel Cardoso (2ª cadeira), Edilberto de Souza Campos (3ª cadeira) e Oswaldo Nunes de Sousa Guimarães (4ª cadeira);

2º ano – Lair Paulo Barata Ribeiro (5ª cadeira), Gustavo Augusto de Rezende (6ª cadeira), João Alfredo Corrêa de Oliveira Netto (7ª cadeira) e Hugo Vianna Marques (8ª cadeira);

3º ano (Curso de Visitadoras Sociais) – Ernani Lopes (Higiene social), Octavio Ferreira da Silva Pinto (Puericultura), Alfredo Neves (Organização da vida social), Edgard Guimarães de Almeida (Diagnóstico, profilaxia e terapêutica das doenças sociais) e Nilton Campos (Noções gerais de psicologia).<sup>536</sup>

Nos anais de 1930 da Colônia de Engenho de Dentro, também consta uma relação dos professores que lecionavam na EPEAP. Apenas Hugo Vianna Marques (8ª cadeira do curso de enfermagem), Ernani Lopes (Higiene social) e Alfredo Neves (Organização da vida social) continuavam ministrando as disciplinas como na lista enviada para a EEAN. A nova distribuição de professores era a seguinte: 1º ano – Fajardo da Silveira (1ª cadeira), Mário Moutinho dos Reis (2ª cadeira), Edilberto de Souza Campos (4ª cadeira) e Álvaro Cardoso (4ª cadeira); 2º ano – Gastão Guimarães (5ª cadeira), A. Lourenço Jorge (6ª cadeira) e Paulo Barata (7ª cadeira); e 3º ano (Curso de Visitadoras Sociais) – Alberto

---

<sup>533</sup> NEVES, Alfredo. As visitadoras sociais..., 1929, pp. 65-66.

<sup>534</sup> NEVES, Alfredo. As visitadoras sociais..., 1929, p. 67.

<sup>535</sup> NEVES, Alfredo. As visitadoras sociais..., 1929, p. 69.

<sup>536</sup> Gabinete Direção - G - 01.6 - 1937. Localização: Centro de Documentação (CEDOD), da Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.

Farani (Puericultura), Zopyro Goulart (Diagnóstico, profilaxia e terapêutica das doenças sociais) e Gustavo de Rezende (Noções gerais de psicologia).<sup>537</sup>

Em 13 de janeiro de 1923, Juliano Moreira escreveu para o ministro da Justiça e Negócios Interiores, João Luís Alves, informando, em resposta a um ofício desse ministro de 18 de dezembro anterior, que na Assistência a Alienados e nos seus ambulatórios não existiam funcionários acumulando cargos federais ou funções remuneradas, e esclarecia nesse sentido a respeito dos serviços extraordinários exercidos por funcionários ou empregados dessa assistência na escola de enfermagem:

Há funcionários ou empregados desse departamento que empenham serviços extraordinários, à guisa de comissão, sem os reter de efetividade, recebendo gratificações estipuladas em dotação orçamentária, como na E. P. de Enfermeiros e Enfermeiras.

São serviços inerentes à própria investidura dos cargos ou empregos cometidos aos serventuários, em virtude de disposição legal, derivando de preceito regulamentar.

O cometimento da incumbência escolar aos serventuários da Assistência constitui mesmo condição vital da escola, importa na efetividade do seu funcionamento, porquanto o regulamento d'aquela (art. 67 inciso II)<sup>538</sup> e o regimento interno dessa (art. 5º e 20º)<sup>539</sup> estatuem categoricamente que os serviços da aludida escola devem ser desempenhados por pessoal da Assistência.

É, pois, uma comissão regulamentar gratificada por lei orçamentária.

As atribuições de secretário são executadas simultaneamente por um professor, em cada seção escolar, por simplificação de serviços e economias (tem Rs. 100\$000 acrescidos).<sup>540</sup>

Assim, o corpo docente das seções mista e feminina da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras era formado exclusivamente por médicos, arranjo entendido como vital para o funcionamento dessa escola. Isso ocorria apesar de já existirem, na década de 1920, enfermeiros e enfermeiras formados pela EPEE e instituições como a Cruz Vermelha Brasileira, além de enfermeiras francesas no HN e, posteriormente,

---

<sup>537</sup> AMBULATÓRIO RIVADÁVIA..., 1930, p. 7.

<sup>538</sup> “Art. 67. Na Escola Profissional de Enfermeiros, criada pelo decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890, a qual se destina a preparar enfermeiros e enfermeiras para os hospícios e hospitais civis e militares, se observará o seguinte: II. Os cursos teóricos efetuar-se-ão três vezes por semana, em seguida à visita às enfermarias, e serão dados pelos médicos do estabelecimento.” BRASIL. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911a.

<sup>539</sup> “Art. 5º – As matérias de ordem médica do curso serão lecionadas por alienistas, cirurgiões, assistentes ou auxiliares técnicos e outros funcionários, ou serventuários da Assistência a Alienados e seus ambulatórios, que forem médicos, podendo a da alínea g (administração interna etc.) ser regida pelo administrador, pelo chefe da secretaria, ou por outro funcionário, conforme a indicação do diretor geral ou dos diretores das Colônias, servindo os professores no ano letivo e podendo ser reconduzidos.

Art. 20º – Exercerão as funções de secretário, de escriturário e de bedel das seções escolares os funcionários ou serventuários do Hospital Nacional e das Colônias, designados pelos diretores.”

<sup>540</sup> Assistência a Alienados. HN. N. 36. RJ, 13/01/1923.

americanas, no Departamento Nacional de Saúde Pública, que poderiam participar da formação dos novos profissionais (RICARDO SILVA, 2009: 72).

Analisando o currículo da EPEE de 1921 a 1929, Ricardo Menezes da Silva observou a influência da medicina na formação dos profissionais de enfermagem. Segundo o autor, era notório “o objetivo do corpo médico no preparo técnico e moral dos profissionais de enfermagem para servir-lhes como auxiliares qualificados e fiéis” (RICARDO SILVA, 2009: 71). Além disso, o autor identificou uma abordagem superficial no estudo dos conteúdos programáticos, responsável por “uma capacitação determinantemente instrumental e mecanicista para o exercício de uma prática que não exigia um nível alto de capacidade cognitiva”, de maneira que a estrutura do currículo da EPEE subordinava-se às determinações da classe médica no que se referia à prescrição das funções dos profissionais na dinâmica da instituição, fazendo com que a direção médica “transcendia o âmbito institucional do Hospital Nacional de Alienados e da Colônia de Psicopatas de Engenho de Dentro e marcava presença na estrutura curricular da escola” (RICARDO SILVA, 2009: 72-73).

Em 19 de janeiro de 1932, Rachel Haddock Lobo, diretora da Escola de Enfermeiras Anna Nery,<sup>541</sup> apresentou um estudo de caráter confidencial sobre as falhas nos pontos básicos do programa da Escola Alfredo Pinto. Segundo ela, “muitos são os pontos que deixam a desejar na organização desse programa, com relação à orientação dos cursos e ao critério neles adotados”.<sup>542</sup> Lobo observou uma falha gravíssima na “arte de enfermagem”:

Nada há no programa que nos oriente com relação ao ensino da enfermagem. Em algumas cadeiras encontra-se uma pequena parte destinada à enfermagem, sem haver curso algum dedicado para tal ensino, nem figure enfermeira diplomada que o ensine. A enfermagem, arte essencialmente feminina, deverá ser ensinada por uma enfermeira especializada em técnicas. Esse curso deve ser longo e bem equilibrado, deve ser generalizado, embora mais tarde ainda haja a necessidade de ser especializado, de acordo com os vários ramos da medicina.<sup>543</sup>

---

<sup>541</sup> Segundo Ferreira e Salles, “existe uma controvérsia latente no âmbito da historiografia brasileira que trata da profissionalização da enfermagem. Tradicionalmente, considera-se que a institucionalização da enfermagem começa quando é firmado um acordo de cooperação técnica entre o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) – agência federal recém-criada com a missão de organizar a saúde pública em âmbito nacional – e a Fundação Rockefeller, que resultou na criação, em 1923, da Escola de Enfermeiras do DNSP (posteriormente denominada Escola de Enfermagem Ana Nery). O argumento é que se tratava de uma inovação institucional que se distinguia radicalmente de todas as experiências anteriores de formação de enfermeiras na medida em que adotava integralmente o padrão *nightingale*” (FERREIRA; SALLES, 2019).

<sup>542</sup> LOBO, Rachel Haddock. Estudo confidencial sobre as falhas nos pontos básicos do programa da Escola Alfredo Pinto. Rio de Janeiro, 19 de janeiro de 1932, 5p. Localização: EEAN – UFRJ – PAVILHÃO DE AULAS – Cedoc – CX: 37 – DOC: 119, p. 1.

<sup>543</sup> LOBO, Rachel Haddock. Estudo confidencial..., 1932, p. 2.

Sobre a organização da prática hospitalar, Lobo afirmava que nada se podia deduzir, e que “sem um estágio longo nos serviços de medicina e cirurgia, serviços estes de prática fundamental para a profissão, enfermeira alguma poderá conscienciosamente usar o seu título”. No tocante a essa prática, ao que tudo indica inexistente no âmbito da EPEAP, ainda classificava como uma falha inqualificável a falta de uma “fiscalização contínua de profissionais especializadas que evitassem que a faina quotidiana viesse abafar os princípios ensinados durante o período escolar”.<sup>544</sup>

A seguir, a autora fazia uma “pequena comparação do curso teórico e prático da Escola Alfredo Pinto com os cursos oferecidos por qualquer escola capaz de conferir diplomas de enfermeiras habilitadas”,<sup>545</sup> apontando que, na Escola Alfredo Pinto, a matéria “anatomia e fisiologia” correspondia a doze horas teóricas e nenhuma aula prática, enquanto na Escola Anna Nery a mesma disciplina era constituída por sessenta horas, sendo trinta de teoria e trinta de prática.<sup>546</sup> E sobre essa discrepância apontava o seguinte:

Sendo a anatomia e a fisiologia cadeiras básicas, o número de trinta horas é o limite mínimo para um preparo sólido sobre os pontos capitais na enfermagem. As trinta aulas práticas para dissecações e etc. têm como objetivo fixar bem no juízo das alunas o que lhes foi dito nas aulas teóricas. É este ponto de extraordinária importância, em se tratando de enfermeiras instruídas.<sup>547</sup>

Rachel Haddock Lobo criticava ainda o fato das cadeiras de higiene, patologia e enfermagem elementar se acharem englobadas no programa da Escola Alfredo Pinto. Nessa escola, as três cadeiras juntas abrangiam um total de quinze aulas, enquanto na Escola Anna Nery alcançavam um total de 247 aulas. Lobo defendia que, por sua necessidade e importância, cada dessas cadeiras merecia uma atenção especial e esclarecia que higiene geral era uma cadeira que devia vir após outras terem sido bem digeridas, que patologia devia ser subdividida em interna e externa, sendo dada imediatamente após as matérias fundamentais, e ainda que enfermagem geral, por si só, exigia ensino isolado, “consagrando-se lhe muitas horas de estudo, sem contar as horas que serão mais tarde reservadas ao ensino da enfermagem especializada para cada serviço”.<sup>548</sup>

---

<sup>544</sup> *Idem.*

<sup>545</sup> *Idem.*

<sup>546</sup> LOBO, Rachel Haddock. Estudo confidencial..., 1932, p. 3.

<sup>547</sup> *Idem.*

<sup>548</sup> *Idem.*

Além disso, a “cadeira de técnica terapêutica geral e especializada, dietética e enfermagem médica” na Escola Alfredo Pinto correspondia a vinte aulas, enquanto na Escola Anna Nery a 45 aulas, sendo quinze teóricas e trinta práticas. De acordo com Lobo, “as práticas são executadas no laboratório de dietética sob orientação de especialistas, acompanhadas da fiscalização da enfermeira instrutora”. Ela ainda comentava que, dessas vinte aulas da Escola Alfredo Pinto, apenas uma era destinada a dietética. Nesse sentido, se perguntava “será possível ensinar dietética numa só aula?”<sup>549</sup>. Por último, apontava que no programa da Escola Alfredo Pinto, com relação à “cadeira de pequena cirurgia, ginecologia, obstetrícia e enfermagem cirúrgica”, estavam previstas 32 aulas, as quais eram, na realidade, dedicadas apenas para a pequena cirurgia. Na Escola Anna Nery, essa cadeira era constituída por um total de setenta aulas (patologia externa correspondia a trinta horas teóricas e dez práticas e obstetrícia e ginecologia a vinte aulas teóricas e dez práticas).<sup>550</sup>

Lobo destacava ainda a falta das seguintes cadeiras no programa da Escola Alfredo Pinto: microbiologia, pediatria, psiquiatria, psicologia e higiene mental. Quanto à cadeira de microbiologia, destacava que se tratava de uma matéria essencial para uma enfermeira instruída segundo o conceito da época: “a enfermeira não satisfaz na função de simples colaboradora e auxiliar do médico no tratamento da doença...”. Sobre as cadeiras de psicologia e higiene mental, apontava que seriam de “real importância em qualquer escola de enfermagem, máxime em se tratando de uma escola como o é a Alfredo Pinto, especialmente destinada ao cuidado dispensado às manifestações mentais”. Comentava que tais disciplinas figuravam apenas no curso de especialização (terceiro ano) e não no curso de enfermagem, e fazia a seguinte consideração: “é de estranhar que estando universalmente reconhecida a necessidade dos cursos de psicologia para melhorar entendimento entre os doentes normais, porque não usar com aqueles que vão lidar com anormais?”<sup>551</sup> Sobre a cadeira de psiquiatria, a diretora da Escola Anna Nery apontava que atualmente era parte integrante de todo programa de enfermagem e que, por sua essência, nunca deveria estar ausente da Escola Alfredo Pinto.<sup>552</sup>

Comparando o total das aulas práticas e teóricas da Escola Alfredo Pinto com os das demais escolas padrão de enfermagem, Lobo verificava que, na escola de Engenho

---

<sup>549</sup> LOBO, Rachel Haddock. Estudo confidencial..., 1932, p. 4.

<sup>550</sup> *Idem.*

<sup>551</sup> *Idem.*

<sup>552</sup> LOBO, Rachel Haddock. Estudo confidencial..., 1932, p. 5.

de Dentro, os cursos de enfermeira e de visitadora social juntos correspondiam a um total de 311 aulas (201 e 110 aulas, respectivamente), enquanto numa escola padrão (curso de três anos) equivaliam a um total de 573 aulas. E, após essa apreciação, concluía afirmando o seguinte:

Resulta que seu programa é insuficientíssimo para que os possuidores de tal educação profissional possam usar o título de enfermeiros, gozando-lhes as prerrogativas, título que só deveria ser conferido aos que de direito merecem, de acordo com os ensinamentos modernos e progressos do século atual.<sup>553</sup>

A diretora da Escola de Enfermeiras Anna Nery também verificou as disposições legais constantes do Capítulo IX – Da Escola Profissional de Enfermeiros (art. 86 a 102), do Decreto 17.805, de 23 de maio de 1927. Sobre a admissão, a respeito do Art. 94, parágrafo único: “Na falta de documentos especiais ou outros idôneos (escolares ou colegiais), referentes à habilitação dos candidatos, a qual convém corresponda, mais ou menos, à adquirida nos cursos completos das Escolas Públicas, deverá ser efetuado no exame de suficiência”,<sup>554</sup> Rachel Haddock Lobo apontava o seguinte:

Ora, os cursos completos das escolas públicas são cursos primários, o que não é absolutamente suficiente para assimilação de cursos cujas ciências básicas, como anatomia, fisiologia, física e química etc. são estudadas detalhadamente, de acordo com as exigências modernas. Seguindo o critério de todas as escolas mundiais de enfermagem modelos, o preparo mínimo deve ser o secundário e sempre que possível exigir preparatórios equivalentes aos pedidos nas escolas superiores.<sup>555</sup>

Com referência ao Art. 95,<sup>556</sup> Lobo argumentava que fazia pensar “que todos aqueles que tenham mais de dez anos de serviço podem ficar trabalhando sem obrigação alguma de se instruírem”.<sup>557</sup> Tratando do Art. 96,<sup>558</sup> ela levantava os seguintes questionamentos sobre o dever do trabalho da aluna na instituição:

Onde, como e por quanto tempo? Qual a orientação para essa prática? Qual o critério seguido? Nada consta.

---

<sup>553</sup> *Idem.*

<sup>554</sup> BRASIL. Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927a.

<sup>555</sup> LOBO, Rachel Haddock. Estudo confidencial..., 1932, p. 1.

<sup>556</sup> “Ao pessoal de serviço clínico da Assistência a Psicopatas de menos de dez anos de serviço nos respectivos estabelecimentos, será obrigatória a matrícula e frequência escolares. Parágrafo único. Os atuais enfermeiros ou enfermeiras de menos de dez anos de serviço serão progressivamente substituídos pelos que concluírem o curso, se não satisfizerem as exigências deste Regulamento.” BRASIL. Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927a.

<sup>557</sup> LOBO, Rachel Haddock. Estudo confidencial..., 1932, p. 1.

<sup>558</sup> “Os alunos e alunas são obrigados a frequentar as aulas teóricas e práticas, devendo os que não forem empregados dos estabelecimentos prestar serviços aos mesmos, conforme designação dos respectivos diretores.” BRASIL. Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927a.



Será orientação dada com cálculos prévios, considerando a parte educativa do aluno, ou simplesmente os juroz trazidos pelo aluno aos serviços, em retribuição pela sua instrução teórica?”<sup>559</sup>

Por último, Lobo fazia uma crítica à questão dos prêmios prevista no Art. 99.<sup>560</sup> Segundo a diretora da Escola Anna Nery, a concessão desses prêmios seria um absurdo, pois alegava que, com isso, não só se deixava de “procurar na psicologia os estímulos científicos, ou também os meios de apreensão econômica, como procura a Escola Alfredo Pinto tirar o idealismo, não só da profissão, como do patriotismo, que é o sentimento de todos que consideram um dever cívico se instruírem sempre e cada vez mais para a elevação de sua pátria”.<sup>561</sup>

O grupo de enfermeiras representado pela EEAN repudiava a possibilidade de se formar enfermeiras com níveis de educação mais baixa e o controle existente do ensino de enfermagem por parte de médicos. A EPEAP, por sua vez, passou a depender, cada vez mais, ao longo da década de 1930, de uma legitimação por parte da Escola Anna Nery. A diretoria desta última escola também possuía em suas mãos uma cópia do Regulamento do Curso de Atendentes do Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP).<sup>562</sup> Comparando os conteúdos ministrados nesse Curso de Atendentes com os do Curso de Psiquiatria Adiantada (30h) oferecido pela Escola Anna Nery,<sup>563</sup> vemos que as questões físicas, funcionais e sociais relacionadas aos doentes mentais estavam muito mais presentes nos programas da Escola Anna Nery do que nos das próprias escolas da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal.

Em 21 de junho de 1937, Waldemiro Pires, diretor da Divisão da Assistência a Psicopatas (DAP), escreveu para o Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, o médico João de Barros Barreto, se posicionando contra a extinção da Escola Alfredo Pinto. Pires citou, inclusive, “a situação de inferioridade em que se encontram os hospitais da assistência a psicopatas, por ter a lei de reajustamento extinguido o seu quadro de enfermeiros”.<sup>564</sup> A Lei n. 284, de 28 de outubro de 1936, modificou a denominação dos enfermeiros que existiam no Serviço de Assistência a Psicopatas, padronizando-os na

---

<sup>559</sup> LOBO, Rachel Haddock. Estudo confidencial..., 1932, p. 1.

<sup>560</sup> “Aos alunos e alunas que se distinguirem nos exames poderão ser conferidos prêmios de 10\$ a 50\$ anuais a juízo das mesas examinadoras.” BRASIL. Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927a.

<sup>561</sup> LOBO, Rachel Haddock. Estudo confidencial..., 1932, pp. 1-2.

<sup>562</sup> Regulamento do Curso de Atendentes do Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP). Centro de Documentação (CEDOD). UFRJ. Gabinete Direção – G – 01.6 – 1937.

<sup>563</sup> Curso de Psiquiatria Adiantada. Centro de Documentação (CEDOD). UFRJ. Gabinete Direção – G – 01.6 – 1937.

<sup>564</sup> Localização: Centro de Documentação (CEDOD). UFRJ. Gabinete Direção – G – 01.6 – 1937.

carreira de atendentes. Assim sendo, ficou a Assistência a Psicopatas desprovida de enfermeiros e impossibilitada, de acordo com a lei em vigor, de dar aos atendentes funções de enfermeiros. Em 1º. de janeiro de 1937, em função dessa nova lei, os nomes de quase todos os cargos foram modificados no livro de assentamento dos empregados subalternos da colônia. Enfermeiras e monitoras de higiene mental passaram então a serem reconhecidas, no âmbito do Ministério da Educação e Saúde, como atendentes da classe C.

Ainda segundo Waldemiro Pires, o curso de atendentes ora em organização devia ter as características de um curso preliminar, apenas até que se organizasse o curso especializado de enfermagem, “cuja realização só se compreende dentro de estabelecimentos psiquiátricos”. Apontava que o atendente “é um elemento de suplência, e auxílio. Destarte, as noções médicas, superiores e próprias do enfermeiro – colaborador direto e imediato do médico – e as questões de assistência social, não têm cabida no seu preparo”. Assim, além do curso de atendentes, Pires defendia a necessidade de criação de um curso de enfermeiros psiquiátricos.<sup>565</sup> Nesse sentido, apontava as especificidades da enfermagem psiquiátrica frente à enfermagem clínica:

Se em outros setores da medicina a enfermeira tem relevante papel, na psiquiatria ela é a pedra angular. Enquanto que nas outras especialidades a sua ação é, por assim dizer, descontínua, como mandatário de determinações estritas, na medicina mental o enfermeiro tem ademais sua função própria, autônoma, de atuação contínua; não se encarrega só da execução de ordens recebidas; atua pelo seu carinho, confortando, distraindo o doente, desviando-o das suas tendências mórbidas, ao mesmo tempo que lhe é o vigilante e guarda, impedindo-o de práticas danosas a si ou a terceiros.<sup>566</sup>

Como observam Amorin e Barreira, o que “os psiquiatras, na verdade, desejavam era elevar o nível de preparação destes agentes de enfermagem, mas de modo a garantir-lhes o monopólio da formação dos enfermeiros/as, nos estabelecimentos da DAP” (AMORIN; BARREIRA, 2007: 58). Esses autores analisaram o jogo de forças entre psiquiatras, sanitaristas e enfermeiras diplomadas durante a reorganização da EPEE, em fins dos anos de 1930, no espaço do Departamento Nacional de Saúde, e concluíram o seguinte:

A complexidade do problema para o Departamento Nacional de Saúde era a de que, ao mesmo tempo em que o diretor do DNS necessitava da anuência das enfermeiras diplomadas, aliadas dos sanitaristas, para fazer valer a formação do enfermeiro auxiliar, ele também não poderia

---

<sup>565</sup> *Idem.*

<sup>566</sup> *Idem.*

interferir na posição ocupada pelos médicos, nas seções da EPEE, o que abalaria as relações entre sanitaristas e psiquiatras no campo da medicina. Tanto assim que, no processo de reorganização da EPEE, iniciado em 1937, o diretor geral do DNS, João Barros Barreto, alertava os porta-vozes dos campos da saúde pública e da enfermagem de que deveriam garantir, em suas propostas, a manutenção dos postos dos professores psiquiatras, de ambas as seções escolares da EPEE. O argumento com que os psiquiatras defendiam seu projeto para a EPEE era o de que o conhecimento a ser incorporado pelos enfermeiros (as) deveria pautar-se pelas especialidades médicas, em detrimento de um conhecimento mais específico de enfermagem. Deste modo, na formação do enfermeiro (a) seria inculcado o reconhecimento à supremacia do médico e a dedicação à sua pessoa (AMORIN; BARREIRA, 2007: 61).

Em 30 de outubro de 1940, por determinação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), foi organizada e enviada uma relação das principais atividades da Colônia Gustavo Riedel no primeiro decênio do Estado Novo. No tocante à EEPAP, constava a “formação profissional, de 1930 a 1939, de 232 enfermeiras e sessenta visitadoras sociais na Escola de Enfermeiras ‘Alfredo Pinto’”, a “instituição, em 1938, das proveitosas viagens de estudo aos nossos estados pelas turmas do curso de visitadoras sociais da Escola de Enfermeiras” e, ainda, a “extensão, em 1940, do serviço de enfermeiras visitadoras sociais às famílias de doentes dos serviços ‘fechados’ da Colônia”.<sup>567</sup>

Sobre essas proveitosas viagens de estudo, em 31 de dezembro de 1941, a Repartição da Colônia Gustavo Riedel remeteu um ofício para o Diretor do SAP informando que a “necessidade de um ônibus para a colônia vem fazendo sentir-se há muito, não só para transporte de funcionários como, sobretudo, para a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto”. Nesse sentido, comparava-se, além da posição geográfica dessa escola em relação à EEAN, a condição social inferior de suas alunas:

A Escola Anna Nery dispõe de um desses veículos privativos para suas alunas, e para a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto a necessidade de um desses veículos coletivos é ainda maior, seja por ser a sede de nossa escola mais afastada do centro urbano, onde se encontram numerosos estabelecimentos que costumam ser visitados pelas turmas dos vários cursos (como o Museu Nacional, Dispensário Azevedo Lima contra tuberculose, Liga Brasileira de Higiene Mental, Hospital Psiquiátrico etc.), seja pelo nível econômico em regra muito modesto de nossas alunas, em comparação com as da Escola Anna Nery, já se tendo

---

<sup>567</sup> MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. Serviço Nacional de Doenças Mentais. Relação das principais atividades da colônia de 1930 a 1940. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, ano V, n. 3, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1942.

verificado exemplo de aluna externa que desistiu do curso por não ter como pagar suas passagens.<sup>568</sup>

O fato é que, menos de nove meses depois do envio desse ofício, em setembro de 1942, as seções mista e feminina foram fundidas na sede da Avenida Pasteur. Fica claro também na mudança da colônia tanto da EPEAP (início dos anos de 1940) como do Instituto de Psicologia (no final dos anos de 1930) uma relação centro/periferia, onde apenas o centro é compreendido como produtor de conhecimento. Ainda sobre o fechamento da seção feminina da escola de enfermagem, é necessário perceber que, em fins de 1939, havia desaparecido o ARC, que era não apenas o local onde se realizava boa parte das aulas práticas das alunas da EPEAP como a instituição que fornecia os professores para essa escola. A exemplo do que foi dito acima, Ernani Lopes tratava, no início de 1942, sobre a anuência dada pelo diretor do Dispensário de Cascadura para que as aulas práticas de esterilização de material, bem como as das funções de “instrumentadora” e os de cuidados obstétricos das alunas da EPEAP fossem dadas naquele estabelecimento.<sup>569</sup>

O funcionamento da Escola Alfredo Pinto por mais de vinte anos em Engenho de Dentro foi fundamental para o desenvolvimento do programa de higiene mental da colônia de alienadas, que incluía a expansão e controle da psiquiatria em direção às famílias pobres do subúrbio. Da EPEAP saíam anualmente turmas de enfermeiras que eram aproveitadas nos diferentes serviços internos e externos da colônia. Por outro lado, ainda que com deficiências do ponto de vista do padrão “Anna Nery” (e talvez até mesmo em função dessas carências e seus nexos sociais), a seção feminina da EPEE propiciou acesso a um curso de formação profissionalizante a muitas mulheres pobres, brancas e mesmo negras.

### **3.1.2. Assistência Heterofamiliar**

A Assistência Heterofamiliar dizia respeito ao acolhimento de pacientes psiquiátricos por famílias sem relação de parentesco com os mesmos. O cuidado familiar foi considerado no Brasil e em outras partes do mundo num contexto de forte crítica ao hospital psiquiátrico. Como observa Thomas Müller, esse tipo de tratamento envolveu a aceitação da crítica social e médica aos superlotados e financeiramente enfraquecidos

---

<sup>568</sup> Ofício da Repartição da Colônia Gustavo Riedel para o diretor do SAP – MES, CGR, SNDM, p. 9. Localização: Caixa 1453, CETAPE.

<sup>569</sup> LOPES, Ernani. Relatório apresentado ao diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Escola de Enfermeiras “Alfredo Pinto”. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, ano V, n. 3, 1942b, p. 269.

hospitais psiquiátricos e, também, possibilitou “que os psiquiatras se apresentassem como ‘modernos’, ou seja, como praticantes dispostos a respeitar as ideias humanísticas de cuidado ao paciente” (MÜLLER, 2010: 188). Porém, segundo Muller, o projeto de atendimento familiar psiquiátrico foi rejeitado até o final da década de 1890 por muitos psiquiatras da Europa Ocidental e de outros lugares que consideravam “a separação espacial do paciente de sua família como um pré-requisito para o sucesso do tratamento” (p. 194). Além disso, conforme o autor, esse tipo de assistência e, em especial, a pequena cidade belga chamada Gheel, onde essa assistência era praticada, constituíam uma ameaça às aspirações profissionais dos psiquiatras.

Müller (2010) destaca que o cuidado familiar na Bélgica tem uma longa história, cujas origens chegam ao século XII; na França, esse cuidado existe desde 1892; e na Alemanha o clínico geral Ferdinand Warendorff (1826-1898), no final da década de 1870, lançou, de forma pioneira, uma iniciativa de cuidados familiares em um pequeno asilo particular em Ilten, perto de Hannover. No entanto, nesse país, o sistema mais elaborado foi estabelecido em Uchtspringe. Este último foi o modelo seguido na Colônia de Engenho de Dentro, mas os médicos envolvidos na AHF dessa colônia também não deixaram de se referir, como era de se esperar, a Gheel e, também, a outros exemplos internacionais, como Lierneux.

Gheel passou a se destacar como ponto de peregrinações desde a Idade Média. Posteriormente, como resultado da influência da Revolução Francesa sobre as províncias do futuro Estado da Bélgica (1830), “essa peregrinação e o seu acolhimento institucionalizado de visitantes ‘loucos’ nas famílias locais tornaram-se secularizados” (MÜLLER, 2010: 179). No entanto, a provisão legal para os doentes mentais data do início da década de 1850. No final do século XIX, a “colônia dos loucos” de Gheel alcançava uma área de 11.000 hectares e, em 1893, segundo o psiquiatra Albrecht Paetz, diretor médico do hospital psiquiátrico Alt-Scherbitz, possuía “cerca de 12.000 habitantes, sem contar os habitantes da campina, as terras mais amplas nos arredores de Gheel pertencentes à comunidade” (p. 181).

Em 1884, o cuidado familiar foi adotado em Lierneux, na Valônia (Bélgica francófona). Müller aponta que sua fundação e existência duradoura “provaram aos céticos que o cuidado familiar era de fato possível, mesmo sem uma tradição peregrina milenar”. Ao visitar Lierneux em 1893, após sua estada em Gheel, Albrecht Paetz relatou uma estrutura de cuidados familiares que incluía 22 aldeias, além do assentamento central da aldeia de Lierneux, abrangendo uma área de 6.325 hectares. Nessa altura, 199 doentes

do sexo masculino e 147 do sexo feminino tinham encontrado um lar dentro e ao redor de Lierneux (MÜLLER, 2010: 183-184). Ao contrário do que ocorreu na Alemanha, mas tal como se passou na França, “Lierneux teve inicialmente que se virar sem infraestrutura médica substancial, como uma enfermaria e um hospital psiquiátrico” (p. 183).

Müller percebe que, de todos os precursores da assistência familiar na Alemanha, foi Konrad Alt (1862-1922), do hospital psiquiátrico Uchtspringe, que criou um dos sistemas mais sofisticados e dinâmicos do país, com vários anexos que se espalhavam por uma grande área, em 1894. Ele organizou ainda cuidados familiares em Gardelegen, a 14 quilômetros de Uchtspringe, em Jerichow, no bairro vizinho, e na província da Saxônia. A dois quilômetros de distância do hospital de Uchtspringe, em Wilhelmseiche, Alt estabeleceu novas casas para acomodar pacientes e, de modo inovador, permitiu que a equipe de enfermagem se casasse sem perder o emprego. Cada casal de enfermeiros recebeu uma casa menor para acolher até três pacientes, algo que, segundo o autor, “parece ter funcionado muito bem, apesar de nunca ter atingido os números previstos nos distritos familiares franceses” (MÜLLER, 2010: 189-190). Em síntese, para Thomas Muller, “o cuidado familiar psiquiátrico tornou-se uma espécie de teste de tornassol para uma determinada sociedade e seu tratamento dos doentes mentais. Além disso, a implementação do cuidado familiar desafiou a psiquiatria” (p. 196).

Juliano Moreira, em um artigo de 1906 – opondo-se ao psiquiatra paulista Franco da Rocha<sup>570</sup> (1864-1933), precursor da assistência familiar na América do Sul, que dizia que em outros países, como na Rússia, tentativas de implantar a AHF não foram coroadas de sucesso –, citava os vários avanços feitos naquele país e corroborava a opinião do Dr. Kachenko (diretor do asilo de alienados de Nijni-Novgorod, da colônia-agrícola de Liakovo e da colônia familiar de Balakna) de “que tudo ‘prova que a assistência familiar dos alienados é realizável na Rússia tanto quanto algures’” (MOREIRA, 1906: 28).

No tocante à assistência familiar, Moreira reconhecia as conclusões do Dr. Alt, presidente da comissão alemã no “Congresso Internacional de Assistência aos Alienados”, realizado na Antuérpia, em 1902, a saber: 1. Uma porção bastante significativa de alienados pode ser submetida a assistência familiar; 2. Essa assistência “representa a forma mais natural, mais livre, a melhor e a menos dispendiosa de cuidar tais enfermos”; 3. O tratamento familiar “constitui para um grande número deles um fator terapêutico importante”; e 4. “As colônias familiares não eliminam os estabelecimentos

---

<sup>570</sup> Para saber mais sobre Franco da Rocha e a assistência aos alienados no Estado de São Paulo, ver CUNHA, 1986.

existentes, “não constituem a estada mais conveniente para todas as espécies de alienados, porém podem parar de modo prático, ativo e pouco dispendioso o crescimento incessante desses estabelecimentos” (MOREIRA, 1906: 28-29). Em São Paulo, Franco da Rocha inaugurou, em 14 de abril de 1908, a primeira assistência familiar no continente sul-americano.<sup>571</sup>

Na capital federal, a criação do tratamento familiar foi autorizada pelo decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911, e impulsionada pela lei n. 3.991, de 5 de janeiro de 1920, que fixou a despesa geral da União para o exercício de 1920, destinando 150 mil réis para a instalação do serviço de AHF na Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro. O ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, Alfredo Pinto Vieira de Mello, em nome do Presidente da República, em 24 de maio de 1921, aprovou e determinou que fossem cumpridas as instruções para a assistência doméstica anexa à Colônia de Engenho de Dentro, a que se referia o parágrafo 1º do art. 2º do regulamento aprovado pelo decreto nº 8.834: “Instaladas as colônias, poderão os respectivos diretores criar, na periferia das mesmas, serviços de assistência heterofamiliar”. Esta regulamentação, publicada no *Diário Oficial* de 7 de junho do mesmo ano, era dividida em três capítulos (Dos fins da Assistência Doméstica; Dos enfermeiros e Disposições gerais) e revelava uma preocupação com a seleção dos empregados que se candidatavam para os serviços da assistência doméstica. Os fins da assistência doméstica eram os seguintes:

Art. 1º – A Assistência Doméstica tem por fim o tratamento das alienadas da Colônia de Alienados no Engenho de Dentro que puderem ser segregadas da habitação em comum para ser confiadas aos cuidados das famílias de empregados do estabelecimento, de acordo com o art. 2º, parág. 1º do regulamento aprovado pelo decreto nº 8.834, de 11/07/1911.

Parág. único – Os prédios destinados à Assistência Doméstica poderão ser aproveitados para pensionistas, que pagarão a diária de 25 mil réis (25\$000), e mais cinco mil (5\$000) para a enfermeira a cujos cuidados estiver a doente.<sup>572</sup>

No relatório da Assistência a Alienados do ano de 1919, destacava-se que a Seção Morel, “destinada às alienadas pensionistas e ainda às não contribuintes, porém de melhor educação”, encontrava-se com sua capacidade ultrapassada: “e para esse inconveniente não vejo outro remédio senão a assistência heterofamiliar nas proximidades da Colônia

---

<sup>571</sup> REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar na Colônia de Psicopatas (mulheres) no Engenho de Dentro. *Anais da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal*, 1932, pp. 133-135.

<sup>572</sup> *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU)*. 7 de junho de 1921b, p. 1, seção 1.

do Engenho de Dentro, para início da qual votou o Congresso Nacional 150 contos”.<sup>573</sup> Porém, de acordo com as fontes consultadas, a assistência familiar dessa colônia jamais recebeu pacientes pensionistas.

Para compreender a AHF em Engenho de Dentro, é preciso considerar o lugar social do trabalho doméstico para as mulheres pobres. O empregado assumia o compromisso de zelar pelas doentes que lhe fossem confiadas e as doentes, por seu turno, precisavam auxiliá-lo nos serviços domésticos. Esta é, possivelmente, a razão pela qual a AHF não recebeu pacientes pensionistas. Além de uma classe mais abastada não considerar totalmente apropriado se envolver com trabalhos braçais, dificilmente alguém iria querer pagar para seu parente trabalhar de graça, afinal não consta que as pacientes recebessem por esse trabalho. Esta exigência em relação à atividade das pacientes assumiu diversos significados na realidade concreta da instituição. Talvez o mais consistente destes tenha sido o da paciente transformada em empregada doméstica dentro e, também, fora da instituição.

Art. 2º – Ao empregado da Colônia que se distinguir pelo comportamento, a juízo do respectivo diretor, será permitido residir com sua família em um dos prédios da mesma Colônia, com o encargo de nele receber duas doentes, pelo menos, em condições de auxiliarem os serviços domésticos.<sup>574</sup>

Em setembro de 1919, o deputado federal potiguar Juvenal Lamartine apresentou uma emenda ao Orçamento da União para garantir a instalação e execução da AHF na Colônia de Engenho de Dentro através da cobrança de uma taxa de ingresso no Cais do Porto:

Fica estabelecida a taxa de ingresso a ser cobrada no recinto do Cais do Porto, à razão de 300 réis por pessoa, em moeda corrente ou estampilha federal, por conta de cuja renda, arrecadada por funcionários, a juízo do governo, é autorizado o diretor da Colônia de Alienados no Engenho de Dentro a despender desde já, pela forma que melhor convier aos interesses dos serviços, a importância de 250:000\$ para a instalação e execução da assistência heterofamiliar e serviços técnicos correlativos, conforme determina o parágrafo 1º do art. 2º do regulamento a que se refere o decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911.<sup>575</sup>

Segundo esse deputado, esse serviço tinha como objetivo “abrigar incuráveis, que, apesar de ser alienados, são válidos fisicamente, e podem trabalhar, auxiliando desse modo a própria manutenção”, resolvendo, dessa forma, “o problema social dos insanos

---

<sup>573</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1920, p. 53.

<sup>574</sup> *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU)*. 7 de junho de 1921b, p. 1, seção 1.

<sup>575</sup> ASSISTÊNCIA Heterofamiliar. *O Paiz*, ano XXXV, n. 12.747, 4 de setembro de 1919, p. 4.



porque concilia os interesses do Estado e da sociedade com os benefícios decorrentes de tal método de tratamento”.<sup>576</sup>

Em 27 de março de 1920, Juliano Moreira escreveu para o ministro da Justiça e Negócios Interiores, Alfredo Pinto Vieira de Melo, informando que o diretor da Colônia de Engenho de Dentro pedia autorização para concluir as obras “de um pavilhão para curativos e intervenções cirúrgicas de urgência anexo ao ambulatório, de um pavilhão e de alguns chalés, cujas plantas já foram aprovadas”, que deveriam ser realizadas no seguinte ano com a verba destinada aos serviços de AHF.<sup>577</sup> A justificativa apresentada pelo diretor geral da Assistência a Alienados para a antecipação das obras era a seguinte:

Tendo em consideração não só o fato de que os melhoramentos propalados conciliam os interesses desta Assistência com o benefício dos insanos, concebendo essa consignação anual para aumentar progressivamente o patrimônio do Estado, com a aquisição de terrenos destinados à pomicultura e com a renda decorrente do trabalho das próprias internadas.<sup>578</sup>

Esta questão de aquisição de terrenos e fomento à praxiterapia seria a tônica da administração da instituição psiquiátrica ao tratar da AHF durante todo o período estudado. Em 30 de maio de 1921, junto com a inauguração da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto e do cinema-teatro da colônia, o ministro Alfredo Pinto de Mello instaurou a “Assistência Doméstica”, um conjunto de seis casas, das quais duas encontravam-se prontas e já habitadas por alienadas pacíficas.<sup>579</sup>

O Sr. Ministro inaugurou ainda a assistência doméstica, que compreende a construção de várias casas, das quais algumas já se acham prontas, para internar as alienadas pacíficas que, pela sua condição social, não podem viver em comum com as demais, prodigalizando-lhes, com essa obra, a satisfação da vida em família.<sup>580</sup>

Em seu discurso, nessa ocasião, Riedel informava que a prática de Uchtspringe havia sido adaptada à Colônia do Engenho de Dentro e indicava as vantagens do modelo assistencial alemão:

As vantagens do método são notáveis, porquanto o sistema, além de fixar as boas enfermeiras, educará facilmente os nutrícios sob as vistas do esforçado alienista Dr. Plínio Olinto, que com elevado critério superintende este serviço.

---

<sup>576</sup> *Idem.*

<sup>577</sup> Ofício n. 239, caixa 2.793. Localização: CETAPE/IMAS-NS.

<sup>578</sup> *Idem.*

<sup>579</sup> INAUGURAÇÃO da Escola de Enfermeiras e do Cinema. *O Jornal*, ano III, n. 711, 31 de maio de 1921, p. 3.

<sup>580</sup> COLÔNIA de Alienados de Engenho de Dentro. *Jornal do Brasil*, ano XXXI, n. 149, 31 de maio de 1921, p. 7.

A ocupação ao ar livre associada à vida anterior, cada doente entregue a um regime familiar de acordo com a sua educação, afinal tudo o que lhe poderá trazer a ilusão da liberdade e de movimento, diversões apropriadas em teatro, cinema etc., diminuirão a angústia, a ansiedade e o mal-estar que o atormenta na prisão sem trabalho.<sup>581</sup>

No relatório da Colônia de Engenho de Dentro de 1921, Gustavo Riedel já apontava a necessidade de iniciar a desapropriação progressiva de terrenos e prédios situados fora da colônia para continuar o desenvolvimento dos serviços de AHF, experimentando-se assim o sistema escocês de assistência doméstica:

Os serviços de Assistência Heterofamiliar estão sendo realizados com especial carinho, e neste ano, ocupada a área disponível da Colônia pelas construções destinadas a esse gênero de tratamento, tornar-se-á indispensável o início da desapropriação progressiva de terrenos e prédios situados na rua Bernardo, fronteiros à Colônia. Esta diretoria pretende então experimentar o sistema escocês de assistência doméstica, com a aquisição de ótimos terrenos para a policultura e que irão enriquecer o patrimônio do Estado. Dentro da área propriamente dita da Colônia foi adotada a prática de Uchtspringe com ótimos resultados, devendo ainda com a mesma obter-se renda de pensionistas que se adaptem ao regime preconizado.<sup>582</sup>

Em 1924, em seu relatório de cinco anos de administração em Engenho de Dentro, Riedel ressaltou que naquele ano se completavam os trabalhos de assistência familiar dentro do perímetro da colônia e que a sua expectativa era que os mesmos fossem então iniciados fora dos limites dessa colônia. Na opinião desse higienista, propiciar à alienada o meio favorável à sua readaptação era também obra de profilaxia mental:

Estender-se-á pouco a pouco até a serra, devendo transformar-se dentro de meia dúzia de anos na melhor organização de assistência familiar que conheço quando nesse último ano andei a visitar serviços similares nas viagens que empreendi em missão oficial do governo na América do Norte e na Europa.

A alienada submetida ao regime vai encontrar o meio favorável à sua readaptação a vida anterior, o que não deixa de ser profilaxia mental, e complemento do programa traçado para a Colônia do Engenho de Dentro.

O esforçado alienista Dr. Ernani Lopes emprega a sua atividade em orientar as famílias hospedeiras ou nutrícias e do sucesso obtido dispõe ele já de observações dignas de registro especial.<sup>583</sup>

Segundo afirmava em 1925 Ernani Lopes, a mesma profilaxia mental realizada no Ambulatório Rivadávia Corrêa “começa a tirar partido de algumas seções antes unicamente de incuráveis, como é o caso da assistência heterofamiliar, onde atualmente

---

<sup>581</sup> NA COLÔNIA de Alienadas, 1921, p. 6.

<sup>582</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1922a, p. 114.

<sup>583</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924, pp. 12-13.

temos a preocupação de colocar em assistência profilática enfermas reformáveis, readaptáveis ao meio social externo”.<sup>584</sup>

Tratando da AHF, Lia Riedel, filha do segundo diretor da colônia, comentou que essa assistência fazia uma adaptação entre o hospital e a rua, representando “um degrau entre o hospital e a vida lá fora”. As casas, de acordo com ela, possuíam sala, dois quartos, banheiro, cozinha e quarto de empregada e eram habitadas sem nenhum custo pelas “enfermeiras e atendentes que mais se destacassem no tratamento das doentes”. Dessa forma, segundo o testemunho de Lia, buscava-se estimular as funcionárias a tratarem bem as doentes; em troca disso, estas, que eram geralmente da classe operária, eram utilizadas como empregadas em casa.<sup>585</sup>

Em 20 de janeiro de 1925, no relatório da Colônia de Engenho de Dentro do ano anterior, Plínio Olinto, então diretor interino dessa instituição, apontou que na periferia da colônia, em seis casas ocupadas por famílias de empregados, continuava-se a prestar assistência a algumas doentes, sob a direção do alienista. Ainda segundo ele, em 1924 haviam sido licenciadas 33 doentes, “muitas das quais longe dos parentes, o que é conveniente, se lembrar que realizamos com essa uma das modalidades de assistência heterofamiliar”. Ele também sublinhou que, uma vez que não tinha sido possível levantar nesse ano novas construções no âmbito da AHF, seria conveniente aproveitar a verba destinada à realização desse serviço para aumentar a superfície da colônia, adquirindo terrenos da rua Bernardes e da Serra dos Pretos Forros, “o que permitirá ampliar a cultura, oferecendo maior campo de ação às doentes trabalhadoras, auferindo renda e ao mesmo tempo efetuando o regime heterofamiliar em algumas casinhas que já existem nessas terras”.<sup>586</sup> Em 26 de maio de 1925, Olinto, ainda na qualidade de diretor interino da colônia, escreveu para o ministro da Justiça e Negócios Interiores, Afonso Pena Júnior, pedindo permissão para empregar parte de uma dotação orçamentária para adquirir alguns terrenos situados nos fundos da colônia e dela separados pela rua Bernardes.<sup>587</sup>

Quase cinco anos depois, em 6 de março de 1930, Gustavo Riedel escreveu para o diretor geral da Assistência a Psicopatas, pedindo autorização, dentre outras coisas, para utilizar uma verba de 100:000\$000 para o desenvolvimento da assistência familiar, adquirindo mais terrenos e prédios no entorno da colônia:

---

<sup>584</sup> LOPES, Ernani. Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil, 1925b, p. 170 (tradução nossa).

<sup>585</sup> RIEDEL, Lia. *Lia Riedel. Entrevista de História Oral*, 2021.

<sup>586</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1926, pp. 132-133.

<sup>587</sup> Ofício n. 231. Localização: 8M 30, fichário 1, Arquivo Nacional.

Dispondo o orçamento do corrente exercício da verba de 100:000\$000 para o desenvolvimento da assistência familiar, venho solicitar por intermédio de V. S. ao Ex. Ministro da Justiça a necessária autorização para adquirir mais terrenos e prédios em continuação aos já adquiridos pelo Patrimônio do Ministério na rua Bernardo, mediante prévia avaliação do Sr. Engenheiro de Obras, bem como a autorização para abrir concorrência pública para fazer adaptação dos referidos prédios e construção de muros de conformidade com as exigências da Prefeitura, e ainda a limpeza geral aos pavilhões já existentes da assistência familiar, a fim de manter sua boa conservação.<sup>588</sup>

Em 2 de setembro de 1930, Gustavo Riedel solicitava ao ministro da Justiça e Negócios Interiores autorização para abrir concorrência pública para a construção de mais um pavilhão destinado à AHF, incluindo o serviço de terraplenagem, construção de muro e galpão para colocação de tanque de lavagem de roupas com fossa sanitária, correndo essas despesas pela consignação material e subconsignação “Assistência Heterofamiliar”.<sup>589</sup>

Sabe-se que em fins de 1936, por meio de uma atuação da Diretoria de Domínio da União, foi feito um acordo entre a diretoria do Hospital-Colônia de Psicopatas Mulheres e os proprietários dos prédios cujos terrenos eram abrangidos pelo projeto de desenvolvimento da AHF.<sup>590</sup> Ou seja, o projeto de expansão da colônia por meio dessa assistência, iniciado na gestão de Riedel, continuou na gestão de Ernani Lopes. Como vimos no primeiro capítulo, a colônia foi considerada pequena pelos Ministros da Justiça da década de 1910, por seu diretor e pelo diretor geral da assistência. Assim, desde os primeiros anos de funcionamento da instituição, ainda na gestão de Braule Pinto, havia o interesse de aumentar a sua área em direção à Serra dos Pretos Forros. Além disso, as verbas destinadas à AHF, ao que tudo indica, constituíam um importante capital para a instituição como um todo, sendo também utilizadas para outras obras.

Em 31 de janeiro de 1928, Riedel, em seu relatório da colônia do ano de 1927, afirmava que “profilaxia mental e reintegração da alienada à sua condição de vida anterior, pela assistência familiar, constitui o programa traçado à execução em Engenho de Dentro”. A questão da profilaxia mental, segundo ele, havia sido rigorosamente atingida na organização com a regulamentação do decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927. Quanto aos serviços de assistência familiar, desenvolvidos por completo dentro do

---

<sup>588</sup> Ofício s/n, de 06/03/1930, de Gustavo Riedel, diretor da colônia de mulheres, para Juliano Moreira, diretor geral da Assistência a Psicopatas. Localização: 8M 31, fichário 2, Arquivo Nacional.

<sup>589</sup> Ofício n. 477. Localização: 8M 30, fichário 2, Arquivo Nacional.

<sup>590</sup> Ofício n. 1.474. Localização: Caixa 2.797, CETAPE.

perímetro da colônia, foram, naquele ano, iniciados fora dos limites institucionais, estando previstos para se estender “pouco a pouco até a serra, com as possibilidades orçamentárias de cada ano, conforme a planta junto, aprovada pelo aviso n. 3.467, do Exmo. Sr. Ministro da Justiça, Dr. Vianna do Castello, devendo transformar-se em uma das melhores organizações existentes da Assistência Familiar”.<sup>591</sup> Riedel ainda afirmava que somente com grandes despesas seria possível imitar Ghell ou Lierneux, e que, por esta razão, vinha sendo dada preferência pelo sistema de Uchtspringe, ou seja, “assistência familiar na periferia do Hospital-Colônia, exercida por empregados da mesma colônia ou por suas famílias”:

Este sistema, preferido pelo Professor Juliano Moreira, tem vantagens — construindo o Estado casinhas e dando-as aos seus melhores enfermeiros casados, fixa-os ao estabelecimento, melhorando-lhes a vida com habitação confortável, e fiscalizando diretamente o trato dispensado ao alienado. Além disso, como demonstra o exemplo da Uchtspringe, na Alemanha, a assistência familiar na periferia da colônia prepara o alienado para outra mais livre e distante do instituto — em domicílios afiançados. Os resultados têm sido tais que os serviços de assistência familiar estão sancionados e consagrados em todos os países cultos e entre nós em S. Paulo, onde Franco da Rocha obteve êxito absoluto. Basta dizer, como afirmou Juliano Moreira no seu relatório ao Congresso Latino-Americano, é a maneira de assistência mais compatível com os princípios de liberdade a que se habituou o homem.<sup>592</sup>

Segundo o diretor da colônia, em fins de 1927, dez doentes mentais se encontravam em assistência familiar e oito em domicílios afiançados.<sup>593</sup> Em 1930, o número de doentes em domicílios afiançados chegava a trinta.<sup>594</sup>

Em 1929, em um artigo publicado nos *Anais da Colônia de Psicopatas*, Álvaro Cardoso apontava que a assistência familiar contava então com onze pavilhões tipo *bungalows*, “morando em cada um desses pavilhões uma enfermeira com sua respectiva família e duas doentes, que são confiadas à sua guarda e direção, sob a constante fiscalização do psiquiatra encarregado de tais serviços. É o estado intermediário entre a internação e a restituição da doente à sociedade”.<sup>595</sup> Segundo o administrador da colônia, Riedel desejava ainda ampliar mais a colônia e aumentar as suas fontes de renda, focando no desenvolvimento dos serviços de assistência familiar e dos trabalhos de lavoura e das

---

<sup>591</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1930, pp. 347-348.

<sup>592</sup> *Idem*.

<sup>593</sup> *Idem*.

<sup>594</sup> ANEXOS. Assistência familiar. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1930, p. 144.

<sup>595</sup> CARDOSO, Álvaro. *As Colônias de Alienados*, 1929, p. 51.

oficinas. Ainda de acordo com Cardoso, era pensamento do diretor da colônia seguir a prática de Uchtspringe, “transformando a assistência familiar em uma verdadeira ‘vila de alienados’, desdobrando-se desde a parte sudoeste da Colônia, até atingir as fraldas da serra que lhe serve de moldura”:<sup>596</sup>

Dentro desse perímetro será levantada a “grande vila”, projetando-se para tal fim as necessárias ruas e praças, onde serão convenientemente dispostos os diversos “bungalows” e instalada uma escola para a educação das atrasadas mentais enviadas pelo Juiz de Menores.

Esses “bungalows” terão as necessárias acomodações, de sorte a que cada um possa comportar duas ou mais doentes, com as respectivas enfermeiras, mediante diária fixada pela administração, de acordo com o Regulamento em vigor, o que evidentemente produzirá renda certa, apreciável e amplamente remuneradora do capital empregado em tais construções e aquisição de terrenos.

As terras situadas na cumeada da serra, cujo aclave é pouco favorável a construções, serão aproveitadas para o desenvolvimento da lavoura, principalmente da vinha, batata, mandioca etc., que ali se desenvolvem de forma admirável.<sup>597</sup>

Em 1932, em um artigo intitulado “Assistência heterofamiliar na Colônia de Psicopatas (mulheres) no Engenho de Dentro”, Gustavo de Rezende apontava que a assistência nas famílias estranhas, educadas, em especial, pelos psiquiatras, estabelecidas na periferia de um manicômio, constituía uma obra de higiene de grande alcance, pois não só amenizava a sorte dos psicopatas, mas também realizava uma transição entre a cura e o retorno à sociedade. Para o médico, esse retorno à sociedade dependia de um despertar da atividade e da afetividade dos convalescentes:

A vida normal só pode ser retomada depois que forem estimuladas a atividade e a afetividade dos convalescentes, que deverão aprender a técnica de agir, o treino dos automatismos, a dosagem dos esforços, a descoberta de valores por demonstração desses valores ou por influência do interesse afetivo para o objetivo da ação, o que exige da parte da família conhecimentos especiais, que lhe serão ministrados pelos psiquiatras.<sup>598</sup>

Ainda de acordo com o médico, na escolha dos nutrícios, deveria ser dada preferência a enfermeiras do estabelecimento onde se acham internados tais doentes. Pois, “pelos ensinamentos que receberam e pelo trato frequente com os insanos adquiriram a prática de tratá-los, além da paciência, da abnegação, do carinho que se habituaram a dispensar-lhes”.<sup>599</sup> Além disso, segundo ele, as pessoas encarregadas do tratamento dos

---

<sup>596</sup> CARDOSO, Álvaro. As Colônias de Alienados, 1929, p. 56.

<sup>597</sup> *Idem.*

<sup>598</sup> REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar..., 1932, p. 133.

<sup>599</sup> *Idem.*

psicopatas deveriam residir na periferia do manicômio em razão das possíveis recaídas dos convalescentes.

Rezende esclarecia que o alienista designado para dirigir a AHF devia dar orientações aos nutrícios sobre o modo de cuidar das doentes e realizar uma “fiscalização rigorosa quanto ao cumprimento das ordens expedidas, além do exame mental e direto das pacientes que se acham na assistência, mensalmente e em qualquer ocasião que julgar oportuno”.<sup>600</sup> Além do mais, uma enfermeira a serviço do alienista deveria se manter em constante comunicação com as encarregadas das doentes, para informar ao médico qualquer ocorrência que precisasse de sua intervenção. As enfermeiras habitavam gratuitamente essas casas, e não tinham gastos com as doentes que tinham sob a sua guarda, necessitando, contudo, ter uma moral rigorosa, disciplina, asseio e interesse por estas:

Em cada pavilhão, um quarto com dois leitos e um pequeno lavabo é destinado às duas doentes que aí vão residir. As doentes recebem uma alimentação apropriada e são dirigidas nos serviços que lhes couberem, conforme as suas aptidões.

Evitar a fadiga e proporcionar-lhes o repouso devido, especialmente quanto às horas de sono, incutir-lhes no espírito as medidas de higiene imprescindíveis devem ser a preocupação constante da enfermeira. Abstenção de quaisquer bebidas alcoólicas e a prática de bons costumes estão no primeiro plano das condições impostas ao nutrício.<sup>601</sup>

Rezende avaliava que nos serviços da AHF da Colônia de Engenho de Dentro havia sido adotado o sistema de Uchtspringe, porém com uma maior extensão. Segundo ele, apesar dos esforços do diretor Gustavo Riedel, os serviços de AHF em Engenho de Dentro estavam sendo estabelecidos vagarosamente, por falta de interesse dos poderes públicos em relação à assistência aos psicopatas. Nesse sentido, comentava que para a criação desses serviços foi preciso que Riedel “sugerisse a ideia de um imposto cuja renda fosse aplicada ao custeio do serviço. Ainda assim lhe coube uma quantia reduzida que só permitirá a realização completa do plano traçado no fim de muitos anos”. Devido a isso, segundo o médico, “poucos pavilhões são construídos cada ano, de modo que, até hoje, só foram construídos onze pavilhões além de cinco prédios adquiridos a particulares”.<sup>602</sup> Por isso, segundo ele, durante todo esse tempo (1920-1932), apenas 82 doentes haviam sido encaminhadas para a AHF (o que dá uma média de 6,8 pacientes por ano). Ainda de acordo com Rezende, buscou-se enviar para essa assistência pacientes com diagnósticos

---

<sup>600</sup> REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar..., 1932, p. 135.

<sup>601</sup> REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar..., 1932, p. 136.

<sup>602</sup> REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar..., 1932, p. 137.

bastante variados, com o intuito de observar quais as doentes que poderiam tirar melhor proveito do tratamento familiar.

Tratando da AHF nas Colônias de Vargem Alegre e de Jacarepaguá, a primeira destinada a pacientes dos sexos masculino e feminino e a segunda apenas a homens, Claper defende que, em ambas as instituições, “no início dos novecentos o tratamento familiar não era nem de longe uma experiência prática”, sendo, de fato, “um elemento do discurso político” (CLAPER, 2020: 238). A autora sustenta essa afirmação em dois pontos: o baixíssimo número de pacientes encaminhados para esse tratamento e a não existência de “um plano que suportasse a assistência familiar” (p. 238). De acordo com os dados apresentados pela autora, entre 1920 e 1921, na Colônia de Vargem Alegre, houve “a notícia de movimentação de seis internos e cinco internos, respectivamente, transferidos para assistência heterofamiliar” (p. 238), enquanto a partir de 1922 começaram a surgir nos relatórios da Colônia de Jacarepaguá “notícias sobre transferência de internos para a assistência familiar, porém o número de transferidos era pequeno, de dois a quatro doentes” (p. 237).

O baixo número de pacientes transferidos para a AHF, sobretudo nessa última colônia destinada a pacientes masculinos, pode ser devido a uma questão de gênero: uma vez que o serviço doméstico se apresentava – e ainda se apresenta hoje em dia – como uma ocupação eminentemente feminina desde o Brasil colonial. Nesse ponto, vale citar as taxas observadas por Soares, Melo e Bandeira (2014), a partir dos censos demográficos de 1872 a 2010. Segundo as autoras, enquanto o serviço doméstico remunerado correspondia a 94% da ocupação feminina, a construção civil alcançava 96% dos homens ocupados no Brasil nesse período (SOARES; MELO; BANDEIRA, 2014: 12).

De todo modo, nos parece que os argumentos apresentados por Claper não são suficientes para dizer que a assistência familiar não ultrapassou o campo da retórica. Na verdade, a realidade concreta da AHF no Rio de Janeiro aponta para a influência da prática de Uchtspringe, na Alemanha, que, de fato, possuía uma capacidade de lotação menor; e, provavelmente, também para a pouca atratividade que o serviço tinha em função da ausência de recompensa monetária.

Nas fotos abaixo podemos conferir o tipo arquitetônico dos bangalôs que foram construídos na área intracolonial e a zona cujos terrenos deveriam ser desapropriados para a ampliação da AHF da Colônia de Engenho de Dentro.

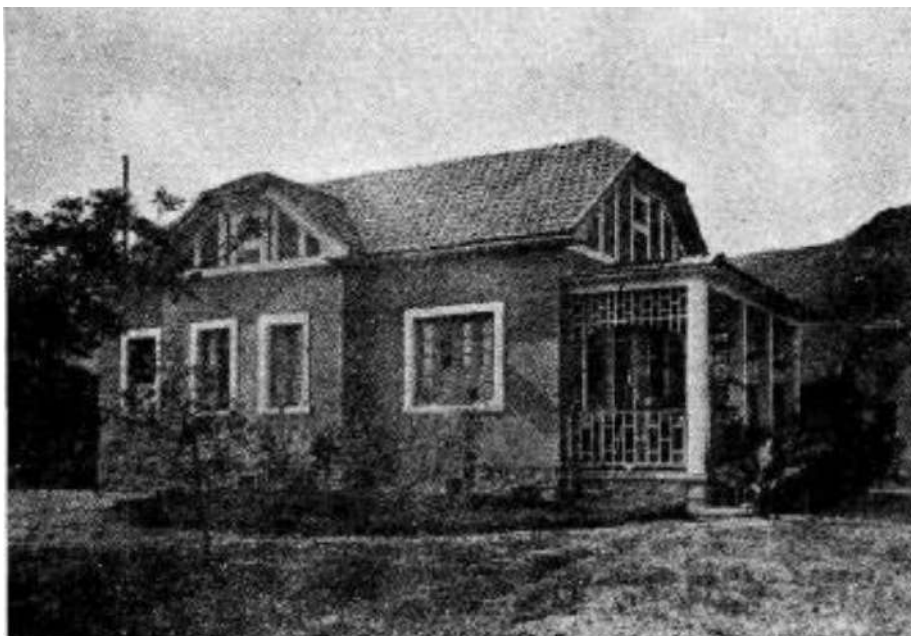


Figura XXVII – Seção de Assistência Heterofamiliar



Fonte: REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar..., 1932, pp. 133-39.

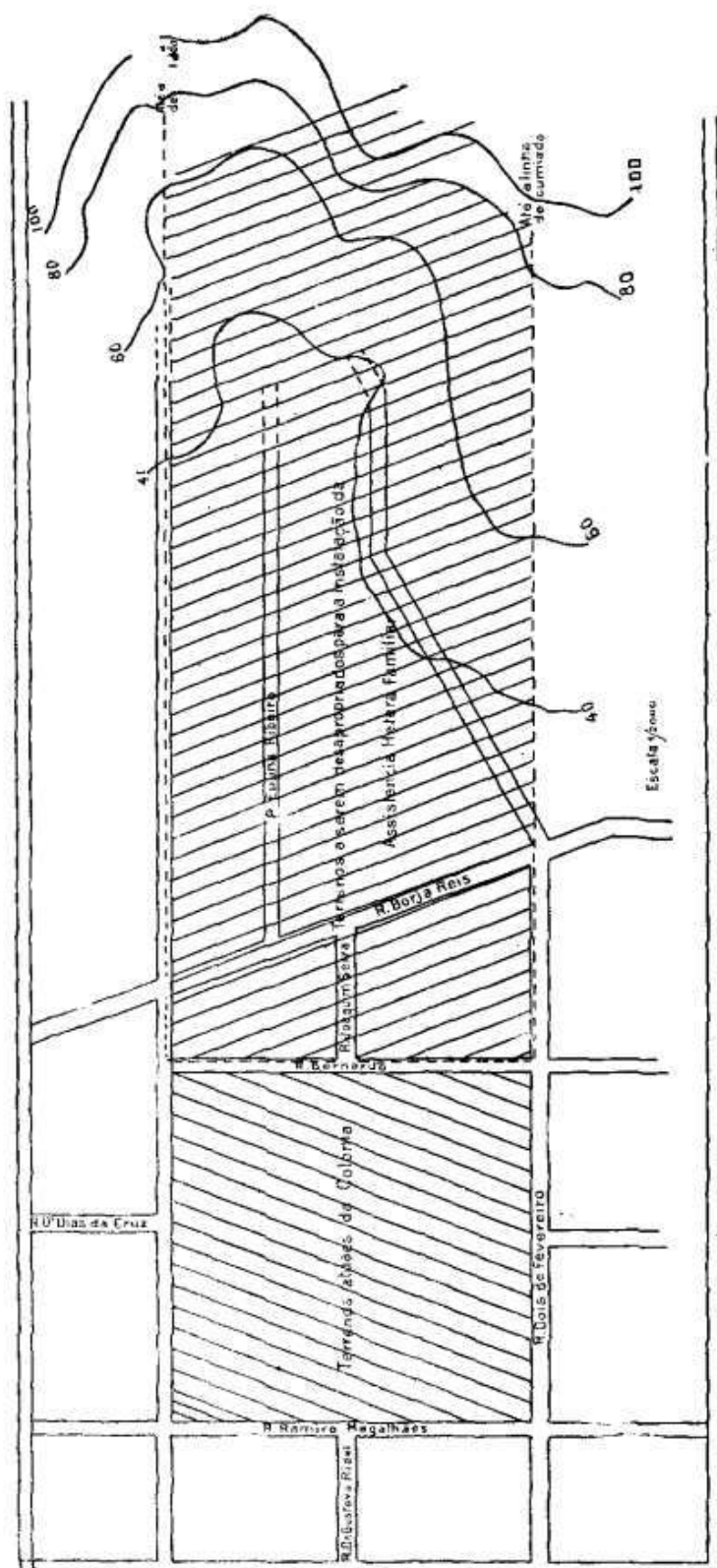
Figura XXVIII – Tipo de “bungalows” da Assistência Heterofamiliar



Typo de “bungalow” da assistência hetero-familiar

Fonte: REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar..., 1932, pp. 133-39.

Figura XXIX – Planta dos terrenos a desapropriar para o desenvolvimento dos serviços de assistência familiar



Planta dos terrenos a desapropriar para o desenvolvimento dos serviços de assistência familiar

Fonte: REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar..., 1932, pp. 133-39.

No mesmo artigo sobre a AHF na Colônia de Engenho de Dentro, Gustavo de Rezende fornecia um estudo estatístico dessas doentes, apontando que as oligofrênicas (26), as ciclotímicas (dezenove) e as esquizofrênicas (treze), assim como no conjunto da colônia, haviam sido observadas nesse serviço em maior número. Enfatizando o valor da biotipologia no tratamento das psicopatias, concluía afirmando esperar que num futuro próximo se pudesse tratar os doentes não somente conforme o diagnóstico, mas também de acordo com a personalidade de cada um e com seu biotipo.

Quadro VI – Do aproveitamento das pacientes encaminhadas para a AHF por diagnóstico (1920-1932)

<b>Diagnóstico</b>	<b>Com alta - Curadas</b>	<b>Melhoradas - Ainda na AHF</b>	<b>Melhoradas - Licenciadas</b>	<b>Não se adaptaram</b>	<b>Total de doentes</b>
Psicose maníaco-depressiva		6	1	12	19
Esquizofrenia	1	1	1	10	13
Parafrenia		2		2	4
Oligofrenia		9	1	16	26
Psicose alcoólica		3	2	1	6
Psicose toxi-infectuosa	1			2	3
Estados atípicos de degeneração				2	2
Epilepsia				3	3
Histeria				2	2
Sífilis cerebral				1	1
Paralisia cerebral infantil				1	1
Meningoencefalite crônica		1		1	2
<b>Soma</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>53</b>	<b>82</b>

Fonte: REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar..., 1932, p. 136.

Segundo Rezende, com esse estudo, foi possível verificar que a AHF prestou reais serviços, afinal esquizofrênicas, ciclotímicas, oligofrênicas e alcoólatras tenderam a melhorar com esse tratamento. Deve-se sublinhar que encontramos nos livros de observação, de fato, pacientes com esse perfil sendo enviadas para a AHF:

Um esquizofrênico de forma catatônica, admitido na heterofamiliar, apresenta hoje tal modificação no seu estado mental e geral que nos permite considerá-lo curado.

Entretanto, muitos casos de esquizofrenia, embora com a aparência de convalescência, não foram passíveis de adaptação ao meio. Alguns esquizofrênicos melhoraram muito.

Muitos oligofrênicos se tornam úteis e poderiam ingressar novamente no meio social.

Os ciclotímicos, principalmente de forma maníaca, dão um grande coeficiente de resultados satisfatórios. Muitos deles recusaram a assistência heterofamiliar, alegando que de graça, trabalhariam em casa.

Os delirantes encontram aí uma grande derivação para os seus delírios. Um deles, por mim interrogado sobre as suas ideias delirantes, respondeu que, na colônia, poderia manter essas ideias, mas ali não, porque era uma casa de família.

A instabilidade dos doentes com diagnóstico de estado atípico de degeneração, a preocupação com a doença e a insaciabilidade dos epiléticos são obstáculos ao seu aproveitamento na heterofamiliar.

Os alcoolistas, que, durante algum tempo, viveram segregados no hospital fechado, melhoram consideravelmente com esse tratamento e fazem crer na possibilidade da cura em semelhante meio.<sup>603</sup>

Dez anos depois, em 1942, Ernani Lopes, então diretor da colônia, publicou, nos *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, um artigo detalhado sobre a “Assistência heterofamiliar no Engenho de Dentro”. Segundo o médico, em 1930, com a verba da AHF, o patrimônio da instituição estava “acrescido de dezessete prédios (um dos quais, de dois pavimentos, foi residência de médico interno e depois sede da diretoria)”. Lopes ilustrava que, com a verba de 100:000\$0 consignada nas leis orçamentárias para a assistência familiar, não se podia construir anualmente mais de dois pavilhões, visto que o orçamento aproximado de cada pavilhão bangalô era de 40:000\$. Assim, todos os anos iniciava-se a construção de um terceiro pavilhão, até que, uma vez esgotado o espaço disponível dentro da colônia para essas edificações, a verba em questão tinha de ser também utilizada para fazer face às desapropriações de imóveis. Lopes expunha que o governo provisório para o exercício de 1931 consignou a verba de 50:000\$ destinada à AHF, não se encontrando no orçamento dos anos seguintes referência expressa a essa verba, que passou a fazer parte do *quantum* de “material permanente”.<sup>604</sup>

Segundo o médico, em um olhar global para tal serviço, o principal fator era a seleção rigorosa dos nutrícios e, também, das pacientes. Como resultado disso, jamais se registrou casos de suicídio, agressões violentas, incêndio, gravidez etc. com as cerca de 250 doentes tratadas em 22 anos de atuação. Na seleção das pacientes, eram “excluídas quase sem exceção as portadoras de certos diagnósticos, epiléticas, neuro-luéticas, dementes ou idiotas sórdidas, personalidades psicopáticas com agressividade etc.”.<sup>605</sup>

---

<sup>603</sup> REZENDE, Gustavo de. *Assistência Heterofamiliar...*, 1932, pp. 137-138.

<sup>604</sup> LOPES, Ernani. *Assistência Heterofamiliar no Engenho de Dentro. Anais da Colônia Gustavo Riedel*, ano V, n. 3, 1942, p. 22.

<sup>605</sup> LOPES, Ernani. *Assistência Heterofamiliar no Engenho de Dentro*, 1942, p. 30.

Segundo o médico, tendo em vista a qualidade excepcional dos nutrícios, foi possível manter, com proveito, em certos lares, doentes à primeira vista inadequadas a este gênero de assistência. Lopes citava vários exemplos; os das doentes Rosa e I. F. são transcritos abaixo:

Um exemplo digno de nota é o da doente Rosa, na casa da atendente-enfermeira CTS. Nesse lar, que, durante mais de 12 anos, tem funcionado como verdadeiro reeducandário modelo, a doente citada, oligofrênica, quando ingressou, era de uma sordidez extrema (excreta), parecendo insuscetível de correção sob esse aspecto. Pois tal foi a paciência extraordinária com que a atendente C. e sua família se consagraram à tarefa de lhe inculcar hábitos de asseio, que hoje esse propósito pode dar-se como conseguido.

(...)

Para a casa da atendente enfermeira M. A. F. foi a doente I. F., que, ao passo que na Colônia, frequentemente, tinha de ser recolhida à sala de agitadas, por brigas com as companheiras, no referido lar sempre se mostrou cordata como pessoa normal (esta ocorrência, aliás, se tem verificado nos lares de outros nutrícios, com outras doentes).<sup>606</sup>

De acordo com Lopes, eram inúmeros os casos de pacientes “cuja iniciativa se ia progressivamente anquilosando na Colônia, e que, na AHF, criaram vida nova, entregando-se, dentro de prazo mais ou menos breve, com manifesto prazer, às lides domésticas”, e não poucas pacientes “voltaram aos seus lares, às vezes, fora do Distrito Federal, transitória ou definitivamente reajustadas”.<sup>607</sup> Sobre o prazo de permanência das doentes na AHF, o médico citava que, em Engenho de Dentro, havia “o caso *record* de uma doente que ficou em um dos lares durante catorze anos, vindo a morrer lá mesmo, em um súbito colapso cardíaco, quando já em avançada idade”. Lopes contou ainda que, por sugestão de um dos médicos da instituição, certa vez se determinou o prazo médio de dois meses de permanência, findo o qual, sem melhora nítida, seria a doente reconduzida para a colônia. “Fez-se a experiência, mas, tendo algumas das doentes retiradas manifestado seu desgosto, chorando e lamentando-se, não se prosseguiu o ensaio”.<sup>608</sup>

---

<sup>606</sup> LOPES, Ernani. Assistência Heterofamiliar no Engenho de Dentro, 1942, pp. 130-131.

<sup>607</sup> LOPES, Ernani. Assistência Heterofamiliar no Engenho de Dentro, 1942, p. 131.

<sup>608</sup> LOPES, Ernani. Assistência Heterofamiliar no Engenho de Dentro, 1942, p. 132.

Figura XXX – Visitadora social em um dos lares da Assistência Heterofamiliar do Engenho de Dentro



Fonte: LOPES, Ernani. Assistência Heterofamiliar no Engenho de Dentro, 1942.

Antes de concluir, Lopes apresentava uma lista com as iniciais dos nomes de todos os nutrícios, com as respectivas funções exercidas na colônia, quando de sua atuação na AHF. Eram ao todo 38 nutrícios, dos quais dez ainda permaneciam naquele momento, em agosto de 1942, na AHF. Os cargos desses chefes de lar assistencial eram os seguintes: atendente (doze), servente (seis), enfermeira (quatro), carpinteiro (dois), inspetora (duas), trabalhador (dois), e um ajudante de motorista, auxiliar de farmácia, chefe de portaria, escriturário, foguista, mestre de ensino, monitora de higiene mental, motorista, telefonista e zelador.<sup>609</sup>

Nesse artigo, Lopes se defendia das acusações de que os dirigentes atuais da assistência psiquiátrica quisessem extinguir por completo a AHF fundada por Riedel. Nesse sentido, lembrava que ele era o médico encarregado dessa assistência na gestão desse diretor, e citava que zelosos colegas como Gustavo de Rezende, Mirandolino Caldas (1934-35), J. Pinto de Mesquita (1939) e Robalinho Cavalcanti (1942) também serviram no mesmo posto. No relatório de 1935 da Colônia de Engenho de Dentro, Lopes destacava, inclusive, que Mirandolino Caldas havia tomado a útil iniciativa de não escolher para a assistência heterofamiliar “doentes cujos parentes, especialmente

<sup>609</sup> LOPES, Ernani. Assistência Heterofamiliar no Engenho de Dentro, 1942, pp. 132-133.

consultados, se tivessem comprometido a recebê-las de novo, quando reeducadas, o que evita o contrassenso de se reeducar uma paciente e não poder reenviá-la ao meio social, sob pena de ver reincidirem ou despertarem todos os seus desvios”.<sup>610</sup>

É interessante notar que, no artigo de 1942, Lopes explicava que, diante do plano de transformar a Colônia de Engenho de Dentro em um grande hospital para agudos, muitos prédios da AHF precisaram ser demolidos, reduzindo o seu número quase à metade. O então diretor da CGR também ponderava que, com o notável aumento da densidade demográfica do bairro do Engenho de Dentro e sua célere urbanização, a ideia da criação na localidade “de um verdadeiro ‘município de assistência a insanos’ começou a afigurar-se menos exequível do que dois ou três lustros antes”.<sup>611</sup> Contudo, ele fazia votos para que ela fosse continuada e ampliada, destinando-se, sobretudo, a doentes agudos e subagudos em convalescença, indigentes e pensionistas, e enfatizava que seria vantajoso, nesse sentido, se as famílias das enfermeiras e guardas morassem nos bairros contíguos dos hospitais de insanos, o que poderia ser obtido fornecendo-lhes casas para AHF. Esse fato já se verificava, no caso da instituição de Engenho de Dentro, na quadra da rua Bernardo, afinal, dos quinze prédios ali existentes, oito eram da AHF, sendo, nas palavras do médico, “os restos quase totais da AHF iniciada em 1920”.<sup>612</sup>

Thomas Müller compreende o declínio da AHF na Alemanha, a partir da década de 1930, como consequência das políticas de saúde nazistas, onde a questão da separação voltou a ser mais importante que a “integração” dos doentes mentais na sociedade (MÜLLER, 2010: 176; 195). No Brasil, o desmantelamento da AHF na Colônia de Engenho de Dentro ocorreu sob o governo ditatorial de Vargas, quando a instituição deu lugar a um complexo psiquiátrico e o tratamento familiar (reunião de doentes e saudáveis) passou a ser um objeto de menor interesse científico. Vale lembrar ainda que, como Lopes comentou no artigo de 1942, foi no governo provisório de Vargas que a colônia deixou de receber uma verba específica para a AHF.

Em agosto de 1941, o jornal *O Radical* trazia uma matéria sobre a CGR, que se debruçava, dentre outros temas, sobre a AHF. Segundo essa reportagem, apesar dos bons resultados colhidos por esse sistema, ele havia entrado em decadência, e a razão disso seriam, possivelmente, as condições muito pouco vantajosas oferecidas aos empregados,

---

<sup>610</sup> LOPES, Ernani. Relatório do diretor da Colônia do Engenho de Dentro relativo ao ano de 1935. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1936, p. 237-238.

<sup>611</sup> LOPES, Ernani. Assistência Heterofamiliar no Engenho de Dentro, 1942, p. 22.

<sup>612</sup> LOPES, Ernani. Assistência Heterofamiliar no Engenho de Dentro, 1942, p. 27.

que, além da casa, recebiam apenas as rações que cabiam às doentes.<sup>613</sup> De maneira diferente, por exemplo, dos contextos estudados por Müller (Bélgica, França e Alemanha), a família anfitriã, no caso da AHF de Engenho de Dentro, não recebia um subsídio mensal por seus esforços (MULLER, 2010: 177). A compensação era apenas uma casa para morar e uma paciente para prestar serviços domésticos. Essa singularidade da AHF no caso estudado aponta, ao nosso ver, tanto para a desvalorização dos cuidadores (a princípio enfermeiras) como da mulher ocupada em afazeres domésticos, e não deixa de recordar a herança escravista brasileira e os casos que aparecem em pleno século XXI de trabalhadoras domésticas submetidas a condições análogas à escravidão no país. Essas questões relativas a gênero, classe social e raça estavam explícitas na AHF; mesmo assim, em relação à psiquiatria, o tratamento familiar representava um esforço de modernização da assistência.

Cabe aqui um breve comentário sobre a questão do trabalho doméstico na sociedade brasileira. Segundo Melo e Thomé, “as trabalhadoras domésticas foram e são uma das formas de trabalho remunerado ou não que mulheres e homens vêm exercendo há vários séculos. Criadas/criados domésticas estão presentes em diversos relatos históricos desde a Antiguidade” (MELO; THOMÉ, 2018: 111). Com o surgimento da sociedade industrial, estas atividades não diminuíram ou desapareceram. Assim, em todos os lugares, ao longo do século XX, “pode haver muitas ou poucas trabalhadoras domésticas no mercado de trabalho local e nacional. Mas elas sempre existiram”. No caso do Brasil, um país de “imensas desigualdades sociais, este trabalho marca a vida social nacional” (p. 111). Ainda de acordo com as autoras, “a ocupação trabalhadora doméstica tem a marca profunda da discriminação com a qual a sociedade patriarcal define a vida das mulheres”, ou seja, tal afazer “espelha o papel do trabalho doméstico na reprodução humana. E, apesar do avanço do movimento de mulheres, a percepção da sociedade sobre o trabalho doméstico não se alterou, sua realização permanece uma obrigação feminina” (MELO; THOMÉ, 2018: 112). Apenas em 2011, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconheceu as trabalhadoras domésticas como uma categoria laboral. No Brasil, os avanços em relação aos direitos das domésticas datam também da primeira década do século XXI: em 2013, a chamada PEC das domésticas (Proposta de Emenda Constitucional nº 66/2012) foi transformada em Emenda Constitucional n. 72, de 2 de

---

<sup>613</sup> UM MUNDO diferente do nosso, 1941a, p. 6.



abril de 2013, equiparando os direitos das trabalhadoras domésticas aos dos demais trabalhadores formais (MELO; THOMÉ, 2018: 113).

A seguir apresentamos nove casos de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro tratadas em AHF. Os registros clínicos disponíveis não permitem saber mais detalhes sobre as condições de cuidado e a qualidade de vida das pacientes; no entanto, a partir deles é possível conhecer o perfil das pacientes selecionadas para essa modalidade de assistência. Cumpre destacar de antemão que a AHF apareceu na documentação clínica em três campos diferentes: tratamento, trabalho e saída (licença). Outro ponto muito importante a ressaltar é que, antes de ser inaugurada na colônia no início dos anos de 1920, a assistência familiar foi experimentada, na década de 1910, fora do perímetro da instituição, como se constatou a partir de observações feitas por Ernani Lopes.

Josefina do Nascimento<sup>614</sup> (preta, solteira, doméstica, 25 anos, psicose periódica) foi enviada para uma família na Rua Dias da Cruz, 368; e Amália da Silva<sup>615</sup> (parda, estado civil ignorado, doméstica, 40 anos, imbecilidade), na Rua Dr. Bulhões, 207. Ao que tudo indica, essas duas pacientes de cor foram enviadas para serem mantidas e trabalharem na casa de alguém no entorno da colônia. Não há informações se esses endereços eram de funcionários da colônia ou de famílias que se interessavam pelas pacientes.

Amália da Silva foi observada pelo médico Ernani Lopes em 25 de maio de 1914, dois dias antes de ser licenciada por experiência em AHF. Segundo ele, a observada tinha a “fisionomia quase sempre aberta, num riso tolo ou débil, analfabeta”, apresentava com frequência “solilóquio, com prováveis alucinações auditivas, embora sempre com certa calma, sem chegar a excessos de agitação, digo, a extremos de excitação”. Quanto ao trabalho, o médico sublinhou que se dedicava à lavoura na instituição, “mas diz-nos que sabe também lavar roupa e cozinhar”. Regressou dessa licença exatamente um ano depois, saindo com alta em dois dias, no dia 29 de maio de 1915. Esteve, portanto, internada por dois anos, sendo um ano em AHF fora da instituição. Ao que parece, a assistência familiar funcionou, nesse caso, de fato, como um degrau entre a instituição psiquiátrica e a vida em sociedade.

---

<sup>614</sup> N. 475, Livro 3 de Observação. Paciente brasileira, procedeu da polícia, internada no HN em novembro de 1912 e na colônia em maio de 1913.

<sup>615</sup> N. 487, Livro 3 de Observação. Paciente brasileira, procedeu da polícia, internada no HN em outubro de 1912 e na colônia em maio de 1913.

A outra paciente analisada também foi observada por Lopes em 25 de maio de 1914, e, três dias depois, deixou a instituição através de uma licença por experiência em AHF. De acordo com Lopes, se tratava de “uma mulher de boa compleição física, fisionomia habitualmente sorridente, quando interrogada, maneiras compostas e humildes”, lia alguma coisa, mas não escrevia. Referia-se a uma filha de sete anos e um aborto; e “o seu trabalho aqui na Colônia tem sido feito muito a contento, na arrumação dos dormitórios”. Porém, no dia 5 de junho de 1914, onze dias após ser admitida na AHF, foi levada pela polícia de volta para a instituição. Josefina do Nascimento contava quase três anos na assistência psiquiátrica e pouco mais de dois anos na colônia, de onde saiu por óbito em setembro de 1915, de congestão pulmonar consecutiva a nefrite crônica.

Gustavo de Rezende, que, como vimos, escreveu um dos trabalhos mais relevantes para a compreensão da AHF na Colônia de Engenho de Dentro<sup>616</sup> também se referiu a essa assistência nos livros de observação. Apresentamos abaixo os casos das pacientes Francisca da Conceição<sup>617</sup> (preta, casada, doméstica, 54 anos, histeria e psicose maniaco-depressiva), Piedade da Conceição<sup>618</sup> (branca, solteira, doméstica, 20 anos, debilidade mental), Berenice da Conceição<sup>619</sup> (parda, solteira, 50 anos em 1911, debilidade mental e epilepsia) e Olimpia Pereira<sup>620</sup> (parda, solteira, 28 anos, debilidade mental) por ele observadas. Pode-se perceber que as três primeiras, tal como a enferma encaminhada para a AHF por Lopes em 28 de maio de 1914, não se adaptaram ao tratamento na AHF, já sobre a última paciente, não se tem informações sobre sua saída da AHF, sendo possível que tenha falecido estando em tratamento familiar. De acordo com as fontes disponíveis, todas as pacientes, com exceção de Berenice da Conceição, foram a óbito na assistência psiquiátrica. Mas a verdade é que, provavelmente, a referida paciente, que deixou a colônia transferida para o HN por não ser adaptável ao regime colonial em 1939, também faleceu na assistência psiquiátrica.

---

<sup>616</sup> REZENDE, Gustavo de. Patronado dos egressos dos manicômios, 1946, pp. 18-24.

<sup>617</sup> N. 200 (sem observação) e 893, Livro 6 de Observação. Paciente brasileira, internada pela polícia, ingressou no HN em 1902 e na colônia em 1911 e 1916, sendo transferida para o HN em fevereiro de 1915 por não ser adaptável ao regime colonial e para a CJM em maio de 1945, óbito em outubro de 1946.

<sup>618</sup> N. 1631, Livro 13 de Observação. Paciente brasileira, procedeu da Delegacia de Polícia de Muriaé (MG), ingressou no HN em novembro de 1921 e na colônia em abril do ano seguinte. Foi submetida em junho de 1923 a uma operação de colpoperineorrafia e esteve agitada na SPC em dezembro de 1929 e fevereiro de 1930, sendo transferida para o HN em março de 1939 por não ser adaptável ao regime colonial.

<sup>619</sup> N. 547, Livro 3 de Observação. Paciente brasileira, internada pela polícia, ingressou no HN em 1910 e na colônia em 1913, sendo transferida para a CJM em 1945, sofrendo óbito por uremia e nefrite crônica em maio de 1953.

<sup>620</sup> N. 2.076, Livro 17 de Observação. Paciente brasileira, internada pelo diretor da Colônia de Engenho de Dentro, entrada em dezembro de 1927, óbito por ancilostomíase (caquexia) em agosto de 1932.

Em 27 de janeiro de 1926, a paciente Francisca da Conceição foi para a AHF (pavilhão n. 6), de onde saiu em 7 de julho do ano seguinte por não se adaptar a esse sistema. Consta que trabalhou na limpeza geral, na AHF e no pomar e que foi tratada com *open-door*, balneoterapia e clinoterapia. Segundo Gustavo de Rezende, a paciente não sabia informar se os progenitores ainda viviam, declarava que os mesmos eram alcoolistas e contava que também fazia uso de aguardente. Ainda de acordo com o médico, ela “nunca frequentou escola e depois de criança foi para a companhia de um homem, havendo dessa união muitos filhos e dois abortos”. A inteligência foi considerada como rudimentar, “mostrando-se a doente débil mental na sua conservação que é pueril, não sabendo contar senão até sete, ignorando coisas elementares”, e a afetividade como embotada, pois se referia aos filhos com indiferença. Segundo a enfermeira Flavia Maria da Rocha (observações do pessoal de vigilância da CGR de fevereiro de 1940), a paciente se vestia sozinha, mas era muito suja e tinha a tendência de furtar tudo o que tinha ao seu alcance, costumava fumar e mascar fumo, “emporcando toda a roupa com baba”. Ao contrário da filha, o marido nunca foi vê-la na colônia.<sup>621</sup>

Em 9 de julho de 1927, a paciente Piedade da Conceição foi para a AHF (pavilhão n. 6), de onde saiu tempos depois por não ter se adaptado ao regime. Percebe-se que a paciente Francisca foi substituída por Piedade no pavilhão n. 6; possivelmente, foram acolhidas aí pela mesma família. Nos primeiros tempos de sua internação, não trabalhou, depois atuou na AHF e na horta e o tratamento foi o *open-door*. Gustavo de Rezende apontou que ela contava “ter tido filhos, dizendo ter sido violentada pelo seu próprio irmão”. No exame direto, o médico registrou que a doente era analfabeta, mal conhecia dinheiro e não sabia contar até vinte, e tinha a afetividade diminuída.

Berenice da Conceição trabalhou na AHF e depois na horta e o tratamento foi o *open-door*. Em 14 de junho de 1927, Gustavo de Rezende apontou que “a doente estava trabalhando na Heterofamiliar, como estivesse sempre se queixando da família e pedisse a todo instante para sair de lá, foi retirada e a seu pedido foi trabalhar na horta”, ou seja, entre morar e realizar serviços domésticos numa casa da AHF ou viver nas habitações coletivas do sistema asilar e trabalhar na horta, essa paciente preferiu a segunda opção. Podemos, portanto, falar, nesse caso, em resistência à AHF. Talvez porque nas casas dessa assistência o trabalho fosse mais intenso, tanto por se estar sob o olhar direto do nutrício, o que tornaria mais difícil qualquer tentativa de se esquivar ao trabalho, como

---

<sup>621</sup> Prontuário de CI. Localização: IMAS-CJM.

pela natureza do mesmo, pois é fato que afazeres domésticos enquanto atividades do cotidiano costumam apresentar altas cargas horárias de trabalho.

A paciente Olimpia Pereira foi enviada para a AHF em 15 de janeiro de 1929. Antes disso, em 22 de dezembro de 1928, obteve uma licença de seis meses, e regressou no dia 8 de janeiro de 1929 por não desejar ficar na casa de seus parentes. Consta que não trabalhava e que foi tratada com *open-door*. Rezende apontou que a paciente tinha os pais vivos e saudáveis e que a sua doença havia começado “por uma grande tristeza, vontade de chorar, insônia, inapetência, aborrecida de tudo, pelo que foi internada no Hospital Nacional pela segunda vez”. Ainda segundo o médico, a paciente encontrava-se calma, desorientada no meio e no tempo, com a atenção um tanto móvel e associação de ideias lenta; tinha o humor “triste, parecendo estar sempre mergulhada de pensamentos que a afligem. O juízo e o raciocínio são deficientes, notando-se certo puerilismo nos atos e nas suas expressões. Inteligência medíocre”.

Das histórias clínicas analisadas, percebe-se que Gustavo Rezende selecionou para a AHF mulheres com afetividade embotada/diminuída e para as quais, possivelmente, a reintegração na sociedade não passaria pelo retorno para a família de origem: seja pelo tempo de internação (com exceção de Olimpia Pereira, que tinha um ano de internação, as demais pacientes estavam há anos e até décadas no asilo) e por serem, muitas vezes, oriundas de famílias com redes de apoio fragilizadas e marcadas pela violência. Como veremos no último capítulo, o papel da família na internação e reinternação da paciente psiquiátrica era uma questão central para esse médico. Já Ernani Lopes se mostrou mais atento à questão da capacidade de trabalho das pacientes.

Temos ainda o caso das pacientes Dagmar Barcelos<sup>622</sup> (branca, solteira, doméstica, analfabeta, 24 anos, debilidade mental), Inácia da Conceição<sup>623</sup> (preta/mestiça, solteira, analfabeta, doméstica, 50 anos, psicose maníaco-depressiva) e Luiza da Conceição<sup>624</sup> (parda, solteira, doméstica, 34 anos, delírio episódico), observadas, respectivamente, pelos médicos Braule Pinto, Waldemar de Almeida e Plínio Olinto.

Consta que Dagmar Barcelos, tratada com *open-door*, estava desde julho de 1921 na AHF, onde trabalhou. Esteve gozando de licenças e prorrogações de licença de doze

---

<sup>622</sup> N. 432, Livro 2 de Observação. Paciente brasileira, filiação não ignorada, procedeu da polícia, internada no HN em julho e na colônia em agosto de 1912, saída por alta assinada pelo Dr. José Pinto de Mesquita em 16 de fevereiro de 1939.

<sup>623</sup> N. 1.222, Livro 9 de Observação. Paciente brasileira, filiação materna não ignorada, procedeu da polícia, internada no HN em dezembro de 1917 (3ª entrada) e na colônia em janeiro de 1918.

<sup>624</sup> N. 1.606, Livro 13 de Observação. Paciente brasileira, procedeu da polícia, internada no HN em abril e na colônia em julho de 1921, saída por alta em junho de 1922.

meses quase ininterruptamente, de 7 de outubro de 1922 a 15 fevereiro de 1939, estando registrado que a licença de 1922 foi dada nos termos do artigo 131. I (“O motivo da licença será: I. Promover a experiência clínica da reintegração no meio familiar”).<sup>625</sup> A princípio, teria permanecido na colônia mais de 26 anos, mas, na realidade, ficou internada na instituição apenas de 1912 a 1922, quando obteve a sua primeira licença. Ao que tudo indica, as licenças contínuas obtidas por essa paciente após uma década de institucionalização estão relacionadas à sua entrada em 1922 no sistema de AHF; porém, ela só foi desligada da instituição por meio de uma alta médica em 1939.

A respeito dessa questão, deve-se destacar que muitas pacientes permaneceram matriculadas na instituição mesmo sendo licenciadas repetidamente durante anos. Algumas delas, como Dagmar, acabaram obtendo alta após muito tempo; outras, no entanto, retornaram, provavelmente doentes, vindo a falecer na própria colônia. Em março de 1915, Braule Pinto observou a referida paciente, apontando que a mãe dela havia falecido de tuberculose pulmonar e o pai estava vivo, gozando de boa saúde e casado pela segunda vez. Sua mãe tivera quatro filhos, restando somente ela viva. Segundo o médico, a paciente mostrava “diversas cicatrizes no couro cabeludo e outra pouco abaixo do seio esquerdo, dizendo que as primeiras foram produzidas por cacetadas que lhe dava sua madrasta e a última com uma tesoura pela mesma mulher”. O mais provável é que Dagmar tenha sido internada no HN por seu pai, mas isso não aparece na documentação administrativa ou clínica.

A paciente Inácia da Conceição trabalhou na AHF e na copa e o tratamento foi a clinoterapia. Em 24 de dezembro de 1917, Waldemar de Almeida apontou que a enferma tinha “fisionomia animada, atitude calma, estigmas físicos degenerativos. (...). Memória muito comprometida. Afetividade prejudicada. (...) É pouco agitada, irritável; não é impulsiva. Trabalha com proveito em vários serviços de limpeza geral. É comunicativa, loquaz, obediente”. Contava ter sido criada em Cantagalo e ignorar os seus antecedentes. Em 19 de março de 1926 foi para a AHF, de onde regressou para a enfermaria em 6 de abril de 1927; em 24 de abril de 1927, voltou novamente para a AHF, onde ficou até 7 de fevereiro de 1930. Vale destacar que, nessa época, ela já contava com aproximadamente 62 anos. Depois de passar em torno de quatro anos na AHF, essa paciente não obteve alta, mas ficou mais treze anos na instituição (provavelmente necessitando de cuidados de

---

<sup>625</sup> BRASIL. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911a, p. 1.

enfermaria), onde acabou falecendo em agosto de 1943, de *angina pectoris* e colapso cardíaco.

Luiza da Conceição trabalhou na copa e o tratamento foi o *open-door*. Segundo Plínio Olinto, quando entrou no HN, achava-se ainda um pouco confusa, mas, agora, as alucinações visuais haviam desaparecido completamente e ela se apresentava “calma, orientada no meio e no tempo”, sentia-se bem e insistia diariamente em obter alta para procurar trabalho. O médico concluía sua observação apontando que “esteve durante quatro meses trabalhando, a contento, na assistência heterofamiliar”. Trata-se, portanto, de uma paciente que, após passar pela AHF (onde trabalhou a contento), deixou com uma alta médica a colônia, onde permaneceu por quase um ano. Deve-se destacar que, além de pedir insistentemente sua alta, a paciente falava em procurar trabalho.

Dessa amostra de nove pacientes encaminhadas para a AHF, três saíram com alta (duas pardas e uma branca, com diagnósticos de imbecilidade, debilidade mental, e delírio episódico), e as demais faleceram na assistência psiquiátrica. Delas, sete eram de cor (três pretas e quatro pardas) e duas brancas. Segundo Gustavo de Rezende, com a AHF visava-se readaptar, socialmente, as alienadas que recuperavam o uso da razão.<sup>626</sup> Parece que no caso dessas pacientes pobres, principalmente de cor, isso significava, muitas vezes, adaptá-las às necessidades dos outros no espaço doméstico como serviçais, inclusive fora da instituição; como vimos, algumas internas (talvez até a maioria delas) parecem ter preferido a vida no asilo aos cuidados familiares. Certamente, são necessários novos estudos para averiguar essa hipótese. De todo modo, neste estudo, pudemos constatar que a AHF da Colônia de Engenho de Dentro, apesar de seus baixos números, representou uma alternativa à vida no asilo até, pelo menos, a década de 1940.

A relevância histórica da AHF de Engenho de Dentro fica ainda mais evidente quando analisamos as internações de empregas domésticas por patrões e patroas e, também, as promovidas pelo Juizado de Menores do Distrito Federal, o que será feito no próximo capítulo. O início do século XX foi caracterizado por uma “crise dos criados” no Rio de Janeiro e outras capitais, ou seja, por um aumento da tensão na relação entre amos e criados. Isto é evidenciado pelo fato de que, desde fins do século XIX, a prefeitura do Rio de Janeiro e ministérios do governo imperial e republicano receberam e avaliaram numerosas propostas para registrar e regular o trabalho doméstico (GRAHAM, 1992; COSTA, 2018). O fato é que, a partir da Lei do Ventre Livre e dos debates em torno de

---

<sup>626</sup> REZENDE, Gustavo de. Gustavo Riedel administrador, 1943, p. 288.

sua implementação se alterou a percepção sobre o trabalho doméstico livre. Flávia Fernandes de Souza, se debruçando sobre o caso do Rio de Janeiro, defende que a crise na prestação de serviços domésticos “surgiu, mais claramente, no contexto da abolição da escravidão e da imediata pós-emancipação, quando ocorria também um declínio de tradicionais formas de domínio senhorial, como o controle privativo de caráter patriarcal e paternal” (SOUZA, 2022: 309). Diante do exposto, fica ainda mais claro que a AHF buscava a adequação das pacientes ao serviço doméstico. Além disso, o trabalho realizado por elas no âmbito dessa assistência não deixava de se somar a outras políticas que, nesse período, pareciam querer estender laços de dominação forjados na lógica da escravidão.

### **3.1.3. Ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée e Guinle**

Em 1923, era inaugurado, ao lado do Ambulatório Rivadávia Corrêa, no perímetro da Colônia de Engenho de Dentro, um dispensário para profilaxia das doenças venéreas. Construído pela Fundação Gaffrée e Guinle (FGG) e conhecido como Ambulatório n. 2 dessa fundação, esse dispensário pertencia concretamente à FGG e era subordinado ao Departamento Nacional de Saúde e não à Assistência a Alienados do Distrito Federal. Ele atendia tanto ao público de fora como às pacientes dos serviços aberto e fechado da colônia, prestando, assim, serviços médicos na área da sifilografia para a população pobre dos subúrbios e para a colônia feminina. Segundo Juliano Moreira, esse ambulatório teria os mesmos objetivos do Dispensário Afrânio Peixoto, criado em 1922 pela FGG nos terrenos do Hospital Nacional de Alineados.<sup>627</sup>

Giulia Accorsi observa que o argumento do diretor geral da Assistência a Alienados de que “a sífilis era a segunda principal causa de internações no Hospital Nacional de Alienados, já que tinha o poder de colonizar o sistema nervoso, transfigurando-se na PGP”, fundamentou “as demandas por investimentos em medidas profiláticas que visavam reduzir a conversão da doença venérea em doença mental” (ACCORSI, 2020: 311). Segundo a autora, a resposta para tais demandas no caso do HN foi a fundação do Ambulatório Afrânio Peixoto, instituição que “acabou por aproximar sifilógrafos, sorologistas e neuropsiquiatras durante as três primeiras décadas do século XX” (p. 311); ao mesmo tempo, a criação do ambulatório pode ser vista como uma conquista de espaço na estrutura estatal por parte do campo neuropsiquiátrico.

---

<sup>627</sup> MOREIRA, Juliano. O que já se tem feito e o que se pode fazer..., 1925, p. 196.

Sanglard e Costa assinalam que a FGG foi criada por iniciativa de Guilherme Guinle (1882-1960) em 20 de agosto de 1923, “com o objetivo de perpetuar a memória de Eduardo Palassin Guinle, seu pai, e de seu padrinho, Candido Gaffrée” (SANGLARD; COSTA, 2004: 110). Como vimos no capítulo anterior, Candido Gaffrée foi um dos principais doadores do ARC. O conjunto de hospitais dessa fundação foi projetado pelo engenheiro-arquiteto Aldestano Soares de Mattos Porto d’Ave (1890-1952), que, segundo os autores, pode ser considerado uma das maiores referências em arquitetura hospitalar no Rio de Janeiro da década de 1920 até meados da década de 1930 (SANGLARD; COSTA, 2004: 108). Essa fundação foi dirigida de 1924 a 1938 pelo médico Gilberto de Moura Costa (1890-1938).

Uma reportagem do *Jornal do Commercio* de 14 de dezembro de 1932 resumia os fins dessa fundação:

A Fundação Gaffrée e Guinle foi instituída em 1923, tendo por fim auxiliar a ação do Governo da República no combate à sífilis e doenças venéreas, promovendo e executando os respectivos serviços de profilaxia, tratamento e pesquisas experimentais no Distrito Federal, devendo ainda, dentro das suas possibilidades técnicas, promover a maior difusão de conhecimentos relativos à sífilis e doenças venéreas, podendo, de acordo com a Faculdade de Medicina, levar seu concurso ao aperfeiçoamento e maior eficiência do ensino oficial.<sup>628</sup>

Figura XXXI – Pavilhão da Fundação Gaffrée-Guinle – Serviço de profilaxia da sífilis, especialmente da sífilis nervosa



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

<sup>628</sup> FUNDAÇÃO Gaffrée-Guinle. *Jornal do Commercio*, n. 296, 14 de dezembro de 1932, p. 6.



De acordo com uma reportagem do *Brazil-Médico* de 1925, a Fundação Gaffrée e Guinle possuía então doze dispensários para profilaxia das doenças venéreas.<sup>629</sup> Segundo Sanglard e Costa, na escritura dessa fundação, “ficou acordado em doze o número de ambulatórios a serem construídos pela fundação”, contudo em 1929 se chegou ao ambulatório 16, evidenciando que tal acordo não foi seguido à risca (SANGLARD; COSTA, 2004: 110-111). Sanglard e Costa também observam que a criação do Hospital Gaffrée e Guinle esteve intimamente ligada à reforma sanitária desenvolvida no ano de 1920 por Carlos Chagas. Nesse sentido, assinalam que em fins de 1919 o então Presidente da República Epitácio Pessoa “criou por decreto o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com o objetivo maior de coordenar as ações de saúde pública no país – de forma mais direta no Distrito Federal e, por meio de convênios, nos estados”. Ainda segundo os autores, esse decreto abriu novas possibilidades para o combate à lepra e às doenças venéreas no país, com o estabelecimento da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, que era vinculada diretamente à Diretoria Geral (SANGLARD; COSTA, 2004: 109). Em sua obra de 2008, Sanglard argumenta que as ações do segundo filho de Eduardo P. Guinle foram “antes de tudo, fruto de seu tempo, do sentimento nacionalista que imperava e da certeza de estarem, todos, construindo a nação brasileira” (SANGLARD, 2008: 15).

Uma reportagem de 9 de janeiro de 1921 do jornal *A Noite*, intitulada “A campanha contra as moléstias venéreas”, noticiou que a Inspetoria de Profilaxia das Doenças Venéreas estava tratando da criação, no Distrito Federal, de outros dispensários de fins idênticos ao que havia sido inaugurado no dia 3 anterior na rua Santa Luzia, e assim “oficiou ela ao provedor da Santa Casa da Misericórdia, aos diretores da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro e da Pró-Matre, devendo por estes dias ficar combinada a instalação de um desses estabelecimentos na Santa Casa, no hospital de S. João Baptista, no de N. S. do Socorro, naquela colônia de mulheres e na Pró-Matre”.<sup>630</sup> Assim, partiu dessa inspetoria a proposta da instalação na Colônia de Engenho de Dentro

---

<sup>629</sup> N. 1, Rua Paulo de Frontin, 13 (Sede da Inspetoria); n. 2, Rua Maria Flora, 17 (na Colônia de Engenho de Dentro); n. 3, Hospital Pró-Matre; n. 4, Rua General Severiano, 63; n. 5, Rua Barão de Mesquita, 955; n. 6, Rua Castorina, 96; n. 7, Largo da Misericórdia, 24; n. 8, Avenida Pedro Ivo, 146; n. 9, Rua Visconde de Rio Branco, 22 (Ambulatório Moncorvo); n. 10, Rua das Laranjeiras (Ambulatório Elvira Carrilho); n. 11, Rua da Gamboa, 303 (no Hospital Nossa Senhora da Saudade); n. 12, no Hospital de Nossa Senhora das Dores em Cascadura. Ver FUNDAÇÃO Gaffrée-Guinle. *Brazil-Médico*, ano XXXIX, v. 1, 1925, p. 168.

<sup>630</sup> A CAMPANHA contra as moléstias venéreas. *A Noite*, ano XI, n. 3.264, 9 de janeiro de 1921, p. 3.

de um dispensário para a profilaxia das doenças venéreas. Um mês depois, em 2 de fevereiro de 1921, Gustavo Riedel firmou o primeiro contrato com a inspetoria. O contrato, transcrito abaixo, era assinado pelo diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, pelo inspetor de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, Eduardo Rabello (médico sifilógrafo, acadêmico e professor da Faculdade de Medicina)<sup>631</sup> e pelo contratante, Gustavo Riedel, diretor da Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro:

Aos dois dias do mês fevereiro/1921, compareceu à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV), perante o respectivo inspetor, doutor Eduardo Rabello, o doutor Gustavo Riedel, diretor da Colônia de Alienados no Engenho de Dentro, e declarou que, tendo sido aceita a proposta que lhe foi feita para instalar e manter durante o ano de 1921, no estabelecimento sob sua direção, de conformidade com o disposto no título quarto, capítulo primeiro da parte segunda e título quarto, capítulo vigésimo segundo da terceira parte do regulamento aprovado pelo decreto 14.354, de 15/09/1920, um dispensário destinado à execução dos serviços pertinentes à Profilaxia das Doenças Venéreas, faz o presente acordo, por escrito, com a referida inspetoria, depois de ouvido o diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que também o assina, de acordo com o artigo quinhentos e oito do citado decreto, obrigando-se a cumprir, sob a fiscalização da mesma inspetoria, todas as disposições vigentes do atual regulamento relativas à espécie e bem assim todas as instruções que a respeito forem expedidas pelo diretor geral do DNSP e pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas – da verba nº 21 do artigo 2º da lei do orçamento do exercício vigente, na qual é feito desde já o devido empenho da despesa, que é deduzida do respectivo crédito.<sup>632</sup>

O decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920, aprovou o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). As cláusulas inseridas no contrato acima eram referentes à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (Art. 132 ao 143) e às doenças venéreas (Art. 497 a 534); dentre estas destacava-se o Art. 508:

Art. 508. Para instalação dos dispensários em hospitais, policlínicas e maternidades será feito acordo por escrito entre a Inspetoria de Profilaxia das Doenças Venéreas e as respectivas administrações, ouvido o Diretor Geral do Departamento que assinará o acordo, ficando tais dispensários sujeitos à fiscalização imediata da Inspetoria.

Os artigos 132 e 133 tratavam da finalidade dessa inspetoria e das incumbências do seu inspetor:

---

<sup>631</sup> Segundo Sanglard, Eduardo Rabello (1876-1940) está entre os médicos que mais se destacaram no combate à sífilis, no início do século XX (SANGLARD, 2008: 160).

<sup>632</sup> *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU)*, 10 de fevereiro de 1921a, p. 12, seção 1.

Art. 132. A Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas tem por fim superintender e orientar o serviço de combate a estas doenças em todo o território nacional.

Parágrafo único. Terá um regimento interno, organizado pelo Diretor Geral do Departamento de Saúde Pública e aprovado pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores.

Art. 133. Ao Inspetor de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas caberá a direção dos serviços no Distrito Federal, assim como a orientação técnica e a fiscalização dos mesmos serviços em todo o país.<sup>633</sup>

Em 1º de fevereiro de 1923, Gustavo Riedel compareceu novamente perante à referida inspetoria, declarando aceitar a proposta para instalar e manter durante o ano de 1923, na Colônia de Engenho de Dentro, um dispensário destinado à profilaxia das doenças venéreas, com serviço diurno e noturno. A instituição psiquiátrica recebia de auxílio mensal o valor de um conto e quinhentos mil réis, além do fornecimento de Neosalvarsan e empoles para injeções mercuriais, enquanto os médicos dos dispensários eram incumbidos de realizar conferências e palestras de propaganda na zona de cuidados. Esse novo contrato era assinado novamente por Carlos Chagas, Eduardo Rabello (Inspetor de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas) e Gustavo Riedel:

Ao primeiro dia do mês de fevereiro de mil novecentos e vinte e três, compareceu à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, perante o respectivo inspetor, doutor Eduardo Rabello, o doutor Gustavo Riedel, diretor da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro e declarou que, tendo sido aceita a proposta que lhe foi feita para instalar e manter durante o ano de mil novecentos e vinte e três, no estabelecimento sob sua direção, de conformidade com o disposto no artigo quinhentos e oito, do regulamento aprovado pelo decreto quinze mil e três, de quinze de setembro de mil novecentos e vinte e um, um dispensário destinado à execução dos serviços pertinentes à Profilaxia das Doenças Venéreas, com serviço diurno e noturno, faz o presente acordo, por escrito, com a referida Inspetoria, depois de ouvido o Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, que também o assina, de acordo com o artigo quinhentos e oito do citado decreto, obrigando-se a cumprir sob a fiscalização da mesma Inspetoria todas as disposições vigentes do regulamento relativas à espécie e bem assim todas as instruções que a respeito forem expedidas pelo Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública e pelo Inspetor de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, mediante o auxílio mensal de um conto e quinhentos mil réis, o fornecimento de Neosalvarsan e empoles para injeções mercuriais, ficando a cargo dos médicos dos dispensários as conferências e palestras de propaganda na respectiva zona.<sup>634</sup>

---

<sup>633</sup> BRASIL. Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. *Diário Oficial da União*, 15 de setembro de 1920.

<sup>634</sup> *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU)*, 2 de fevereiro de 1923, p. 34, seção 1.

Desde 1921 a Colônia de Engenho de Dentro – por meio desses acordos e, depois, através da construção do dispensário n. 2 da FGG – se tornou um dos lugares destinados ao tratamento gratuito de doenças venéreas no Rio de Janeiro.<sup>635</sup> Assim, o surgimento da profilaxia das doenças venéreas no âmbito da colônia esteve relacionado à criação do DNSP e da Inspetoria de Profilaxia de Lepra e Doenças Venéreas, e sua consolidação deveu-se à iniciativa da Fundação Gaffrée e Guinle, que buscava auxiliar o governo na luta contra as doenças venéreas. Além disso, a criação daquele dispensário aponta para o lugar de destaque que a colônia vinha ocupando na saúde do Distrito Federal desde a fundação do ARC.

Em 1934, Gustavo de Rezende destacava que, quase ao mesmo tempo em que surgia o ARC, Gustavo Riedel “conseguiu da Fundação Gaffrée Guinle a construção ao lado do ambulatório de um dispensário para a profilaxia das doenças venéreas com o escopo especial da prevenção e do diagnóstico precoce da sífilis nervosa”.<sup>636</sup> Anteriormente, em 16 de maio de 1925, Ernani Lopes ressaltou que a FGG havia construído, a pedido de Gustavo Riedel, um de seus dispensários no perímetro do Instituto de Profilaxia Mental, o qual se destinava especialmente ao combate à sífilis nervosa, como o que funcionava no Hospital Nacional de Alienados. O médico destacou ainda que “com o objetivo inicial de orientar a parte psicológica dos estudos sobre as formas mentais da lues, foi contratado o conhecido psicólogo polonês Professor Waclaw Radecki, conhecido sobretudo por seu trabalho sobre fenômenos psicoelétricos”. Segundo Lopes, o Laboratório de Psicologia Experimental da colônia, doação do filantropo Guilherme Guinle, possuía valiosos instrumentos da França e da Alemanha e, também, uma biblioteca de psicologia normal e patológica quase toda por ele escolhida, a convite de Riedel, há muito tempo.<sup>637</sup>

Também em 1925, no relatório anual da Colônia de Engenho de Dentro, o diretor interino Plínio Olinto destacava que, embora pesasse um pouco nas despesas materiais da instituição, o ambulatório da FGG oferecia compensações por meio do tratamento das doenças venéreas.<sup>638</sup> Ainda segundo ele, doado pela FGG, o Dispensário de Profilaxia de

---

<sup>635</sup> DOENÇAS venéreas. *Correio da Manhã*, n. 8.174, 20 de julho de 1921, p. 3; DOENÇAS venéreas. *Correio da Manhã*, n. 9.355, 28 de julho de 1925, p. 3; DOENÇAS venéreas. *Correio da Manhã*, n. 10.368, 24 de outubro de 1928, p. 3.

<sup>636</sup> REZENDE, Gustavo. Homenagens à memória de Gustavo Riedel. Discurso do Dr. Farani. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano VII, n. 2, abr.-jun. 1934.

<sup>637</sup> LOPES, Ernani. Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil, 1925, p. 169 (tradução nossa).

<sup>638</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1926, pp. 132-133.

Doenças Venéreas havia sido inaugurado nos terrenos da Colônia de Engenho de Dentro em 1921.<sup>639</sup> Contudo, a construção do prédio próprio desse dispensário data de 1923.<sup>640</sup>

O movimento do consultório de moléstias da pele e sífilis, mensal e anual, foi o seguinte:

Quadro VII – Demonstrativo do movimento mensal do consultório de moléstias da pele e sífilis<sup>641</sup>

	fev/19	mai/19	mai/20	mai/21	mai/22	abr/24	set/25	mai/26	out/27
Consultas	50	205	570	823	1.969	4.482	8.359	9.403	10.637
Injeção mercúrio					1.118	1.381	2.597	3.020	3.058
Injeção 914					82	155	695	1.215	696

Quadro VIII – Demonstrativo do movimento anual do consultório de moléstias da pele e sífilis (1922-1924, 1927, 1929, 1932, 1934, 1935)<sup>642</sup>

	1922	1923	1924	1927	1929	1932
Consultas	25.841	45.963	53.960	121.323	99.872	77.838
Injeção mercúrio	14.689	25.898	19.847	37.955	44.273	50.432
Injeção 914	1.068	629	2.167	7.138	4.544	3.306

Para pensar melhor a evolução desse serviço comparamos, especialmente, os movimentos anuais dos anos de 1922 e 1932. Desta maneira, podemos verificar que as consultas na clínica de pele e sífilis elevaram-se em 201% e as injeções de mercúrio e neosalvarsan subiram 243% e 849%, respectivamente. Já em relação aos movimentos mensais, vemos que tais terapêuticas começaram a ser instituídas, provavelmente, entre 1921 e 1922, período dos contratos assinados por Riedel com a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Chama a atenção também o crescimento dessa clínica de 1924 para 1925, quando o seu corpo de médicos foi reforçado.

O movimento do Ambulatório n. 2 da FGG foi apresentado durante toda a gestão de Gustavo Riedel conjuntamente com o movimento do ARC, sendo responsável, inclusive, por engrossar o número de consultas realizadas no ambulatório da colônia. Em 1932, mesmo ano em que Ernani Lopes chegou à direção da colônia, além de divulgar o

<sup>639</sup> *Idem.*

<sup>640</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1923, p. 94.

<sup>641</sup> A POLICLÍNICA dos Subúrbios. *A Rua*, n. 38, 8 de fevereiro de 1919b, p. 2; POLICLÍNICA dos Subúrbios. *O Paiz*, ano XXXVI, n. 12.992, 6 de maio de 1920b, p. 6; POLICLÍNICA dos Subúrbios. *Brazil-Médico*, ano XXXIV, n. 29, 17 de julho de 1920c, p. 469; POLICLÍNICA dos Subúrbios. *O Paiz*, ano XXXIX, n. 13.906, 16 de novembro de 1922, p. 5; POLICLÍNICA dos Subúrbios. *Brazil-Médico*, n. 19, 1924, p. 13; POLICLÍNICA dos Subúrbios. *O Paiz*, n. 14.962, 7 de outubro de 1925a, p. 5; POLICLÍNICA dos Subúrbios. *O Paiz*, n. 15.026, 10 de dezembro de 1925b, p. 2; POLICLÍNICA dos Subúrbios. *O Paiz*, n. 15.726, 10 de novembro de 1927, p. 6.

<sup>642</sup> Ver nota 508.

movimento do ambulatório n. 2, era apresentado, pela primeira vez, o movimento da clínica dermatológica do ARC (6.827 consultas). Nos demonstrativos seguintes do movimento anual do ARC, em 1934 e 1935, não se observa mais o fluxo do ambulatório da FGG, ao passo que se mantém o movimento da clínica dermatológica (6.310 e 7.224 consultas, respectivamente).<sup>643</sup>

No relatório de 1935, o então diretor da CGR chamava a atenção “para a necessidade de se regularizar a situação do consultório de doenças de pele e sífilis”. Segundo o médico, ele já havia encontrado a prática de serem atendidos no consultório de doenças de pele e sífilis apenas os casos de clínica dermatológica, porque o tratamento antissifilítico era realizado no Ambulatório n. 2 da FGG, e concluía dizendo que “as atribuições de dermatólogos e sifilólogos não se acham definidas, o que dificulta o funcionamento desses serviços, sobretudo quanto à sua necessária articulação com as seções internas da Colônia”.<sup>644</sup> Ao que parece, o novo diretor da colônia desejava tornar essa instituição menos dependente do ambulatório da FGG, bem como, nesse mesmo processo, promover uma maior articulação desses dois saberes médicos com as seções internas da colônia.

Zopyro Goulart<sup>645</sup> chefiou a clínica das moléstias da pele e sífilis (clínica dermatológica e sifiligráfica) de 1919 a 1937. Admitido em 1º. de fevereiro de 1919, deixou o cargo por falecimento em março de 1937. Antes disso, demitiu-se em 9 de fevereiro de 1931, sendo readmitido em 6 de agosto desse mesmo ano. Nesse ínterim, o cargo foi ocupado por Lauro de Sá e Silva. Em 1925, a equipe desse dispensário foi reforçada com a contratação de Miguel Calmon, Miguel Pedro e Bráulio Vasconcellos.

Em 1930, em um artigo intitulado “O melhor caminho para a higiene mental”, Zopyro Goulart defendia que a campanha contra a sífilis e contra os vícios de álcool, ópio, cocaína etc. representava uma importante iniciativa de profilaxia mental, mas não encerrava todas as questões de eugenia, que devia ser a ideia central da luta profilática; luta essa que necessariamente passava por questões sociais, políticas e econômicas de alta relevância. De acordo com o médico, entre as causas ocasionais, “que determinam surtos de loucura e que presidem à constituição do terreno psicopático”, sobressaiam de modo impressionante

---

<sup>643</sup> LOPES, Ernani. Relatório do diretor da Colônia do Engenho de Dentro..., 1936, p. 239.

<sup>644</sup> LOPES, Ernani. Relatório do diretor da Colônia do Engenho de Dentro..., 1936, p. 240.

<sup>645</sup> Zopyro Goulart foi matriculado sob o n. 484 no Livro 2 de Assentamento de Empregados da Colônia. Localização: IMAS-JM.

os fatos decorrentes da vida intensa de nossos dias, a íntima revolta de classes rebeladas contra a inevitável desigualdade social, o pauperismo e a miséria que debilitam, o estazamento físico ou intelectual que intoxica, as comoções que amiúde se repetem, o excesso de gozos, os vícios, o sensualismo etc., que formam farto agrupamento de fatores degenerativos e que de perto acompanham, definem ou refletem o momento atual da civilização.<sup>646</sup>

Nesse sentido, ele salientava que “a higiene mental, além de ser um problema de eugenia, é um caso particular de higiene geral”. Por fim, enfatizava que “a formação de uma perfeita consciência sanitária constitui, assim, o melhor caminho para conseguir-se uma boa higiene mental”.<sup>647</sup>

### **3.1.3.1. Pacientes da Colônia de Engenho de Dentro e tratamentos antissifilíticos feitos pelo Ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée e Guinle**

Como vimos no capítulo anterior, em relação ao Ambulatório Rivadávia Corrêa, combater a sífilis e as moléstias venéreas era compreendido, na época, como uma obra de preservação e defesa nacionais. Na documentação clínica da colônia, a doença aparecia no interrogatório médico, nos diagnósticos, nas *causas mortis* e nas terapêuticas realizadas pelo ambulatório n. 2 da FGG. Apesar de não termos encontrado fontes clínicas desse ambulatório, há nos livros de observação da Colônia de Engenho de Dentro transcrições das terapêuticas aí realizadas, o que permite concluir que, com base nessa instituição, foi constituída uma prática de combate à sífilis na colônia.

As referidas transcrições foram realizadas pelo médico Ernani Lopes no primeiro semestre de 1932, tratando de terapêuticas realizadas desde 1923 pelo ambulatório n. 2 junto às pacientes do sistema fechado. Em resumo, Lopes fez um levantamento diacrônico dos tratamentos antissifilíticos realizados por esse ambulatório nas pacientes da Colônia de Engenho de Dentro. Por meio desses registros, sabe-se que o ambulatório tratou centenas de pacientes da colônia, sobretudo as que apresentavam a reação de Wassermann positiva no sangue.<sup>648</sup> Além de fazer esse inventário, Lopes repetia as reações de

---

<sup>646</sup> GOULART, Zopyro. O melhor caminho para a higiene mental. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1930, p. 63.

<sup>647</sup> GOULART, Zopyro. O melhor caminho para a higiene mental, 1930, p. 64.

<sup>648</sup> Em 1906, o médico alemão August Paul von Wassermann desenvolveu a primeira sorologia para sífilis (CARRARA, 1996: 36). Segundo Ilana Löwy, atualmente acredita-se que um número relevante de indivíduos que apresentaram resultado positivo para a reação de Wassermann no entreguerras não estava infectado pelo treponema, mas era portador de uma série de outras afecções, como doenças do fígado, do sistema circulatório ou autoimunes (LÖWY, 1994: 10). Ainda de acordo com a autora, o processo coletivo de desenvolvimento da reação de Wassermann como um “fato científico” modificou a estrutura da ciência

Wassermann das internas que anteriormente haviam testado positivo para a sífilis, averiguando, deste modo, a eficácia do tratamento adotado. Essa sondagem das mulheres sífilíticas da colônia foi, portanto, uma das primeiras medidas tomadas por ele enquanto novo diretor da instituição. A prática de Lopes em torno da sífilis nos anos de 1920 e 1930 evidencia seu interesse pelas teorias anatômicas da alienação mental (como veremos melhor no último capítulo) e, conseqüentemente, em certo sentido, por uma prática médica intervencionista. Vale perceber que essas “observações médicas” de Lopes vão além da caracterização e diagnóstico da paciente, descrevendo com algum detalhe como eram feitos os encaminhamentos para o Ambulatório Gaffrée e Guinle (AGG), ou seja, como clínica, laboratório e dispensário para profilaxia das doenças venéreas se complementaram na instituição de Engenho de Dentro.

A criação desse ambulatório também alterou, em alguns aspectos, a relação da colônia com o hospício, pois abriam-se precedentes para o HN transferir pacientes sífilíticas para a Colônia de Engenho de Dentro, onde seriam tratadas. A princípio, a colônia não estaria apta a receber esse tipo de paciente devido a seus poucos recursos médicos. Vale lembrar que, entre 1917 e 1922, como vimos no primeiro capítulo, houve um embate entre o hospício e a colônia em relação às pacientes transferidas pelo hospital consideradas aptas ao trabalho na colônia. O pessoal do hospício, buscando evitar que tais pacientes fossem removidas como incompatíveis com o regime colonial, passou a enviar notas clínicas, indicando, em geral, os pontos positivos para a aclimação da paciente na colônia. Wasserman negativa ou, em alguns casos, história prévia de tratamento para sífilis figuravam, nessas notas, ao lado de informações sobre humor, agitação e aptidão para o trabalho.

No entanto, com a criação do ARC e, depois, com o estabelecimento do ambulatório n. 2, a colônia se tornou uma instituição habilitada para o tratamento da sífilis, não havendo, portanto, mais impedimento para o hospício transferir pacientes sífilíticas para o regime colonial. As notas clínicas enviadas pelo HN muitas vezes indicavam, inclusive, a necessidade de se começar ou se dar continuidade a tratamentos para a sífilis nas pacientes transferidas para a colônia. Nesse ponto, vale expor o caso da paciente Maria Rosa da Silva,<sup>649</sup> que trouxe do hospício a seguinte nota clínica:

---

e da sociedade bem como a prática do diagnóstico, do tratamento da sífilis e ainda “a descrição de um doente sífilítico, redefinido como ‘indivíduo Wassermann-positivo’” (LÖWY, 1994: 11-12).

<sup>649</sup> N. 1.510, Livro 12 de observação. Paciente parda/mestiça, brasileira, casada, doméstica, analfabeta, 47 anos, diagnóstico de psicose periódica, trabalhou na horta, procedeu da polícia, internada no HN em julho



Do Hospital trouxe o diagnóstico de Psicose Periódica, Wassermann no sangue positivo, von Pirquet negativa. Resenha clínica: Antes de se haver iniciado qualquer tratamento antilúético, quis a família desta doente retirá-la. Agora, entrou ela pela segunda vez em 21 [de julho de 1920] do corrente. É uma doente ao parecer adaptável ao regime colonial, pois na colônia, pensamos, poderá trabalhar em trabalhos leves ainda durante a respectiva cura específica.

Em 10 de novembro de 1920, o médico Waldemar de Almeida destacou que a referida paciente, que foi sempre “uma doente calma, obediente, sociável”, solicitava com insistência a sua alta inicialmente, porém, depois, acabou se adaptando ao serviço de horta, onde trabalhava com proveito e assiduidade. Em relação ao tratamento antilúético, desde sua entrada na colônia foi submetida ao hidrargírio, e, por último, afirmou que atualmente seu estado mental era “bem satisfatório, não existindo distúrbios mentais evidentes”. Ou seja, de fato, a paciente Maria Rosa da Silva foi aproveitada em um trabalho leve na colônia, tal qual a indicação do pessoal do hospício, enquanto recebia o tratamento necessário.

Figura XXXII – Cartão do Ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée e Guinle

FUNDAÇÃO GAFFRÉE E GUINLE  
LABORATORIO DE SOROLOGIA

Ambulatório \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ No. da Mat. 251  
Sexo \_\_\_\_\_ Residência Colônia  
Diagnóstico \_\_\_\_\_  
Data da reação 21/11/1920  
Reação de Wassermann NEGATIVA (-)  
Reação de Müller NEGATIVA (-)  
Chefe do Laboratório \_\_\_\_\_

Fonte: Prontuário de CR. Localização: IMAS-CJM.

As pacientes tratadas pela FGG eram, em geral, pacientes internadas por intercorrências clínicas na enfermaria da instituição, Pavilhão Braule Pinto (PBB), que nos anos 1920 estava a cargo de Ernani Lopes. Uma vez nessa unidade, a paciente era submetida a exames de laboratório, como a reação de Wassermann; tendo resultado positivo, a paciente era encaminhada para o Ambulatório n. 2, onde se faziam o

---

e na colônia em setembro de 1920, eliminada do quadro de pacientes em junho de 1921 por não retornar de uma licença de seis meses.

diagnóstico e o tratamento específicos. Assim, ao que tudo indica, o tratamento da sífilis, nessa instituição, foi feito pontualmente com as pacientes que apresentavam sinais e sintomas clínicos dessa enfermidade.

Das 2.813 pacientes internadas entre 1911 e 1934 na Colônia de Engenho de Dentro, apenas 59 tiveram diagnósticos psiquiátricos relacionados à sífilis (2%). A maioria delas foi considerada suspeita (quatro pacientes) ou portadora de sífilis cerebral (trinta e quatro); dessas, seis pacientes tinham outros diagnósticos, a saber: epilepsia; histeria; síndrome histeroide; psicose periódica, PMD; e alcoolismo e personalidade psicopática; outra paciente tinha a inscrição sífilis cerebral ou paralisia geral. Em segundo lugar, aparecia a paralisia geral (onze). É importante registrar que, entre essas pacientes, quatro se encontravam nas seguintes situações: 1) recebeu também o diagnóstico de sífilis cerebral; 2) veio do HN com o diagnóstico de alcoolismo e epilepsia, e na colônia acrescentou-se o de paralisia geral; 3) tinha psicose pré-senil e foi vista como suspeita de paralisia geral; 4) teve o diagnóstico de PG substituído oito anos depois pelo de parafrenia. Em terceiro, vinha a sífilopsicose (cinco), das quais uma tinha excitação maníaca e outra foi enquadrada como alcoolista. Por fim, com um caso, foram registrados os seguintes diagnósticos: idiotia – encefalite crônica – sífilítica; tabes dorsalis – síndrome histeroide; psicose sífilítica; psicose tóxica alcoólica – sífilis e debilidade mental, demência paralítica. Ou seja, os casos de sífilis nervosa eram escassos na Colônia de Engenho de Dentro.

A incidência da PGP na colônia no período em análise foi de 0,4%; esse percentual demonstra que, como aponta Accorsi se contrapondo aos argumentos e estatísticas médicas da época, essa doença (a exemplo das outras categorias diagnósticas identificadas acima) não estaria aumentando sensivelmente nas primeiras décadas do século XX. Mas, como sustenta a autora, o impacto que tais estatísticas adquiriram enquanto evidências do papel da sífilis na PGP não pode ser considerado insignificante (p. 122; 310). Nesse contexto, ganhava força a ideia de que não só a loucura, mas também a sífilis crescia a par da civilização (CARRARA, 1996: 395; ACCORSI, 2020: 172).

Já as pacientes encaminhadas para o Ambulatório n. 2 da FGG e aqui analisadas foram diagnosticadas com lues secundária tardia, lues terciária, lues quaternária e lues hereditária tardia. Antes de verificar a terapêutica realizada com as pacientes da colônia nesse ambulatório, é necessário considerar a questão diagnóstica. No rastro das produções sobre a sífilis hereditária dos sífilógrafos Alfred Fournier (*La syphilis hereditaire tardive*, 1886) e seu filho, Edmond Fournier (*Syphilis hereditaire de l'âge adulte*, 1912), Kathleen

Pierce indica que, na sua forma congênita, transmitida imperceptivelmente de geração em geração, a sífilis “poderia causar surdez, deformações dentárias, sintomas respiratórios, sintomas circulatórios, epilepsia e outras condições neurológicas” (PIERCE, 2020: 123). Além disso, conforme destaca Pierce, “o potencial da sífilis hereditária de permanecer dormente até a idade adulta, ou de pular uma geração e aparecer no neto de um sífilítico, provou ser o mais preocupante de todos” (p. 123). Ainda segundo esta autora, “assim como na sífilis adquirida, a visão médica estava no cerne dessa ameaça; a sífilis hereditária deixava ainda menos traços discerníveis e podia passar despercebida pela linha da família” (p. 124).

Giulia Accorsi expõe que, em meados do Novecentos, o venereologista americano Philippe Ricord (1800-1889) apresentou três estágios para a sífilis:

o primário, o secundário e o terciário. Ricord afirmava que o estágio terciário da enfermidade poderia emergir *anos* após a infecção inicial, e caracterizava-se pela presença de lesões em diversos órgãos do corpo, como ossos, coração, fígado e *encéfalo*. As características patológicas dessas lesões foram bem estabelecidas com base no diagnóstico *post mortem*, nos anos seguintes, através de pesquisas desenvolvidas, fundamentalmente, por cientistas alemães (ACCORSI, 2020: 177).

No entanto, conforme observa a autora, diante das controvérsias em torno da identificação das manifestações do estágio terciário da sífilis, os “médicos recorriam à observação da resposta do paciente a terapias específicas aplicadas contra a doença, sobretudo aquelas baseadas no mercúrio”.

Desde, pelo menos, o século XIV até o início do século XX, o mercúrio caracterizou-se como um dos principais tratamentos contra a sífilis. Se fosse observada melhora nos sintomas do paciente depois da administração de compostos elaborados com tal metal, estava caracterizado um caso da doença venérea. No século XIV, ao constituir-se como técnica para a identificação da sífilis, tal prática influenciou sua própria caracterização, edificando uma forma de enquadrá-la, que Ludwick Fleck batizou de “entidade nosológica empírico-terapêutica”. Todos os quadros que respondessem ao tratamento específico eram considerados casos de sífilis (ACCORSI, 2020: 177).

Segundo Accorsi, mesmo agrupadas sob o termo “neurossífilis”, surgido nos anos de 1920, a diferenciação entre PGP, sífilis cerebral e *tabes dorsalis* era considerada significativa pelos médicos da época. Respalhando-se no estudo de Juliet Hurn (1998), Accorsi aponta o seguinte sobre as duas últimas categorias: a primeira “foi caracterizada principalmente por sintomas como fortes dores de cabeça, desorientação temporal e espacial, convulsões, paralisia local e hemiplegia (paralisia em um dos lados do corpo)” (ACCORSI, 2020: 1). Já a segunda, descrita por neurologistas alemães como uma doença

autônoma na década de 1840, apresentava, de modo mais definido, “distúrbios nos movimentos, especialmente na capacidade de caminhar do paciente, advindos de lesões na coluna espinhal, e dores lancinantes” (ACCORSI, 2020: 1).

O objeto de estudo da autora era a paralisia geral, doença “descrita em 1822, pelo alienista francês Antoine Laurent Jessé Bayle (1799-1858), sob a denominação de aracnoidite crônica” (ACCORSI, 2020: 1). Para Accorsi, no Rio de Janeiro, entre os anos de 1868 e 1924, o enquadramento da paralisia geral se associou particularmente aos processos de emergência e consolidação do campo alienista/neuropsiquiátrico. Nesse sentido, explica que o uso de métodos estatísticos e a mobilização dos referenciais da anatomia patológica foram elementos chave no processo de reconhecimento de diferentes áreas da medicina, como a própria neuropsiquiatria, enquanto campos científicos. Contudo, ainda afirma que o enfoque dado à PGP “não esteve relacionado à sua epidemiologia, mas ao potencial que ela tinha de contribuir para o processo de legitimação da neuropsiquiatria, como uma doença mental cujo enquadramento obedecia aos parâmetros de cientificidade” (ACCORSI, 2020: 308).

No processo para se tornar uma doença autônoma no Rio de Janeiro, a PGP “mobilizou discussões complexas acerca da natureza de suas lesões encefálicas e de seus sintomas clínicos característicos”, e quanto às manifestações clínicas, “estabeleceu-se que eram específicos os delírios de grandeza e a paralisia dos membros” (ACCORSI, 2020: 305). Ela ainda destaca que grande parte dos médicos da transição entre os séculos XIX e XX avaliavam a PGP “como a forma de sofrimento mental que melhor expressava a relação entre lesões materiais e sintomas físicos e mentais” (ACCORSI, 2020: 305).

Na documentação clínica, identificamos, por exemplo, menções a delírios de grandeza e afetividade diminuída em pacientes com PGP, e o quadro de paraplegia dos membros inferiores foi referido na observação de uma paciente diagnosticada com *tabes dorsalis*. A paciente referida, Ofélia Granath,<sup>650</sup> segundo Gustavo de Rezende, tinha ideias persecutórias e de grandeza, bem como alucinações visuais, e entrou em transe durante a observação. Intitulava-se “rainha da mesa dos centros espíritas”, referia-se a sessões espíritas e ao uso de bebidas alcoólicas. Ainda segundo o médico, “atribui a sua internação aos médicos que queriam saber a sua doença”. Tal fala parece indicar a

---

<sup>650</sup> N. 694, Livro 4 de Observação. Paciente parda, brasileira, casada, doméstica, 32 anos, procedeu da polícia, internada no HN em 1914 e na colônia em 1915, tratamento de balneoterapia e doses de sedol, transferida em 1945 para o Instituto de Psiquiatria.

percepção da paciente sobre o interesse dos médicos em estudar os corpos sífilíticos e também sobre o poder médico no tocante à internação psiquiátrica.

Com efeito, em 1913, um ano antes da paciente ser internada, nos Estados Unidos, Hideyo Noguchi e John Moore produziram as provas definitivas da presença do treponema no cérebro dos paralíticos gerais. Segundo Carrara, em certo sentido, a neurosífilis ou sífilis nervosa “parece ter atualizado o organicismo psiquiátrico, fazendo com que a loucura entrasse para a ‘era microbiana’” (CARRARA, 1996: 40). Nesse sentido, Accorsi afirma que uma série de eventos – como o desenvolvimento de estatísticas que apontavam a relação entre doença venérea e PGP, a identificação da bactéria sífilítica, as observações de PGP juvenil, a realização das análises laboratoriais e o referido experimento conduzido por Noguchi e Moore – “contribuíram para que o elo entre a sífilis e a paralisia geral progressiva se estabilizasse ao longo das três primeiras décadas do século XX” (ACCORSI, 2020: 310).

Outra paciente que recebeu o diagnóstico de PGP foi Benedita de Jesus.<sup>651</sup> Ela foi considerada portadora de paralisia geral e sífilis cerebral em dezembro de 1913 no hospício e teve a reação de Wassermann positiva na colônia em agosto de 1927. Trabalhou na limpeza geral, o tratamento foi *open-door* e mercúrio. Foi observada por Gustavo de Rezende, que apontou, dentre outras coisas, que a doente parecia ter a afetividade diminuída, pois “não tem a menor emoção quando fala dos seus, dizendo que seu marido não quer viver com ela, porque não gosta da vida santa”. A fala dessa paciente sífilítica remetia a um comportamento adúltero por parte de seu marido. Como veremos no caso da paciente Zita Bergamo, abordado no capítulo 4, ela contraiu doenças venéreas com seu marido e se submeteu antes de ser internada na colônia a um tratamento no ARC. O dr. Mário Reis, que cuidava de Zita, tentou, sem sucesso, fazer com que seu marido comparecesse ao ambulatório para aí ser tratado também.

A paciente Raquel Ferraz,<sup>652</sup> que teve a reação de Wassermann negativa em agosto de 1925 na colônia, trouxe o diagnóstico de tabes dorsalis e síndrome histeroide em fevereiro de 1922 do hospício. Cumpre observar que, buscando estabelecer um protocolo laboratorial mais sensível para a detecção de casos de sífilis nervosa, sífilógrafos,

---

<sup>651</sup> N. 1.867, Livro 15 de Observação. Paciente preta, brasileira, viúva, doméstica, 32 anos, procedeu da Santa Casa de Misericórdia, internada no HN em 1913 e na colônia em 1924, óbito por arteriosclerose generalizada cardiorenal-uremia, em 1935.

<sup>652</sup> N. 1.914, Livro 16 de Observação. Paciente parda, brasileira, viúva, doméstica, 46 anos, procedeu da Santa Casa de Misericórdia, internada no HN em 1922 e na colônia em 1925, transferida em 1926 para o HN por não ser adaptável ao regime colonial.

sorologistas e neuropsiquiatras optaram pelo “método que privilegiava falsos positivos em detrimento de falsos negativos” (ACCORSI, 2020: 311). Segundo o médico observador da colônia, a doente contou “que estivera no Hospital de Misericórdia, onde fora recolhida por causa de uma doença nas pernas e lá começou a receber ordens dos espíritos para ser internada no Hospital de Alienados”. De acordo com os dados colhidos pelo médico, a paciente teve a primeira menstruação aos 12 anos, casou-se aos 14 anos e teve uma filha. Enviuvando, casou-se pela segunda vez e teve então três filhos natimortos. Ainda de acordo com ele, “a sua doença das pernas começou aos 38 anos, manifestando-se uma fraqueza dos membros inferiores, acompanhada de dores fortes, acentuando-se daí por diante até que ficou paraplégica. Não conseguindo a sua cura, teve ordem dos espíritos para ir para o Hospital Nacional”. Dois dados chamam a atenção nessa observação: um é a harmonização entre os mundos espiritual e secular, o outro diz respeito aos três filhos natimortos. Os médicos nessa época, como vimos no capítulo anterior, realçavam a correlação entre sífilis não tratada e mortalidade infantil.

Por último, relatamos o caso de uma paciente com histórico de prostituição que esteve internada durante pouco mais de dois anos na assistência psiquiátrica. Teve o diagnóstico de demência precoce trazido do HN substituído pelo de loucura maníaco-depressiva na colônia; recebeu nessa instituição tratamento específico para sífilis (914 e injeções mercuriais). Segundo Gustavo de Rezende, a paciente Ursulina Fonseca<sup>653</sup> ficou órfã muito cedo: a mãe morreu de parto e o pai de mordedura de cobra. Veio então para o Rio de Janeiro, onde caiu na prostituição. Com cerca de 15 anos, já se entregava ao abuso do álcool e cocaína. O médico ressaltou que a doente era muito emotiva e sentia vergonha de lembrar a sua vida de vícios. Rezende observou que ela tinha diversas doenças venéreas e parecia ter contraído a sífilis, afinal referia a uma erupção pela pele após uma ferida nas partes genitais. Ainda de acordo com o médico, “a sua doença atual começou por alucinações visuais e auditivas, ficando fria do seu juízo, motivo pelo qual foi internada no Hospital Nacional”. Como apontamos no último capítulo, a Colônia de Engenho de Dentro não foi considerada um lugar para “mulheres da vida”.

Conforme observa Sanglard, “a legislação sobre a profilaxia das doenças venéreas previa a propaganda e a educação higiênicas e o tratamento de doentes em dispensários

---

<sup>653</sup> N. 1.628, Livro 13 de Observação. Paciente branca, brasileira, natural de Alagoas, solteira, doméstica, 27 anos, diagnóstico de demência precoce no HN e de loucura maníaco-depressiva na colônia, procedeu da polícia, internada no HN no hospício em 1921 e na colônia em 1922, eliminada do quadro de pacientes em março de 1924 por não retornar de uma licença de seis meses. A princípio não trabalhou e depois trabalhou na limpeza geral, o tratamento foi a clinoterapia e o prognóstico sem esperança.

e/ou hospitais especializados”, levando a “não-regulamentação da prostituição, mas dava especial atenção aos indivíduos denominados ‘contagiantes’, criando para eles ambulatórios exclusivos” (SANGLARD, 2008: 134). Nesse sentido, Sueann Caulfield assinala as perspectivas conflitantes entre os médicos da Fundação Gaffrée-Guinle e a força policial do Distrito Federal, que, ao longo dos anos de 1920, aumentou muito a vigilância sobre as prostitutas em “zonas de tolerância” específicas. “Prisões arbitrárias e transferências de prostitutas de um local para outro tinham efeitos negativos sobre os esforços dos médicos para mapear a incidência de sífilis nas zonas de prostituição e para convencer as prostitutas a participar de programas de tratamento de longa duração” (CAULFIELD, 2000: 169). Cristiana Schettini defende que, apesar de quererem “evitar práticas que pudessem ser caracterizadas como regulamentaristas, naquele momento desacreditadas nos países europeus”, e, assim, fazerem críticas às “ações policiais de concentrar as prostitutas em certos pontos”, na prática, os médicos com preocupações eugênicas “se aproveitavam da concentração espacial para implementar suas próprias campanhas” (SCHETTINI, 2006: 31).

Para os médicos da Colônia de Engenho de Dentro, o que importava, na verdade, era submeter as pacientes com doenças venéreas, especialmente a sífilis, a tratamentos na instituição. A preocupação desses profissionais era mais com a sífilis do que com a prostituição em si. Mesmo em termos morais, as prostitutas estavam longe de ser as pacientes mais censuradas nas observações médicas. O tratamento específico para sífilis incluía, depois do mercúrio, os compostos arsenicais, a exemplo do Salvarsan ou 606 e do Neosalvarsan ou 914 (ACCORSI, 2020: 1; 295). Esses foram os tratamentos encontrados na maior parte dos casos de pacientes remetidas ao Ambulatório n. 2 da FGG. Abaixo temos alguns exemplos de pacientes diagnosticadas e tratadas no Ambulatório n. 2 da FGG.

Guilhermina Maria (psicose periódica), uma das primeiras pacientes da colônia tratadas no ambulatório de que se tem conhecimento, baixou em 10 de fevereiro de 1925 à Enfermaria de Intercorrências da colônia, apresentando “hemat. derm. crônico”.

Pedido exame de Wass. no sangue, foi o resultado positivo em 14-02-1925. Enviada ao Ambulatório da Fundação Gaffrée-Guinle, ali foi feito o diagnóstico de lues secundária tardia, e submetida ao neosalvarsan a partir de 0,15 no dia 21 do referido mês, e indo em

seguida ascendendo as doses até perfazer 4 gramas de 20 (2 de maio). Matrícula 1735, f. n. 1384 da G.G. (E. Lopes, 02/02/1932).<sup>654</sup>

Já Efigênia Barbosa (epilepsia e demência consecutiva) baixou em 15 de março de 1925 ao PPB, onde teve a reação de Wassermann no sangue positiva.<sup>655</sup> Foi diagnosticada pelo Ambulatório Gaffrée e Guinle (AGG) em 11 de abril de 1925 com L<sup>3</sup> [lues terciária], sendo submetida de 1925 a 1926 a cinco injeções de bismuthan, 27 de spiroosan e 98 de thiosol. Lopes apontou que, em 19 de fevereiro de 1932, quando da sua observação, a paciente ainda conservava os vestígios epidérmicos destas últimas injeções.

Amalia Maurer (delírio sistematizado alucinatório crônico) teve no hospício a reação de Wassermann no sangue positiva e as demais reações de lues negativa. Na colônia, em 4 de outubro de 1930, a reação de Wassermann também resultou positiva. Foi diagnosticada com L4 [lues quaternária] pelo AGG, onde foi submetida a 21 injeções de Bi [bi-iodeto de mercúrio].<sup>656</sup> A paciente Agustina Gonzaga (psicose tóxica alcoólica) teve na colônia a reação de Wassermann no sangue positiva em 18 de julho de 1925. Em seguida, foi diagnosticada com LLP pelo AGG e neo-salvanizada de 9 de setembro a 9 de dezembro, tomando um total de 5g e 25ctgs.<sup>657</sup>

Laura Alvarenga (epilepsia) baixou em 8 de fevereiro de 1927 ao PPB, onde teve a reação de Wassermann no sangue positiva. Já no AGG foi diagnosticada com Lues Hereditária Tardia (LHT), sendo então submetida ao seguinte tratamento: “‘914’ de 5 de março a 28 de abril: 2g e 78ctgrs. Bi, de 7-5-1927 a 12 de setembro do ano seguinte: 82 injeções”.<sup>658</sup> Em 20 de fevereiro de 1932, teve a reação de Wassermann no sangue negativa. Essa paciente ainda passou por um exame ginecológico que constatou que a mesma era “donzela” (hímen complacente). Outra paciente diagnosticada em 1927 com LHT pelo AGG foi Maria Coelho (debilidade mental). O tratamento consistiu em 38

---

<sup>654</sup> N. 673 e 1.129, Livros 4 e 8 de Observação. Paciente parda, viúva, natural do Ceará, doméstica, analfabeta, 48 anos, procedeu da polícia, internada na colônia em 1915 e em 1917, transferida para o HN em 1916 e para a CJM em 1945.

<sup>655</sup> N. 1.087, Livro 8 de Observação. Paciente branca, brasileira, solteira, doméstica, 35 anos, internada pela polícia, ingressou no HN em 1901 e na colônia em 1917, transferida para o Instituto de Psiquiatria em 1945, óbito por epilepsia em fins de 1951.

<sup>656</sup> N. 1.843, Livro 15 de Observação. Paciente branca, alemã, casada, doméstica, 47 anos, procedeu da polícia, internada no HN em 1923 e na colônia em 1924, óbito por arteriosclerose, *ictus* apoplético em 1932.

<sup>657</sup> N. 1.474, Livro 11 de Observação. Paciente branca, brasileira, estado civil não informado, doméstica, 30 anos, procedeu da polícia, internada no HN em 1919 e na colônia em 1920, óbito por enterocolite em outubro de 1936.

<sup>658</sup> N. 1.999, Livro 17 de Observação. Paciente branca, brasileira, solteira, 28 anos, trabalhou na limpeza geral, procedeu da polícia, internada no HN em outubro e na colônia em dezembro de 1926, transferida em 1946 para a CJM.



injeções de Bi e 46 de Hg.<sup>659</sup> Já Albertina Pires (esclerose cerebral atrófica da infância) teve a reação de Wassermann no sangue negativa em 8 de maio de 1926. Contudo, em 3 de dezembro de 1927 foi diagnosticada com LHT pelo AGG, recebendo desta data até 12/09/1928 46 injeções de Bi.<sup>660</sup>

Por último, como exemplo de óbitos relacionados à sífilis, temos três pacientes falecidas em 1928: Olympia Ribeiro de Lemos<sup>661</sup> (aortite crônica sífilítica, doença de Raynaud, assistolia), Francelina de Jesus<sup>662</sup> (lues, enterite crônica) e Amélia Catharina de Souza<sup>663</sup> (sífilis, nefrítica crônica). As duas primeiras pacientes foram consideradas portadoras de uma psicose maníaco-depressiva. Já esta última, recebeu o diagnóstico de debilidade mental, demência paralítica (?).

O Ambulatório n. 2 da FGG foi, assim, um serviço destinado tanto ao público de fora como às pacientes dos serviços aberto e fechado da colônia. Sabe-se que ele funcionou por algum tempo após o fechamento do ARC. Na verdade, como vimos no capítulo 2, para aquele dispensário foram transferidos alguns serviços da policlínica e do ambulatório de higiene mental da colônia. O prédio dessa fundação aparece, inclusive, na planta baixa de 1945 do Centro Psiquiátrico Nacional.

### **3.1.4. Laboratório de Psicologia Experimental**

Outra unidade importante da gestão de Gustavo Riedel foi o Laboratório de Psicologia Experimental, inaugurado em 1924. Com recursos doados por Guilherme Guinle, da Fundação Gaffrée-Guinle, foi adquirido em 1923 um aparato significativo e variado, para fundar um laboratório de psicologia para a profilaxia de doenças mentais na Colônia de Engenho de Dentro.<sup>664</sup> Esses instrumentos consistiam em:

1. aparelhos antropométricos, 2. grupo de aparelhos para investigação do tato e das sensações musculares, 3. grupo de aparelhos acústicos, 4. grupo de aparelhos para investigação da visão, 5. grupo de aparelhos para

---

<sup>659</sup> N. 1.439, Livro 11 de Observação. Paciente parda, brasileira, casada, doméstica, 34 anos, procedeu da polícia, internada no HN em 1919 e na colônia em 1920, alcoolismo, óbito por epitélio de colo uterino, cachexia em 1938.

<sup>660</sup> N. 1.953, Livro 16 de Observação. Paciente parda, brasileira, 10 anos, trabalhou na copa, internada pela polícia, ingressou no HN em 1921 e na colônia em 1926, transferida para o HN em 1933.

<sup>661</sup> N. 536, Livro 3 de Observação. Paciente branca/mestiça, brasileira, natural de Sergipe, solteira, doméstica, 32 anos, procedeu da polícia, internada no HN em abril e na colônia em junho de 1913.

<sup>662</sup> N. 296, Livro 3 de Observação. Paciente parda, brasileira, solteira, lavadeira, 38 anos, procedeu da polícia, internada no HN em 1908 e na colônia em 1911.

<sup>663</sup> N. 1.073 [o correto, de acordo com o livro de matrícula, é 1.071], Livro 8 de Observação. Paciente branca, brasileira, solteira, doméstica, 35 anos, procedeu da polícia, internada no HN em 1915 e na colônia em 1917.

<sup>664</sup> Para saber mais sobre a história do Laboratório e, posteriormente, do Instituto de Psicologia, ver CENTOFANTI, 2004; FONSECA, 2020.

investigação da visão na terceira dimensão, 6. dispositivo taquistoscópico, 7. dispositivo para pesquisas de atenção, grupo de cronômetros e cronógrafos, 8. dispositivo para medir os tempos de reações sensoriais, 9. grupo de aparelhos para pesquisas de manifestações orgânicas, 10. dispositivo para investigar as reações psicoelétricas, 11. grupo de testes e 12. aparelhos psicotécnicos.<sup>665</sup>

No início de 1924, o psicólogo polonês Waclaw Radecki<sup>666</sup> foi contratado pela Fundação Gaffrée-Guinle para organizar o referido laboratório. Radecki<sup>667</sup> foi responsável, neste laboratório, pela formação de uma importante geração de psicólogos nativos, dentre os quais Nilton de Campos (1898-1963), diretor do Instituto de Psicologia da Universidade do Brasil de 1948 a 1965. Também trabalhou no Laboratório de Psicologia Experimental Halina Radecki, graduada em pedagogia e psicologia pela Universidade de Varsóvia e esposa de Radecki.<sup>668</sup>

Figura XXXIII – Laboratório de Psicologia Experimental



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

<sup>665</sup> GUIMARÃES, Oswaldo N. de Souza. O laboratório de Psicologia. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1928, pp. 395-409.

<sup>666</sup> Para saber mais sobre Waclaw Radecki ver JACÓ-VILELA; CENTOFANTI, 2012; LEÓN, 2014; FONSECA; ROSA; FERREIRA, 2016; FONSECA, 2018.

<sup>667</sup> Radecki (1887-1953) formou-se em psicologia pela Faculdade de Ciências Naturais de Genebra em 1911; no mesmo ano, foi nomeado professor da Universidade de Genebra. Um ano antes, foi designado assistente do Laboratório de Psicologia dirigido por Édouard Claparède naquela faculdade. Ainda em 1910, viajou pela Europa, visitando diversos laboratórios de psicologia, como os de Kraepelin, Kulpe e Toulouse. Ao retornar ao seu país, em 1912, organizou um Laboratório de Psicologia na Universidade de Cracóvia e, em 1917, um Laboratório de Psicologia na Universidade Livre da Polônia. Publicou diversos artigos científicos, inclusive em conjunto com seus assistentes do Laboratório de Psicologia Experimental da Colônia de Engenho de Dentro. Ver CENTOFANTI, 2004; BIBLIOGRAFIA. Introdução à Psicologia, Drs. W. Radecki e Gustavo Augusto de Rezende. *O Jornal*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 82, 6 de abril de 1926, p. 10; UM CURSO de Psicologia Experimental na Faculdade de Medicina. *O Jornal*, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 2.378, 11 de setembro de 1926, p. 2.

<sup>668</sup> UM CURSO de Psicologia Experimental..., 1926, p. 2.

Radecki foi referido nos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* como psicologista “contratado pela Fundação Gaffrée-Guinle para orientar a parte psicológica dos estudos sobre neurosífilis e pela Liga Brasileira de Higiene Mental para dirigente da parte técnica de psicologia experimental, nos vários domínios em que esta se faça necessária”.<sup>669</sup> Entendia-se que o psicólogo polonês deveria auxiliar os psiquiatras higienistas em seus trabalhos de medicina preventiva.<sup>670</sup>

Durante os primeiros oito anos de existência, este laboratório funcionou nas salas do Ambulatório n. 2 da FGG. Ele era concebido como “instituição auxiliar médica, auxiliar das necessidades sociais e práticas, núcleo científico e centro didático para formar os técnicos brasileiros”.<sup>671</sup> Guimarães fez um balanço das atividades desse laboratório nos seus três primeiros anos de funcionamento:

- a) Exame geral de mais de 200 pessoas, entre as quais 100 crianças atendidas pela Higiene Mental e dirigidas para o laboratório pelo Dr. Amarante;
- b) Exame parcial de reação de 100 epiléticas, doentes da Colônia, a requerimento do Dr. Plínio Olinto;
- c) Exames de doentes mandados por todos os colegas da Colônia e vários médicos da cidade (todas as cópias das respectivas fichas conservam-se no laboratório);
- d) Trabalhos terapêuticos e psicanalíticos a requerimento dos médicos (14 psicanálises completas e diversos casos parciais).<sup>672</sup>

Segundo Rogério Centofanti, Radecki buscou valer-se desse laboratório, sobretudo, como “núcleo científico” e “centro didático para formar os técnicos brasileiros”, tendo, dessa forma, seu trabalho “uma orientação bastante acadêmica”. Entretanto, para o autor, a despeito disso, o objetivo de usar o laboratório como “instituição auxiliar médica” e “auxiliar das necessidades sociais e práticas” não teria sido negligenciado, pois aponta que alguns trabalhos foram realizados em psicoterapia e psicopatologia, como os que deram origem às obras *Introdução à psicoterapia*,<sup>673</sup> “Um caso interessante de estupor catatônico”<sup>674</sup> e “Contribuição psicológica ao estudo da demência precoce”.<sup>675</sup> Outros trabalhos desenvolveram contribuições práticas para

---

<sup>669</sup> OLINTO, Plínio. Ensaio de profilaxia mental no Rio de Janeiro, 1925, p. 195.

<sup>670</sup> LIGA BRASILEIRA de Higiene Mental. *Brazil-Médico*, 1925, n. 2, p. 306.

<sup>671</sup> GUIMARÃES, Oswaldo N. de Souza. O laboratório de Psicologia, 1928, p. 391.

<sup>672</sup> GUIMARÃES, Oswaldo N. de Souza. O laboratório de Psicologia, 1928, pp. 391-392.

<sup>673</sup> RADECKI, Dr. Waclaw; REZENDE, Dr. Gustavo Augusto de. *Introdução à psicoterapia*. Rio de Janeiro: Editora Científica Brasileira Dobici, 1926.

<sup>674</sup> REZENDE, Gustavo. Um caso interessante de estupor catatônico. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1928.

<sup>675</sup> RADECKI, Waclaw; REZENDE, Gustavo. Contribuição psicológica ao estudo da demência precoce. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1929.

seleção de aviadores. Sabe-se também que Halina Radecki e Lucília Tavares faziam os exames psicológicos em crianças e os assistentes médicos, normalmente, nas internas da colônia (CENTOFANTI, 2004).

Em 1924, no seu relatório de cinco anos de administração em Engenho de Dentro, Gustavo Riedel sublinhou que os trabalhos que seriam realizados no Laboratório de Psicologia Experimental diziam respeito ao “estudo de aptidões vocacionais desde a escola visando o maior rendimento futuro para o indivíduo, para a sociedade, e, portanto, também para o Estado”.<sup>676</sup> Em 1925, no relatório da LBHM, Riedel destacava a contratação de Radecki, “diretor da Faculdade de Psicologia da Universidade de Varsóvia, ex-assistente de Claparède, para iniciar entre nós a seleção dos escolares, dos operários nas fábricas pela orientação profissional de cada um”.<sup>677</sup>

Nos *Arquivos da Liga Brasileira de Higiene Mental* de 1925 consta que, por sugestão do professor Fernandes Figueira, e em acordo com a Inspetoria de Higiene Infantil, a LBHM havia iniciado em março de 1924 exames psicofisiológicos nas fábricas do Distrito Federal para a avaliação da eficiência dos menores trabalhadores. Os referidos exames foram realizados pelo professor Waclaw Radecki, psicologista da Liga, e sua assistente Halina Radecki na Fábrica de Calçados Ferreira, Souto & Cia, à rua Fonseca Telles, em São Cristóvão. Além disso, Ernani Lopes, secretário geral da liga, acompanhava os trabalhos, colhendo dados para o serviço social dessa entidade e distribuindo folhetos de divulgação dos objetivos da campanha profilática contra doenças nervosas e psíquicas. Nessas ações, foram feitas as seguintes análises psicofisiológicas:

1. De estesiometria, para sensibilidade tátil e para sensibilidade à dor;
2. Da acuidade visual (quadros optométricos de Snell);
3. De dinamometria (dinamômetros de pressão e de tração, para diversos grupos musculares);
4. De ergografia (ergógrafo de Mosso modificado, dispondo de totalizador que de algum modo, dispensa os traçados);
5. Provas psicométricas, nomeadamente para averiguar o grau de concentração da atenção (teste de Bourdon-Radecki, para analfabetos).<sup>678</sup>

Sobre esses exames, Lopes aponta que eram acompanhados por um dos médicos da Liga antes e depois do trabalho, ou seja, na segunda-feira de manhã e no sábado à tarde. O clínico, por seu turno, realizava um exame somático em cada menor, anotando

---

<sup>676</sup> RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

<sup>677</sup> RIEDEL, Gustavo. *Atas e Trabalhos da Liga Brasileira de Higiene Mental*, 1925, p. 210.

<sup>678</sup> LOPES, Ernani. *Trabalhos recentes da Liga Brasileira de Higiene Mental. Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano 1, n. 2, 1925c, p. 220.

todos os dados do respectivo currículo, para utilização pelo serviço social da Liga. Segundo o alienista, os exames psicofisiológicos buscavam verificar as condições de eficiência física e mental dos trabalhadores menores de idade.<sup>679</sup>

Considerando essas ações coordenadas pelo chefe do laboratório de psicologia da colônia, os pesquisadores Castro, Facchinetti e Portugal apontam que “as iniciativas precursoras da psicotécnica aplicada ao trabalho, no Rio de Janeiro, parecem remontar ao pesquisador polonês Waclaw Radecki” (CASTRO; FACCHINETTI; PORTUGAL, 2019: 6). Além disso, para esses autores, também se pode identificar “o desenvolvimento dessas relações entre práticas clínicas dos médicos e técnicas hoje caracterizadas como psicologia do trabalho” nos acordos realizados por esse pesquisador com a Diretoria da Aviação do Exército. O fato é que “alguns dos médicos militares que participaram de um curso de psicologia foram designados a permanecer no laboratório a fim de aprender a desenvolver pesquisas psicológicas para seleção de aviadores” (CASTRO; FACCHINETTI; PORTUGAL, 2019: 7).

Os autores, analisando as técnicas, saberes e práticas tidas como psicológicas no Rio de Janeiro da Primeira República (1889-1930), constataram “que ocorreram aproximações e convergências entre áreas da psicologia aplicada que, posteriormente, iriam ocupar institucionalmente espaços bem separados”. Nessa perspectiva, mostram “que uma eventual ‘História da Psicologia do Trabalho’, no período investigado, não era absolutamente distinta de áreas hoje classificadas como as da ‘História da Psicologia Clínica’ ou da ‘História da Psicologia Escolar’” (CASTRO; FACCHINETTI; PORTUGAL, 2019: 1).

Assim sendo, é possível perceber, na Primeira República, que algumas iniciativas originárias de outros contextos ensejaram especial proximidade com a psicologia industrial. Pois o entendimento da época configurava a psicotécnica em termos de uma prática unificada para áreas convergentes e similares, não havendo assimetria entre a psicotécnica do ensino, a psicotécnica médica e tantas outras psicotécnicas quantas fossem os objetos de possível aplicação psicológica (inclusive a indústria) (CASTRO; FACCHINETTI; PORTUGAL, 2019: 6).

Em uma conferência pronunciada em 18 de abril de 1925, na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, tratando do tópico “Higiene mental e organização do trabalho”, Ernani Lopes dizia que, nesse tema, o que havia de mais importante era “o

---

<sup>679</sup> LOPES, Ernani. Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil, 1925b, p. 173 (tradução nossa).

duplo problema da orientação profissional e de seleção dos trabalhadores”.<sup>680</sup> De acordo com ele, nenhuma dessas questões podia dispensar o concurso da psicofisiologia experimental. Nesse sentido, apontava-se que numerosos psicólogos, em países como Estados Unidos, França, Alemanha e Inglaterra, trabalhavam em organizações industriais, com o objetivo de realizar exames e inspeções nos trabalhadores. Ainda segundo Lopes, a orientação profissional devia incluir todas as crianças desde o período escolar.<sup>681</sup>

A psicologia era, portanto, valorizada, nesse contexto, como técnica com o intuito de melhorar o aproveitamento das aptidões dos indivíduos, o que deveria começar no período pré-escolar, a fim de se obter, posteriormente, a definitiva adaptação ao trabalho. Assim, na sociedade, a psicologia, segundo os higienistas, deveria guiar os escolares para o valor do trabalho e fazer frente ao quadro de fragilidade psíquica dos trabalhadores. Já no espaço asilar da Colônia de Engenho de Dentro, esperava-se que ela contribuísse na organização da praxiterapia para que a instituição pudesse aproveitar melhor a capacidade de trabalho das alienadas.

A psicologia de Engenho de Dentro estava voltada para a seleção dos trabalhadores fora e, também, dentro dos muros da colônia. Com efeito, havia a expectativa de que a psicologia ajudasse a resolver o problema prático da colônia em relação à não adaptação das pacientes ao trabalho. Em 1929, o administrador da colônia, Álvaro Cardoso, apontava a importância de um laboratório de psicologia para um melhor aproveitamento do trabalho dos pacientes:

Antes de ser iniciado na terapêutica ocupacional, deve o doente ser cuidadosamente observado por um alienista, que com o auxílio do laboratório de Psicologia, melhor verificará da adaptação e aptidão do doente, encaminhando-o para a divisão ou setor que se lhe afigurar mais compatível com o estado mental do enfermo, formando assim verdadeiro núcleo de colonos trabalhadores.<sup>682</sup>

Sobre esse ponto, é oportuno destacar que a recomendação para que fosse encontrado um trabalho adequado para os pacientes em instituições psiquiátricas existia na psiquiatria desde os tratados sobre tratamento moral do início do século XIX, de autoria de alienistas como William Hallaran e Samuel Tuke, que faziam tal recomendação, embora com tarefas aventadas relativamente pouco sofisticadas (FREEBODY, 2016: 45). A autora observa ainda que a ideia de “alocação de trabalho adequado” passava então por sexo, classe e ocupação anterior do paciente (p. 47). Monika

---

<sup>680</sup> LOPES, Ernani. Os meios de ação na campanha pela higiene mental, 1925a, p. 161.

<sup>681</sup> *Idem.*

<sup>682</sup> CARDOSO, Álvaro. O alienado como fator econômico, 1928, p. 89.

Ankele também sublinhou esse fato ao comentar que Christian Friedrich Wilhelm (1802-1878), ao citar psiquiatras famosos como Jean-Etienne Esquirol, Philippe Pinel e Maximilian Jacobi, “afirmou que cada asilo deve oferecer aos seus pacientes múltiplas possibilidades de trabalho e que as atividades escolhidas devem ser adaptadas às condições e habilidades dos pacientes” (ANKELE, 2016: 239). No entanto, o que vemos com a higiene mental, no contexto estudado, é a entrada do psiquiatra no cotidiano dos trabalhadores e um olhar de classe quanto à promoção da saúde física e mental destes.

Como mostramos no capítulo 1, um dos problemas da clínica psiquiátrica em Engenho de Dentro, tanto na gestão de Braule Pinto como na de Gustavo Riedel, foi a resistência das pacientes ao trabalho. Além disso, vimos também que, de 1917 a 1922, houve um conflito entre o hospício e a colônia feminina com relação às pacientes ditas aproveitáveis pelo hospício e inaproveitáveis pela colônia. Nas notas clínicas enviadas pelo hospício junto com as pacientes transferidas para a colônia, enfatizava-se a necessidade de que o pessoal da instituição de Engenho de Dentro utilizasse persuasão para convencer as pacientes a serem ativas. Essas notas sugeriam, muitas vezes, que faltava técnica por parte do referido pessoal para influenciar o comportamento das pacientes.

O Laboratório de Psicologia da Colônia de Engenho de Dentro seria crucial, portanto, para a adaptação das doentes ao trabalho, devendo impactar positivamente no aumento da produtividade da colônia. No entanto, cumpre destacar que as fontes clínicas analisadas (prontuários e livros de observação) não mencionam essa colaboração de Radecki e seus assistentes em relação à praxiterapia. De acordo com a análise dos livros de observação médica da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932), o Laboratório de Psicologia foi demandado apenas para a realização de exames individuais nas pacientes, que diziam respeito a testes de nível cognitivo ou idade mental; entretanto, alguns testes psicológicos de inteligência eram realizados pelos próprios médicos observadores durante o interrogatório. Nesse sentido, vale lembrar que alguns desses médicos, como Ernani Lopes e Gustavo de Rezende, frequentaram os cursos de Radecki e Rezende ainda publicou com o polonês o primeiro trabalho desse em terras brasileiras (RADECKI; REZENDE, 1926).

Entre 1925 e 1929, Radecki promoveu diversos cursos dentro e fora da colônia feminina. Os cursos práticos eram, em geral, realizados dentro da colônia, no laboratório de psicologia. Esses cursos foram oferecidos a instituições que faziam parte do “programa da colônia”, como a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e a própria LBHM, e contavam

com a presença de médicos da instituição psiquiátrica.<sup>683</sup> Segundo Lopes, as enfermeiras teriam começado no ano de 1924 a receber instrução psicológica elementar, sob a orientação de Radecki.<sup>684</sup> O psicólogo polonês ainda ministrou cursos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (para os alunos da cadeira de psiquiatria), na Escola de Aplicação do Serviço de Saúde do Exército e na Faculdade de Direito de Curitiba (CENTOFANTI, 2004). Em 16 de julho de 1925, na 3ª Sessão do Conselho Executivo da LBHM, Ernani Lopes assinalava o êxito do curso gratuito de introdução ao estudo da psicologia ministrado na sede da liga por Radecki. O curso tinha a frequência de trinta alunos, em sua maioria médicos, advogados, docentes municipais e acadêmicos.<sup>685</sup>

Uma reportagem do jornal *Gazeta de Notícias*, de 1º de novembro de 1925, informava que se achavam funcionando mais dois cursos de psicologia organizados pela LBHM sob a direção do psicologista Radecki. Um destes cursos era teórico, de psicologia geral, estando inscritas nele várias professoras municipais. O outro curso era exclusivamente técnico e se destinava às pessoas que já tinham participado dos cursos teóricos. Como a liga não dispunha de aparelhagem em sua sede, no antigo Pavilhão Argentino, todos os exercícios práticos eram realizados no Laboratório de Psicologia da colônia de Engenho de Dentro. A primeira turma de alunos matriculados neste curso era “constituída pelas Sras. D. D. Altair Thaumaturgo de Azevedo, Dahil Corrêa, Evangelina de Faria, Haydéa Ferreira, Hilda Isensse, Diva Isensse, Juana M. de Lopes, Olga do Val, Violeta Paim e pelos Srs. Drs. Porto da Silveira, Nilton Campos, Luiz F. Mac Dowel, Flávio Dias, Gustavo de Rezende, I. Cunha Lopes e Ernani Lopes”.<sup>686</sup>

Atendendo a um convite do professor Rocha Vaz, Radecki iniciou no dia 10 de setembro de 1926, na Faculdade de Medicina, o seu curso de Psicologia Experimental.<sup>687</sup> O programa desse curso estava dividido em cinco partes: psicologia como ciência natural; métodos de psicologia; vida intelectual (dentre os autores estudados constavam Wilhelm Wundt e Oswald Külpe); vida afetiva e vontade.<sup>688</sup>

No início de 1932, após oito anos de intensa atividade didática, Radecki buscou oficializar o ensino de psicologia no país, em uma primeira tentativa de formação

---

<sup>683</sup> LIGA BRASILEIRA de Higiene Mental. Cursos de psicologia. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano L, n. 259, 1º de novembro de 1925, p. 13.

<sup>684</sup> LOPES, Ernani. Os meios de ação na campanha pela higiene mental, 1925a, p. 157.

<sup>685</sup> LOPES, Ernani. Os meios de ação na campanha pela higiene mental, 1925a, p. 145.

<sup>686</sup> LIGA BRASILEIRA de Higiene Mental. Cursos de psicologia, 1925, p. 13.

<sup>687</sup> O CURSO de Psicologia Experimental na Faculdade de Medicina. *O Jornal*, ano VIII, n. 1.378, 11 de setembro de 1926, p. 2.

<sup>688</sup> UM CURSO de Psicologia Experimental..., 1926, p. 2.



profissional de psicólogos no Brasil. Em 19 de março de 1932, através do decreto n. 21.173, e em meio ao processo de reforma educacional implementada por *Francisco Campos (1931)*, o *Laboratório de Psicologia Experimental* foi convertido em *Instituto de Psicologia*, o qual deveria ficar a cargo da Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública enquanto não fosse estabelecida a Faculdade de Educação, Ciência e Letras. Em 10 de maio de 1932, realizava-se a cerimônia da inauguração do Instituto de Psicologia, na Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro. O Instituto de Psicologia tinha os seguintes objetivos:

coordenar estudos e pesquisas de psicologia aplicada; servir como centro de aplicação das técnicas de diagnose psicológica, para serviços de orientação e seleção profissionais; contribuir para os estudos de aplicação de psicologia à pedagogia, medicina, técnica judiciária e racionalização do trabalho industrial; formar psicólogos profissionais, mediante dados teóricos e práticos.<sup>689</sup>

No dia da inauguração desse instituto, Radecki, em seu discurso, agradeceu ao dr. Moura Costa,<sup>690</sup> que, durante esses oito anos, havia ajudado a manter o laboratório, que era então aproveitado como célula da futura Faculdade de Educação. O psicólogo ainda destacou que, ao desaparecer o primitivo laboratório para dar lugar ao instituto, não havia sido posto um ponto final na obra, mas sim uma vírgula, pois a orientação científica bem como os trabalhos seriam os mesmos.<sup>691</sup> O Instituto de Psicologia possuía cinco seções: psicologia geral (Sala James); psicologia aplicada à medicina (Sala Wundt); de trabalhos de psicologia diferencial (Sala Stern) e orientação profissional; de psicologia aplicada ao direito (Sala Afrânio Peixoto) e de psicologia aplicada à pedagogia (Sala Manoel Bomfim).<sup>692</sup>

Esse instituto, no entanto, funcionou durante apenas sete meses, pois, por meio do decreto n. 21.999, de 24 de outubro de 1932, o mesmo foi extinto e seus respectivos serviços anexados à Assistência a Psicopatas. Quatro meses após a revogação do Instituto de Psicologia e a saída dos Radecki do país, a instituição foi reaberta sob a denominação de Instituto de Psicologia da Assistência a Psicopatas. Segundo Fonseca, com o abrupto fechamento do Instituto de Psicologia “é possível que Radecki tenha ficado ressentido de

---

<sup>689</sup> O INSTITUTO de Psicologia do Engenho de Dentro. A cerimônia de inauguração. *A Noite*, ano XXII, n. 7.348, 11 de maio de 1932, p. 5.

<sup>690</sup> Em 1924, Gilberto de Moura Costa foi o primeiro diretor do Hospital Gaffrée e Guinle, permanecendo nesse cargo até 1938. Ver SANGIARD, 2007: 272.

<sup>691</sup> LEVANTANDO as cortinas da ciência experimental da alma. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXXI, n. 11.477, 12 de maio de 1932, p. 3.

<sup>692</sup> *Idem*.

não conseguir levar adiante seus projetos, o que o teria levado a abandonar o Brasil” (FONSECA, 2018: 8).

Em 19 de março de 1932, com a criação do Instituto de Psicologia, o “setor de psicologia da colônia” buscava se tornar independente da assistência psiquiátrica. Contudo, como vimos acima, em 24 de outubro do mesmo ano, através de um novo decreto, esse instituto acabou sendo extinto e seus respectivos serviços anexados à Assistência a Psicopatas. Sobre essa movimentação, é importante lembrar que Gustavo Riedel chegou ao cargo de diretor geral da Assistência a Psicopatas treze dias antes, no dia 11 de outubro de 1932. Nesse sentido, é possível pensar que Riedel tenha contribuído para a não saída daquele serviço, que era um pilar importante de seu “organismo psiquiátrico moderno” e da própria LBHM.

Por outro lado, eram lançadas acusações contra Radecki. Em 26 de junho de 1932, em uma reportagem publicada no *Correio da Manhã*, Euryalo Cannabrava, Edgard Sanches, Lucilla Tavares, Ubirajara da Rocha, Arauld Bretas e Jayme Grabois afirmavam que a acumulação dos vencimentos de diretor do Instituto de Psicologia e de chefe do Laboratório de Pesquisas da Colônia de Engenho de Dentro por parte de Waclaw Radecki era lícita, sendo permitida pelo art. 5º do decreto 19.949, de 2 de maio de 1931. Os colaboradores de Radecki diziam ainda que não podiam se calar diante das críticas ao diretor do Instituto, “que representa para nós mais do que um simples chefe de serviço, e a quem tributamos a mais sincera estima e profunda gratidão pela nossa formação científica”.<sup>693</sup> Dois dias depois dessa matéria, o mesmo jornal divulgava o relato de Radecki. Além de reiterar a legalidade da acumulação em questão, o psicólogo esclarecia que seus trabalhos na Colônia de Engenho de Dentro foram iniciados em 1924 e oficializados em 1927 e que ele havia se naturalizado brasileiro no ano seguinte, “e não recentemente como foi alegado pelos maldizentes que investiram contra o Instituto”. Por fim, apontava que o orçamento atual do Instituto era de apenas 50 contos de réis, não tendo sido aberto o crédito para o custeio da despesa com pessoal, calculada em 114 contos. Esse valor visava assegurar o funcionamento do estabelecimento nos primeiros meses, enquanto não vem “a renda que foi garantida por lei, resultante do serviço da seleção dos *chauffeurs* amadores etc”.<sup>694</sup>

---

<sup>693</sup> O CASO do Instituto de Psicologia. Assistentes do estabelecimento em defesa de sua organização. *Correio da Manhã*, ano XXXII, n. 11.516, 26 de junho de 1932a, p. 2.

<sup>694</sup> O CASO do Instituto de Psicologia. Uma explicação do professor W. Radecki. *Correio da Manhã*, ano XXXII, n. 11.517, 28 de junho de 1932b, p. 5.

Por último, examinamos a carta escrita em 26 de novembro de 1932 pelo Ministro da Educação e Saúde Pública, Washington Pires, ao Ministro das Relações Exteriores, Afrânio de Melo Franco, sobre os motivos da dispensa do professor Radecki. Em resposta à carta de Melo Franco de 16 de outubro, Pires, sem hesitação e “em referência às nossas relações com a velha e tradicional nação polonesa”, começa sua missiva negando a informação de que a exoneração teria ocorrido por Radecki ser estrangeiro ou não ser doutor em medicina. Segundo o ministro, a razão da dispensa em questão estava na falta de verbas para a manutenção do Instituto de Psicologia:

A manutenção desse instituto ia fazer-se com a renda de que o mesmo produzisse, segundo um plano do professor Radecki. Ocorre, porém, que o Gabinete Médico Legal já vinha fazendo aquilo que o Instituto se propunha fazer para a obtenção da renda. Nessas condições, os meios para a manutenção do Instituto falharam. Não sendo aconselhável incluir em orçamento verba para serviço novo destinado a atender a necessidades atendidas por outro serviço já existente, o governo resolveu não criar tal serviço. Deixando, assim, de existir a repartição, não havia como evitar a dispensa do respectivo diretor.<sup>695</sup>

Poucos meses depois, Radecki deixaria o Brasil para viver no Uruguai. Segundo Centofanti, “de 1933 a 1939, Radecki divide seu tempo e suas atividades, atuando concomitantemente no Uruguai e na Argentina, certamente procurando reconstituir sua ‘escola’” (CENTOFANTI, 2004). Fonseca, por sua vez, observa que Radecki continuou empreendendo em várias frentes até 1945 (FONSECA, 2018: 1-12). Já o Instituto de Psicologia da Assistência a Psicopatas funcionou na colônia por cerca de cinco anos, até fins de 1937, quando foi transformado em instituição de ensino e transferido para a região central do Rio de Janeiro, se tornando o Instituto de Psicologia da Universidade do Brasil.

Em vista da resolução do Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, de autorizar a permanência na Colônia Gustavo Riedel de um dos assistentes do Instituto de Psicologia, com os aparelhos necessários aos exames dessa natureza, o diretor do SAP escrevia em 30 de março de 1938 para o diretor geral do Departamento Nacional de Saúde sugerindo o nome de Arthur Cezar Boisson, médico assistente da 4ª classe, e, quanto aos instrumentos do referido instituto que poderiam ir para a colônia, lembrava a remessa dos que existiam em duplicata.<sup>696</sup>

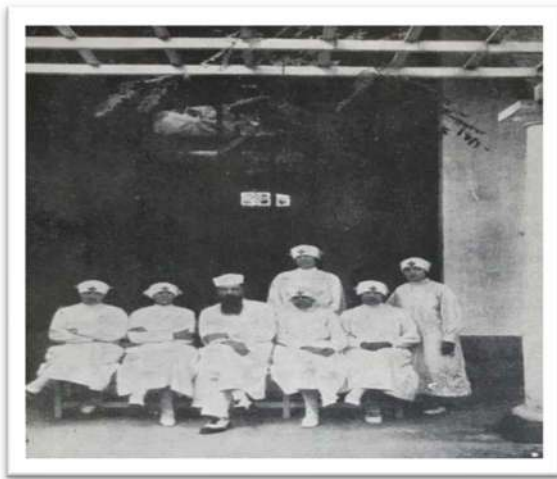
---

<sup>695</sup> PIRES, Washington Ferreira. Carta a Afrânio de Melo Franco explicando os motivos da dispensa do professor Waclaw Radecki, diretor do Instituto de Psicologia. Localização: Biblioteca Nacional, Seção de Manuscritos, 73,05,003 n° 045.

<sup>696</sup> Ofício n. 298, de 30/03/1938, do diretor do SAP para o diretor geral do Departamento Nacional de Saúde, em resposta ao ofício n. 267, de 26/01/1938 desse diretor geral, caixa 1064. Localização: CETAPE, IMAS-NS.

O Laboratório de Psicologia Experimental da Colônia de Engenho de Dentro foi compreendido, assim, como um serviço importante para o atendimento dos consulentes da clínica de moléstias mentais e nervosas do ARC e do ambulatório da Fundação Gaffrée-Guinle. Ele devia dirigir os estudos sobre neurosífilis bem como centralizar a orientação das pacientes para o trabalho na instituição. É possível pensar que Radecki pôde estabelecer aqui a sua “escola” porque soube se equilibrar entre atender à clínica e à pesquisa médicas e o estudo da psicologia experimental. Em suma, ele se dividiu entre as demandas do campo médico em que estava inserido e seus interesses de ensino e, também, pesquisa na psicologia.

Figura XXXIV – Prof. Radecki, Chefe do Serviço de Psicologia e as monitoras de higiene mental



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

### **3.1.5. Serviço Aberto do Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa**

Na Colônia, durante a gestão de Gustavo Riedel, foi inaugurado, em meados de 1923, o primeiro estabelecimento destinado ao tratamento de toxicomania por internação no Brasil, sob o nome de Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa (PPEP). No entanto, pouco mais de um ano após a sua fundação, ele era apresentado, em geral, como um serviço aberto para tratamento de doentes mentais. Esse fato merece reflexões mais detidas que busquem diminuir as ambiguidades e aprofundar o entendimento tanto das dificuldades como das possibilidades de transformação da realidade do serviço aberto da Colônia de Engenho de Dentro.

No entanto, antes de analisar a história do PPEP, se faz necessário considerar os chamados serviços “gratuitos” ou de “portas abertas”. Já vimos, em capítulo anterior, em que âmbito, e com que objetivos, se dá a fundação da LBHM, mas não custa lembrar aqui

que os princípios doutrinários da profilaxia mental chegaram ao Brasil por dois focos considerados fundamentais no nascimento e desenvolvimento do movimento em todo o mundo: de um lado, aquele que, baseado na iniciativa e esforços de Clifford W. Beers, ocorreu nos Estados Unidos no início do século XX, com a criação das primeiras sociedades de higiene mental e, por outro, aquele que foi liderado por Edouard Toulouse na França, dando origem não só à fundação da Liga Francesa de Higiene Mental como também ao início das reformas assistenciais no continente europeu com base nas “portas abertas”.

Nesse ponto, cumpre destacar que a experiência francesa do Hospital Psiquiátrico Henri Rouselle foi a mais citada e defendida pelos médicos brasileiros. De acordo com o pesquisador Hernán Scholten, a criação do Serviço Gratuito de Profilaxia Mental foi a realização mais conhecida da LFHM. Instalado no Asilo Sainte-Anne sob a direção de Toulouse e direcionado aos casos considerados leves ou agudos e cuja internação não era justificada, “esse serviço abriu suas portas em 16 de junho de 1922, tornou-se autônomo do asilo dois anos depois e, em 1926, passou a se chamar Hospital Henri-Rousselle” (SCHOLTEN, 2022: 21). A LFHM, ainda segundo Scholten, procurou generalizar essa experiência para toda a França e até internacionalmente, visando a população como um todo.

Segundo Mirandolino Caldas (1902-1973), médico da Colônia de Engenho de Dentro e secretário geral da LBHM nos anos de 1930, e James Ferraz Alvim (1899-1976), diretor da Policlínica de São Paulo e vice-presidente da Liga Paulista de Higiene Mental, esse hospital era um excelente atestado da eficiência das realizações de Toulouse, que era chamado, por esses e outros médicos da época, de “segundo Pinel francês”.<sup>697</sup> De acordo com Alvim, “um novo período na história da assistência aos psicopatas era o inaugurado por Toulouse quando fez cair as grades dos hospícios e inaugurou os serviços abertos para os doentes mentais”.<sup>698</sup> Alvim referiu ainda que Hospital Henri Rouselle era “resultado direto da propaganda de Toulouse que o organizou e dirige. Compreende: 1. um dispensário; 2. um serviço social; 3. um serviço de visitas domiciliares; 4. um serviço aberto de hospitalização; 5. um serviço aberto de observação; 6. laboratórios”.<sup>699</sup> Ainda segundo esse médico paulista, “a importância prática dos ambulatórios de prevenção das

---

<sup>697</sup> CALDAS, Mirandolino. A Higiene Mental no estrangeiro. *ABHM*, ano 5, n. 2, out.-dez. 1932, p. 154; ALVIM, James Ferraz. Dispensários e serviços abertos para doentes mentais. *ABHM*, ano 7, n. 3, jul.-set. 1934, p. 227.

<sup>698</sup> ALVIM, James Ferraz. Dispensários e serviços abertos para doentes mentais, 1934, p. 227.

<sup>699</sup> *Idem*.

moléstias mentais vai sendo comprovada nos diversos estados do Brasil, porque representam órgãos de defesa social e econômica”, pois, além de diminuir significativamente “o número de doentes internados, pelo tratamento precoce impediendo a eclosão da moléstia”, esses ambulatórios “salvaguardam o erário público com o custeio de futuros indigentes crônicos nos asilos”.<sup>700</sup>

Ernani Lopes, por seu turno, fez uma resenha detalhada sobre o capítulo “Profilaxia mental”,<sup>701</sup> de Toulouse, Genil-Perrin e Targowla (1925).<sup>702</sup> Segundo o médico, os autores destacavam que os serviços para hospitalização livre de psicopatas vinham preencher uma grande lacuna na assistência psiquiátrica, “sobretudo em relação aos indigentes ou pessoas apenas remediadas, incapazes de arcar com os preços proibitivos dos sanatórios confortáveis”.<sup>703</sup> Apontavam ainda que, fora do caso particular de toxicomania (intoxicações de luxo), “as formalidades de entrada são ainda mais simples, consistindo apenas em apresentação de um documento de identidade e de um certificado de domicílio”.<sup>704</sup> Quanto à questão legislativa, os autores entendiam que “as vantagens do sistema derivam sobretudo da facilidade com que o doente é admitido, dispensados como são os requisitos complicados e vexatórios de ordem policial e jurídica inerentes às internações do regime comum”, de tal modo que não ocorre “nenhuma fiscalização judiciária ou administrativa das autoridades que inspecionam os manicômios”, mas “graças ao exame completo que é feito no dispensário e aos informes obtidos pelo Serviço Social, são tomadas todas as precauções para que não seja conservado nenhum doente antissocial”.<sup>705</sup>

A implantação dos novos serviços abertos colocou em pauta nas primeiras décadas do século XX, em vários lugares do mundo, a necessidade de uma reforma da legislação que regulamentasse internações sem muitas restrições legais. Na França, conforme destacou Lopes, “Toulouse e seus distintos colaboradores assinalam as deficiências da lei francesa de 1838 no tocante à proteção da sociedade contra a invasão e a ação dos distúrbios mentais, e declaram que a profilaxia mental pode e, portanto, urge ser científica e metodicamente organizada”.<sup>706</sup>

---

<sup>700</sup> *Idem.*

<sup>701</sup> TOULOUSE, Edouard; GENIL-PERRIN, Georges; TARGOWLA, René. Prophylaxie mentale (Capítulo XI do vol. XXXIII – Médecine sociale). In SERGENT, Émile; RIBADEAU-DUMAS, Louis; BABONNEIX, Leon. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*. Paris, 1925.

<sup>702</sup> LOPES, Ernani. Resenha e análises. *ABHM*, ano I, n. 1, jan.-jun. 1925a, pp. 167-182.

<sup>703</sup> LOPES, Ernani. Resenha e análises, 1925a, p. 171.

<sup>704</sup> LOPES, Ernani. Resenha e análises, 1925a, p. 170.

<sup>705</sup> LOPES, Ernani. Resenha e análises, 1925a, pp. 171, 177.

<sup>706</sup> LOPES, Ernani. Resenha e análises, 1925a, p. 167.

Na Espanha, de acordo com o pesquisador Rafael Huertas, “praticamente todos os psiquiatras da época com vocação reformadora insistem nos impedimentos legais que têm de enfrentar e denunciam a unilateralidade da lei espanhola como um de seus principais defeitos”. Huertas explica que nesse país, na década de 1920, os serviços psiquiátricos ainda estavam sujeitos ao Real Decreto de maio de 1885, que, ao exigir que todos os internamentos psiquiátricos fossem precedidos de processo administrativo, não admitia nem o internamento voluntário, nem a solicitação de uma parte, com a aprovação da pessoa interessada, elementos que vieram a constituir a base dos serviços livres (HUERTAS, 1995: 201).

As propostas reformistas tiveram que esperar a Segunda República espanhola (1931-1939) para serem cogitadas pelo Poder Legislativo. Assim, o primeiro dispensário de higiene mental foi instalado em Madri em 1931 (Decreto de 1931), sendo fundado, no ano seguinte, para complementá-lo, o primeiro Patronato de Assistência Social Psiquiátrica (Ordem de 16 de abril de 1932). Huertas registra que o Decreto de 1931 visava uma “transformação íntegra da legislação vigente”, e representou um avanço bastante importante na apropriação de um novo modelo assistencial “que rompia com a consideração do manicômio como único local de tratamento para deslocar o eixo da atenção da psiquiatria em direção a aspectos profiláticos” (HUERTAS, 1995: 208). Além dessa experiência madrilenha da Segunda República, que logrou substituir o Decreto Real de 1885, que havia regido a assistência psiquiátrica espanhola até 1931, o autor focaliza as principais propostas teóricas e de organização engendradas, nos anos 1920, no núcleo catalão, por iniciativa da Mancomunidade da Catalunha (1914-1924). Ambas as iniciativas de reforma seriam interrompidas por governos autoritários militares, esta última pelo de Primo de Rivera (1870-1930) e a primeira pelo de Francisco Franco (1892-1975), iniciada em 1936. De maneira diferente do que o dispensário de higiene mental, o serviço aberto não chegou a ser uma realidade na Espanha (HUERTAS, 2002: 202).

No caso do Brasil, o domínio sobre a internação escapava ao controle dos psiquiatras para se submeter aos imperativos burocrático-institucionais da polícia. Como veremos nos próximos capítulos, os médicos da assistência psiquiátrica do Distrito Federal, a exemplo de outros lugares, encontravam dificuldades não só para admitir como para dar alta aos pacientes. Outro fator importante a ser considerado é o fato de não existir, na época da criação do PPEP, uma legislação que tratasse da formação dos serviços abertos. O decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927, foi a primeira lei a fazer menção específica aos serviços abertos. Esse decreto foi saudado com grande entusiasmo pelos

psiquiatras brasileiros, pois não apenas aumentou o número de atores aptos a internar enfermos indigentes em instituições psiquiátricas, mas contemplou bastante o modelo de assistência psiquiátrica que já vinha sendo implantado no Distrito Federal desde o início da década de 1920. Em 1911, previa-se a admissão dos enfermos indigentes “mediante requisição do chefe de polícia ou do prefeito do Distrito Federal” (art. 92);<sup>707</sup> em 1927, essa admissão podia ser efetuada “mediante requisição do chefe de Polícia, dos respectivos delegados, do prefeito do Distrito Federal, do diretor geral da Assistência a Psicopatas, dos diretores dos Hospitais, dos diretores das colônias, dos encarregados dos ambulatórios e dos serviços abertos” (art. 143).<sup>708</sup>

Segundo observava o médico Ulysses Vianna (1880-1939), chefe da Seção Pinel (para indigentes homens) do HN, dadas as interpretações liberais do Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, pelo professor Juliano Moreira, até certo ponto vinham existindo há bastante tempo serviços abertos no Rio de Janeiro, “quer no Hospital Nacional, quer na Clínica Psiquiátrica, como também no Ambulatório de Clínica Neurológica, na Fundação Gaffrée e Guinle, e mesmo em sanatórios privados, como a Casa de Saúde Eiras e o Sanatório Botafogo”. O médico também mencionava que o serviço aberto criado por ele ao lado da seção Pinel, recebendo no espaço de um ano cerca de cem doentes, foi mais um passo no sentido dessas realizações. Segundo Vianna, o critério para a internação nesses serviços devia ser norteado “pela ação da curabilidade ou expectativa prognóstica e interesse social e moral do paciente”. Além disso, destacava que a interdição do doente constituía “o término lógico, natural e legal de sua permanência, no referido serviço aberto”.<sup>709</sup>

Plínio Olinto, como já comentamos no capítulo anterior, também tecia comentários a esse respeito ao se referir, no caso, ao regulamento da assistência posterior, baixado com o decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911. Segundo o então chefe do ARC, esse decreto era “bastante liberal quando trata de facilitar os internamentos de urgência”.<sup>710</sup> Assim, com base em seu artigo 99, que permitia que o internamento fosse realizado “mediante requerimento ou petição de urgência e um só atestado médico”,<sup>711</sup> o

---

<sup>707</sup> BRASIL. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911a, p. 1.

<sup>708</sup> BRASIL. Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927a.

<sup>709</sup> COMEMORANDO a fundação do Hospital Nacional. Uma interessante palestra do dr. Ulysses Vianna na Sociedade de Neurologia. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXVII, n. 9.973, 21 de julho de 1927, p. 8; IMPRESSÕES científicas de recente viagem aos centros universitários europeus. *Brazil-Médico*, n. 36, 1927, p. 942.

<sup>710</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922a, p. 123.

<sup>711</sup> BRASIL. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911a, p. 1.



diretor da colônia enviava ofícios ao diretor geral, “acompanhando doentes cujo internamento o alienista-chefe da respectiva clínica julgou necessário e fundamentou a necessidade em *memorandum* enviado ao diretor da Colônia”.<sup>712</sup> Assim, com pouca capacidade de decisão sobre as internações, os médicos buscaram brechas nas leis anteriores a 1927, principalmente na de 1911 que a antecedeu, para viabilizar a admissão de pacientes na assistência psiquiátrica do Distrito Federal, o que lhes permitiu começar a pôr em prática o chamado serviço aberto.

Após apresentarmos algumas questões sobre o serviço aberto, gostaríamos de considerar o papel das primeiras leis antidrogas do país na fundação do PPEP. Como já comentamos no início dessa seção, o PPEP se apresentou, inicialmente, como um serviço destinado, preferencialmente, à internação de mulheres toxicômanas, no caso encaminhadas pela polícia ou que ali comparecessem, por requisição da família ou espontaneamente. Em 26 de janeiro de 1922, Raul Camargo, 2º. Curador de Órfãos, membro da Comissão Inspetora dos Estabelecimentos de Alienados Públicos e Particulares, em seu relatório parcial do ano de 1921 enviado ao ministro da Justiça, dava destaque ao grande pacto que recentemente havia culminado na lei sobre a toxicomania – decretos n. 4.394, de 6 de julho de 1921 e 14.969, de 3 de setembro do mesmo ano –, atendendo, segundo ele, às mais urgentes e imperiosas necessidades de ordem social:

A toxicomania, compreendendo os vícios do álcool, cocaína, heroína, morfina, ópio e seus derivados, vem fazendo estragos consideráveis na nossa sociedade desde as camadas mais baixas, onde se difunde o álcool, até as mais elevadas, onde impera a cocaína.

As fascinações dos “paraísos artificiais” arrastam a mocidade ao vício, à degradação, à miséria física e moral, à loucura enfim.

Se a Lei preencheu essa grande lacuna, o regulamento a completou admiravelmente, estabelecendo princípios como a incapacitação parcial, que constituiu um grande progresso jurídico em harmonia com a ciência psiquiátrica.

(...)

A Lei no art. 6º mandou criar um estabelecimento especial com tratamento médico e regime de trabalho, no Distrito Federal.

E o Regulamento, no art. 9º, deu-lhe a denominação de Sanatório para Toxicômanos – providenciando além disso para que, provisoriamente, os internamentos tivessem lugar nas atuais colônias de alienados. Como sabe V. Exa., essa classe de doentes exige instalações especiais e tratamento adequado, o que não lhes permite a promiscuidade com os alienados em geral.

Urge, pois, dar imediata execução à Lei que é de caráter imperativo e que autorizou desde logo a abertura dos créditos necessários.

Como já tive ocasião de expor verbalmente a V. Exa., em companhia dos ilustres Drs. Juliano Moreira e Gustavo Riedel, os locais

---

<sup>712</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922a, p. 123.

naturalmente indicados para a instalação dos estabelecimentos especiais são as Colônias de Engenho de Dentro e Jacarepaguá, sendo um pavilhão para mulheres na primeira e outro para homens na segunda.

Ainda uma vez a 2ª Curadoria invoca o patrocínio dos poderes públicos para a solução sem demora desse problema.

É preciso que a Lei não se tome apenas decorativa, mas preencha os seus intuitos humanitários.

Da forma porque estão as coisas, o Ministério Público sente-se impossibilitado de dar execução à Lei, pois lhe falta o principal que é o local para o internamento e cura dos intoxicados.<sup>713</sup>

A Comissão Inspetora de Estabelecimento de Alienados, formada por Carlos de Mattos Braga, Malcher de Bacellar e Álvaro S. Pereira, em seu relatório referente ao ano de 1921, apontou que, graças à orientação dada por seu diretor, a colônia preenchia amplamente os fins para os quais havia sido criada; porém, segundo essa comissão, para melhor atender a esses fins “é imprescindível a construção de um pavilhão destinado a internações de caráter urgente e também de toxicômanos, de modo a poderem ser cumpridas as determinações do §5º do art. 9º do Regulamento, a que se refere o decreto n. 4.294, de 6 de julho de 1921”:<sup>714</sup>

§5º Enquanto o Sanatório não tiver prédio próprio, com as necessárias instalações, a internação dos intoxicados, para tratamento médico, far-se-á nas Colônias de Alienados em seções distintas, segundo sua classificação, observadas as disposições regimentais destes estabelecimentos, podendo ser feita também a internação dos voluntários nos estabelecimentos particulares, desde que observem, quanto à “fiscalização”, as leis e regulamentos vigentes.<sup>715</sup>

Em 31 de janeiro de 1922, no relatório da Colônia de Engenho de Dentro de 1921, Gustavo Riedel registrou que o ARC estava promovendo com êxito o seu objetivo essencial, porém, valendo-se do mesmo texto e argumentos que a referida comissão inspetora, afirmava que “para melhor atender aos seus fins, torna-se imprescindível a construção de um pavilhão destinado a internações de caráter urgente e a toxicômanos”:<sup>716</sup>

O processo de criminalização das drogas no Brasil teve início com a aprovação dos decretos n. 4.394, de 6 de julho de 1931, e 14.969, de 3 de setembro do mesmo ano. Estas leis visavam controlar o comércio e os usos ilegais de entorpecentes, ou seja, de substâncias tóxicas não prescritas por médicos. Além disso, o primeiro decreto, em seu

---

<sup>713</sup> Localização: Pasta 4A 34, Arquivo Nacional.

<sup>714</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1922a, p. 77.

<sup>715</sup> BRASIL. Decreto nº 14.969, de 3 de setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos.

<sup>716</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1922a, p. 114.

Art. 3º, condenava a “embriaguez por hábito, de tal modo que por atos inequívocos se torne nocivo ou perigoso a si próprio, a outrem, ou à ordem pública”, com “internação por três meses a um ano em estabelecimento correcional adequado” e, no Art. 6º, versava sobre a criação no Distrito Federal de um estabelecimento especial para internação dos intoxicados por álcool ou entorpecentes, com tratamento médico e regime de trabalho, dividido em duas seções, uma para internandos voluntários e outra para internandos judiciários. Já a lei complementar de 3 de setembro aprovou a criação de “sanatórios para toxicômanos”.

Júlio Cesar Adiala observa que a aprovação do decreto n. 4.394 “acompanhou um movimento proibicionista internacional encabeçado pelos Estados Unidos”, e que “após essa data ocorreu uma mudança significativa no discurso sobre as drogas, que passam a ser representadas como um problema público” (ADIALA, 2011: 165-166). Ainda segundo o autor, essa aprovação mostra também que “a criação da categoria diagnóstica da toxicomania, elaborada no campo da psiquiatria, foi crucial para a afirmação de uma representação patologizante do usuário de drogas, o toxicômano, cujo tratamento passaria pela sua exclusão do convívio social, razão pela qual a lei previa a criação de um sanatório para toxicômanos” (p. 166).

Em 19 de agosto de 1922, Ferreira Chaves, da Diretoria de Contabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, solicitava ao engenheiro-chefe do Escritório de Obras desse ministério providências a fim de ser orçada, com urgência, a construção de um pavilhão destinado a toxicômanos na Colônia de Jacarepaguá ou de Engenho de Dentro, demonstrando que ainda não estava definido de antemão onde deveria ser construído o pavilhão.<sup>717</sup> Em 4 de setembro desse ano, no entanto, Ferreira Chaves autorizava esse engenheiro a despender até trezentos contos de réis (300:000\$000) com a construção de um pavilhão para internação de toxicômanos na Colônia de Engenho de Dentro. Informava ainda que a respectiva despesa deveria correr por conta do crédito aberto em virtude do Decreto n. 15.650, de 30 de agosto findo.<sup>718</sup>

A criação de um serviço destinado a toxicômanos já era uma prioridade em fins de agosto de 1922, quando foi aberto um crédito especial de 300 mil réis para a construção de um pavilhão para a hospitalização de psicopatas agudos na Colônia de Engenho de Dentro.<sup>719</sup> Segundo uma reportagem do *Correio da Manhã* de 1º de maio de 1923, em

---

<sup>717</sup> Ofício n. 2754c, da Diretoria de Contabilidade. Localização: Arquivo Nacional, 8M 29, fichário 1.

<sup>718</sup> Ofício n. 3030c, da Diretoria de Contabilidade. Localização: Arquivo Nacional, 8M 29, fichário 1.

<sup>719</sup> DESPACHO coletivo. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano LX, n. 1.378, 31 de agosto de 1922, p. 3.

breve seria inaugurado um pavilhão de toxicômanas na colônia. A reportagem destacava ainda que o plano desse estabelecimento, desenvolvido a partir dos mais adiantados métodos científicos, conforme orientação de Gustavo Riedel, seria exposto em maquete na próxima Exposição de Higiene de Estrasburgo. “E por ele termos o primeiro instituto onde a calamidade da toxicomania entre nós encontrará o necessário ambiente regenerador”:<sup>720</sup>

A legislação contra essa praga social, ultimamente feita, já estabelecia a sanção penal para o vício terrível. Faltava-nos, porém, o meio propício, no qual as providências repressivas se exercessem ressarcindo à atividade útil da vida os valores humanos desviados. Quanto às mulheres colhidas pelo flagelo, vão ter o melhor dos recolhimentos, para o êxito da profilaxia especial, encarecida nesses casos.<sup>721</sup>

Assim, as leis antidrogas de 1921 serviram como um impulso para o aceleração da construção do referido pavilhão, o qual, logo após os trâmites para sua implementação, foi apreendido como um serviço aberto. Com essa afirmação não queremos dizer que não existia o desejo de constituir, naquele momento, um espaço de tratamento para toxicomania na Colônia de Engenho de Dentro, mas sim que, pelos discursos e práticas dos médicos da colônia, é possível pensar que o PPEP fosse desde o princípio compreendido por esses profissionais como algo mais amplo do que um estabelecimento para toxicômanas. Sobre essas questões, cabe sublinhar que o tratamento da toxicomania fazia parte do escopo dos chamados serviços abertos ou gratuitos e que, no caso do estabelecimento em análise, dos seus 24 leitos, oito eram destinados a toxicômanas, tratadas em isolamento.

Por outro lado, há uma evidente questão de classe social que vai de encontro ao perfil da população atendida na Colônia de Engenho de Dentro. Assim, como observa Júlio Cesar Adiala, “os toxicômanos eram sujeitos quase sempre advindos das classes aburguesadas e abastadas que viviam na cidade do Rio de Janeiro (...)” (ADIALA, 2011: 164). De acordo com o autor, “enquanto as discussões sobre o alcoolismo apontavam na direção do controle das camadas mais baixas da sociedade, as classes perigosas, a discussão da psiquiatria sobre as drogas e os vícios elegantes apontaria para a própria elite do país, trazendo à tona as contradições de uma civilização ameaçada” (p. 166). Adiala

---

<sup>720</sup> TÓPICOS & NOTÍCIAS. Vai inaugurar-se em breve o pavilhão de toxicômanas. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXII, n. 8.818, 1º de maio de 1923b, p. 4.

<sup>721</sup> *Idem*.

ressalta ainda que “o mais dramático de tudo é que essa ameaça à civilização era disseminada pela própria medicina, que se propunha a defendê-la” (p. 166).

Quase três anos após a criação do PPEP, em 18 de abril de 1925, numa conferência pronunciada na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Ernani Lopes tratou do serviço aberto do pavilhão. O secretário geral da LBHM sublinhou o papel do Consultório Central de Doenças Nervosas e Mentais do ARC na identificação de mulheres nervosas ou psicopatas incipientes que deveriam ser hospitalizadas no referido pavilhão, com o mínimo de formalidades – o que significava apresentar, além de documentos de identidade e residência, um atestado de pobreza – ou tratadas em sua própria casa, sob a vigilância do “Serviço Social”:

Logo que é reconhecida a perturbação do sistema nervoso, é o doente encaminhado ao Consultório Central de Doenças Nervosas e Mentais, onde o psiquiatra-chefe e seus assistentes o examinam e, segundo as condições de cada caso, decidem, ou a “hospitalização livre”, isto é, sem o caráter de internação, ou que o doente fique sendo tratado em sua própria casa, sob a vigilância do “Serviço Social”.

No primeiro caso, o doente, aliás, a doente, porque não há ainda no Instituto senão instalações para psicopatas do sexo feminino, a doente é hospitalizada, com um mínimo de formalidades — atestados de pobreza, de identidade e de residência —, estes mesmos dispensáveis quando os casos urgem, encarregando-se o “Serviço Social” de os conseguir mais tarde.

A hospitalização das psicopatas é feita no belo Pavilhão Presidente Epitácio, inaugurado o ano passado, e que se acha atualmente sob a competente direção do Dr. Plínio Olinto.

Além de duas enfermarias para seis doentes cada uma, dispõe o Pavilhão de quartos com todo o conforto para doentes isoláveis, de um refeitório de agradável aspecto, dizendo para um jardim interno, central, sob a farta iluminação coada através de amplo teto envidraçado. O Pavilhão, situado numa eminência de terreno, é circulado por uma espaçosa varanda, onde as doentes podem passear ou descansar tranquilamente, em contato com a paisagem sedativa que dali descortinam.<sup>722</sup>

Figura XXXV – Seção de profilaxia mental – Pavilhão Presidente Epitácio – A primeira clínica aberta para psicopatas, inaugurada no Brasil

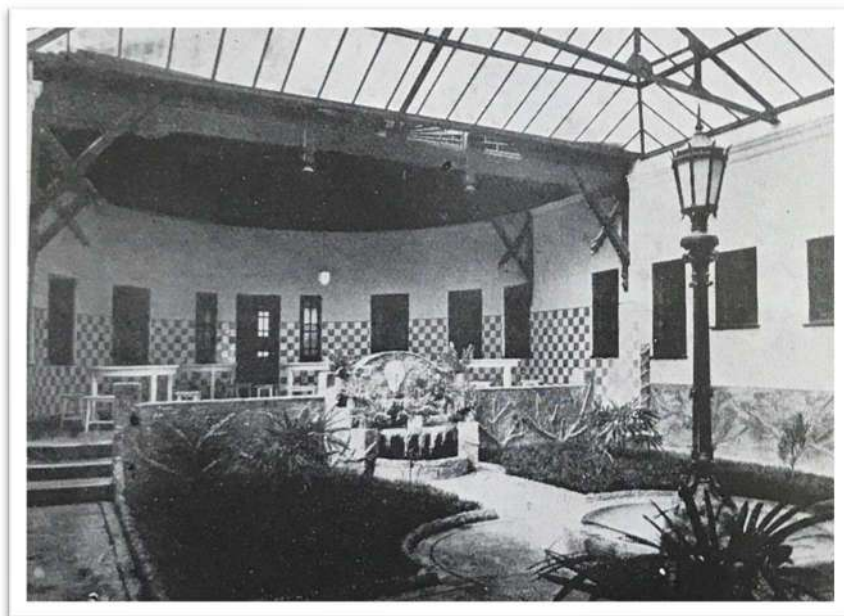
---

<sup>722</sup> LOPES, Ernani. Os meios de ação na campanha pela higiene mental, 1925a, pp. 156-157.



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

Figura XXXVI – Pavilhão Presidente Epitácio – Jardim interno e refeitório



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

No primeiro número dos *ABHM*, em 1925, Plínio Olinto divulgou que o PPEP era destinado à “hospitalização imediata (não internamento) dos psicopatas que não possam continuar sem tratamento em domicílio”.<sup>723</sup> Em 20 de janeiro desse ano, no relatório da Colônia de Engenho de Dentro de 1924, Olinto, na qualidade de diretor interino da

---

<sup>723</sup> OLINTO, Plínio. Ensaio de profilaxia mental no Rio de Janeiro, 1925.

instituição, salientou que, nesse serviço, haviam sido dadas cerca de mil e seiscentas consultas e realizadas mais cem visitas pelas monitoras de higiene mental. Segundo o médico, o serviço aberto, “ainda pouco conhecido da população, está destinado a prestar os mais valiosos serviços na hospitalização de intoxicados, nervosos e leves mentais, para quem o isolamento, por si só, já é o tratamento, senão a cura definitiva”.<sup>724</sup> Em 11 de novembro de 1933, no espaço desse pavilhão, foi inaugurado o retrato do médico Plínio Olinto, em homenagem aos longos anos em que o mesmo chefiou o referido serviço.<sup>725</sup>

Se a criação do PPEP não pode ser compreendida sem se levar em conta as leis antidrogas de 1921, também não é possível pensá-la fora das transformações causadas pela criação do ARC na colônia. O serviço aberto aprofundou a medicalização dessa instituição psiquiátrica, iniciada com o dispensário. Em termos de número de funcionários, sabe-se que a folha de pagamento do pessoal do ARC no mês de novembro de 1920, na importância de cinco contos e cinquenta mil réis (R\$ 621.154), era composta por dezoito funcionários, sendo onze médicos,<sup>726</sup> quatro enfermeiras e um funcionário de farmácia, de conservação técnica e servente (**Ver anexo VII**).<sup>727</sup> Já em 1928, o ARC e o PPEP juntos possuíam 38 funcionários, dentre eles seis monitoras de higiene mental. Quanto à folha de pagamento, ela atingia o valor de 169:620\$000 (R\$ 20.863.260) (**Ver anexo VIII**).<sup>728</sup>

Sobre o serviço aberto, eram comuns os discursos médicos argumentando que, com ele, se nivelariam os psicopatas agudos aos doentes comuns, apagando, por conseguinte, os estigmas associados, de maneira que a hospitalização (internação breve) podia ser necessária no decorrer do tratamento de qualquer doença mental ou física. Em meados de 1934, num discurso pronunciado na sessão solene realizada no anfiteatro da EPEAP em homenagem a Gustavo Riedel, o psiquiatra Gustavo de Rezende, abordando a ação do antigo diretor da Colônia de Engenho de Dentro, explicou que “como complemento do Ambulatório Rivadavia Corrêa, o Dr. Riedel conseguiu do presidente Epitácio Pessoa a verba para a construção de um pavilhão em que deviam ser hospitalizados os psicopatas agudos”:

---

<sup>724</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1926, p. 133.

<sup>725</sup> COLÔNIA de Psicopatas no Engenho de Dentro. *Correio da Manhã*, ano XXXIII, n. 11.955, 10 de novembro de 1933, p. 5; HOMENAGENS, 1933, p. 5.

<sup>726</sup> Henrique Duque, Ramiro Magalhães, Accácio de Araújo, Adolpho Possolo, Luiz de Marcos, Zopyro Goulart, Castilho Marcondes, Alfredo Neves, Gustavo Rezende, Paulo Schirch e Benigno Sicupira Filho.

<sup>727</sup> Ofício n. 880. Localização: 1B 114, Arquivo Nacional.

<sup>728</sup> Secretário de Estado da Justiça e Negócios Interiores, Diretoria de Contabilidade, 1ª Seção. Assistência a Psicopatas – Demonstração do débito de diversos Estados e Ministérios, 1928. Localização: 4G1, Arquivo Nacional.

Era a criação do serviço aberto, era a visão larga do futuro dos psicopatas, preparando a nivelção das psicopatias com as outras doenças, apagando assim do *curriculum vital* do psicopata a mancha indelével da papeleta.<sup>729</sup>

Gustavo Riedel concebia este serviço como “serviço de observação e como serviço de tratamento”, destinado “à cura livre dos psicopatas, os quais segundo as suas manifestações clínicas ou afinidades psicológicas são admitidos em regime comum ou isolados em apartamentos no Pavilhão Presidente Epitácio”.<sup>730</sup> As pacientes do serviço aberto desse pavilhão podiam ser transferidas pelo diretor da colônia para o regime fechado da instituição ou ainda para o HN. Segundo Riedel, não era possível, como dizia Claude [Henri Claude], catedrático da Faculdade de Paris, “especificar a natureza de cada caso que necessita de clínica aberta”:

A orientação prática é aquela que aconselha receber todo o psicopata que se apresenta enviado pelo dispensário com o mínimo de formalidades administrativas e mantê-lo hospitalizado durante o prazo conveniente à sua observação e tratamento.

A clínica aberta recebe, pois, todos os psicopatas que não ofereçam reações perigosas, todos os doentes mentais para os quais o internamento não se imponha de maneira urgente ou imediata. Verificado este caso ou justificada a insuficiência dos meios de vigilância de que dispõe o serviço aberto, o psicopata com guia assinada pelo psiquiatra é transferido pelo diretor do estabelecimento para o serviço fechado ou enviado à internação no hospital. Entre aqueles, porém, se enquadram todos os pequenos mentais, os toxicômanos, os estados ciclotímicos, neurastênicos, os interpretadores cenestésicos, os histéricos, os casos de confusão mental toxi-infectuosa etc. etc., que têm no regime adotado em nosso serviço de profilaxia mental melhor garantia terapêutica que num meio de incuráveis do manicômio a portas fechadas.<sup>731</sup>

O serviço aberto inaugurava, portanto, uma nova forma de ingresso na colônia que prescindia da passagem pelo HN. A prerrogativa de internar diretamente na colônia e, sobretudo, de encaminhar pacientes de ambos os sexos para o próprio hospício alterou a dinâmica hospital urbano-colônia que embasava a assistência psiquiátrica desde o final do século XIX. Como vimos no primeiro capítulo, o motivo primordial da existência da colônia era o hospício enquanto instituição moderna e terapêutica. Porém, os serviços médicos anexos criados por Gustavo Riedel alteravam essa lógica, sobretudo pelo fato de não terem a função de desafogar o hospício. Pelo contrário, tanto o ARC como o PPEP encaminhavam pacientes para o estabelecimento da Praia Vermelha.

---

<sup>729</sup> REZENDE, Gustavo de. Homenagens à memória de Gustavo Riedel, 1934, p. 134.

<sup>730</sup> RIEDEL, Gustavo. O organismo psiquiátrico moderno, 1928, p. 22.

<sup>731</sup> RIEDEL, Gustavo. O organismo psiquiátrico moderno, 1928, pp. 22, 29.



Em 1929, no artigo “As colônias de alienados: retrospecto e visão futura da Colônia do Engenho de Dentro”, o administrador da colônia, Álvaro Cardoso, revelou que o serviço aberto possuía “duas amplas enfermarias contando cada uma oito leitos, além de quatro quartos isolados, com dois leitos cada um, destinados à internação e tratamento de toxicômanas. Possui ainda esse pavilhão refeitório próprio e um belo jardim interno para recreio e descanso das doentes”.<sup>732</sup> Cardoso discorria ainda sobre a história da criação dos serviços abertos nos Estados Unidos e na Europa, sendo possível notar seu esforço em apresentar o PPEP como equivalente aos serviços abertos disponíveis nesses outros lugares, incluindo, assim, o Brasil no rol das nações modernas. Afirmou que considerava esse pavilhão

a mais completa instalação de serviços dessa natureza existente no país (...), não obstante as clínicas abertas datarem de pouco tempo; pois, na América do Norte, foram organizadas em 1908, graças à atividade de Clifford W. Beers, que teve como um dos seus melhores auxiliares nessa tarefa, Adolf Meyer. Na Alemanha Kolb teve o mérito de propor as clínicas abertas em 1908 e em 1913 foi fundada por iniciativa de Bleuler a Policlínica de Zurich. Finalmente, “em França, o primeiro dispensário de psiquiatria não havia ainda sido criado em junho de 1921”, segundo nos conta René Cony em seu trabalho *Le role de la prophylaxie mentale*; só mais tarde, em 1922, é que Toulouse e Genil-Perrin fundaram, anexo ao “Asilo Sant’Anna”, um dispensário e serviço aberto, considerados modelares.<sup>733</sup>

Figura XXXVII – Pavilhão Presidente Epitácio – Enfermaria

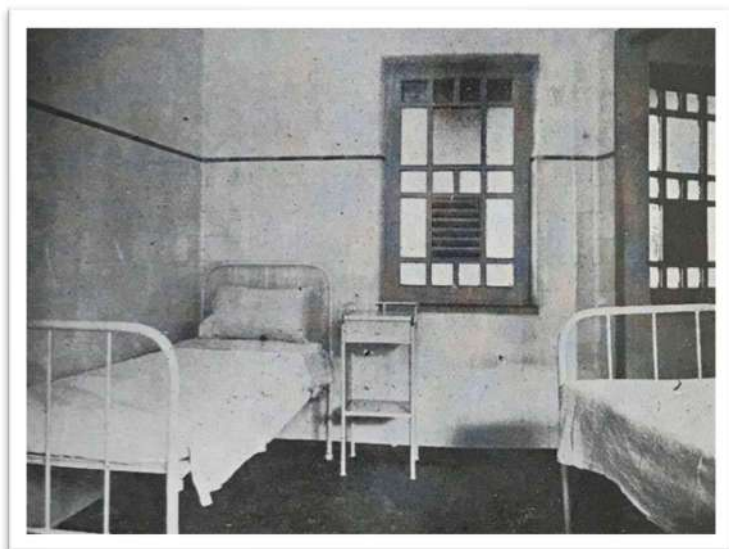


Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

Figura XXXVIII – Pavilhão Presidente Epitácio – Quarto de isolamento

<sup>732</sup> CARDOSO, Álvaro. *As colônias de alienados*, 1929, p. 51.

<sup>733</sup> CARDOSO, Álvaro. *As colônias de alienados*, 1929, pp. 50-51.



Fonte: RIEDEL, Gustavo. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*, 1924.

Ainda segundo Álvaro Cardoso, o lema de Gustavo Riedel era de que o momento atual não permitia que um serviço de alienados permanecesse com o seu objetivo limitado a ser um depósito de doentes crônicos. Nesse sentido, destacava que, no início de 1919, o número de doentes então internadas na Colônia de Engenho de Dentro alcançava apenas 389, “número esse que hoje [1929] ascende a 500, não se computando nesse número os doentes do ‘Ambulatório Rivadavia Corrêa’ e dos serviços abertos do Pavilhão ‘Presidente Epitácio’”.<sup>734</sup>

Esse discurso enaltecendo o aumento da lotação da colônia presumivelmente estava em desacordo com as ideias propaladas pela higiene mental. Nesse ponto, podemos perceber duas questões cruciais: a primeira era que os higienistas defendiam que, naquele momento, a instituição psiquiátrica não podia ser mais *apenas* um depósito de crônicos. Esse maior número de pacientes seria comemorado, no caso, como indicador do sucesso das medidas preventivas, facilitadoras da internação de pacientes. Por outro lado, não podemos perder de vista que a criação de serviços anexos baseados na lógica da higiene mental ocorria não em um hospital urbano, mas em uma colônia agrícola. Enquanto o modelo colonial vinha responder ao problema de superlotação do HN, abrigando loucos incuráveis ou curáveis a longo prazo, a higiene mental servia de base para um novo modelo de assistência psiquiátrica em que o manicômio medicalizado não fosse a única estratégia de atenção aos doentes mentais, visando, nesse sentido, a criação de novos

---

<sup>734</sup> CARDOSO, Álvaro. *As colônias de alienados*, 1929, p. 49.

organismos com o objetivo de realizar a profilaxia mental, tais como dispensários psiquiátricos e serviços abertos.

Voltando ao tema da toxicomania, é possível observar que o mesmo ocupou o noticiário, de modo expressivo, em fins da década de 1920. Em outubro de 1927, a imprensa noticiava com entusiasmo o trabalho do delegado Augusto Mendes, à frente da então 3ª Delegacia Auxiliar da Capital Federal, no combate ao comércio e consumo clandestinos de tóxicos e ao uso imoderado do álcool, apresentando detalhes da sua implementação. Segundo uma reportagem do *Correio da Manhã*, o renomado delegado, entre agosto e setembro de 1927, encaminhou dezoito homens e dezesseis mulheres para estabelecimentos específicos para tratamento da toxicomania; das dezesseis mulheres detidas, quinze foram recolhidas na Colônia de Engenho de Dentro.<sup>735</sup> Estes indivíduos eram discriminados ainda pelo tipo de vício: cocaína (dezesseis), álcool (seis), morfina (seis), ópio, éter (cinco) e heroína (um). A maior parte das mulheres recolhidas neste período foi de cocainômanas.<sup>736</sup>

Uma reportagem do jornal *A Noite* de 24 de outubro de 1928 apontou que o delegado Augusto Mendes prendeu nesse dia Mário Gouveia, um empregado da Farmácia Marechal Floriano que era fornecedor de tóxico. Esse homem havia fornecido cocaína para as amigas Cecília Santos e Carmen Montenegro, que já haviam estado internadas na Colônia de Engenho de Dentro. Segundo esse jornal, Cecília faleceu, naquela ocasião, em decorrência do uso de cocaína e Carmen Montenegro foi novamente internada na colônia, “onde deverá passar alguns dias, a fim de ver se se corrige definitivamente”.<sup>737</sup>

Em 11 de janeiro de 1932, foi aprovada, através do decreto n. 20.930, uma nova legislação de drogas no Brasil. Segundo Maria Lourdes Silva, este decreto “correspondia à aprovação do anteprojeto dos chefes de polícia da década de 1920, contemplando as mudanças requeridas por eles” (SILVA, 2010). Assim, eram abrangidas nos artigos 44 e 45, respectivamente, as questões da notificação e da internação compulsórias:

Art. 44. A toxicomania ou a intoxicação habitual por substâncias entorpecentes é considerada doença de *notificação compulsória*, feita com caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 45. Os toxicômanos e os intoxicados habituais por entorpecentes e pelas bebidas alcoólicas ou, em geral, inebriantes, são passíveis de *internação obrigatória ou facultativa* por tempo determinado ou não.<sup>738</sup>

---

<sup>735</sup> GUERRA aos vendedores da morte. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXVII, n. 10.041, 8 de outubro de 1927, p. 7.

<sup>736</sup> A CAMPANHA contra o uso de entorpecentes. *O Jornal*, ano IX, n. 2.713, 8 de outubro de 1927, p. 12.

<sup>737</sup> VÍTIMA do vício maldito. A morte de uma cocainômana no Hospital de Pronto Socorro. A polícia descobre o vendedor do tóxico. *A Noite*, ano XVIII, n. 6.083, 24 de outubro de 1928, p. 3.

<sup>738</sup> BRASIL. Decreto n. 20.930, de 20 de janeiro de 1932, p. 1.

Para Adiala, a aprovação dessa legislação mais rigorosa “seria a demonstração, não só de reconhecimento da dimensão do problema das drogas, mas, também, do estatuto científico e profissional da psiquiatria pelas autoridades médicas e governamentais” (ADIALA, 2011: 167). Vale destacar que dentre as pessoas convidadas pelos chefes de polícia para tomarem parte nos trabalhos da comissão organizadora do anteprojeto da Lei de Prevenção e Repressão Penal estavam, por exemplo, Plínio Olinto, diretor do Pavilhão de Toxicômanas da Colônia de Engenho de Dentro, Rodrigues Caldas, diretor da Colônia de Jacarepaguá e Heitor Carrilho, do Manicômio Judiciário.<sup>739</sup>

Vamos analisar agora uma série de quatro reportagens publicadas pelo jornal *A Manhã*, que traziam informações de pacientes que lançaram mão da escrita de si na colônia, embora o foco inicial das reportagens fosse o caso de uma paciente de 17 anos que havia engravidado após ser estuprada, em setembro de 1926, supostamente por um pedreiro da Colônia de Engenho de Dentro. As duas primeiras reportagens, com o título “Inqualificável! Um empregado da ‘Colônia de Mulheres Alienadas’ abusa de uma demente”, enfocavam o “abuso de confiança inominável, praticado por um empregado da Colônia”, “hospital onde estão reclusas centenas de mulheres dementes, infelizes que perderam o uso da razão”. Enfatizava-se ainda que o caso era tratado debaixo de grande segredo pelo delegado do 20º. distrito, que havia sido oficiado pelo diretor da colônia.<sup>740</sup>

A reportagem do dia 7 trazia o nome da vítima.<sup>741</sup> Tratava-se de uma jovem branca, de 17 anos, solteira, doméstica, internada no hospício pelo Juízo de Menores em agosto de 1925 e enviada em janeiro do ano seguinte para a colônia. Recebeu o diagnóstico de estado atípico de degeneração, trabalhou na limpeza, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico desfavorável. A paciente foi removida para o hospício um dia depois da primeira reportagem, sob a justificativa do Dr. Farani de que ela estava em estado de gravidez. Essa transferência ainda foi rubricada por Plínio Olinto. Ela permaneceu na colônia quase nove meses, na assistência contava pouco mais de um ano.

A reportagem do dia 9 esclarecia que, devido aos subterfúgios do delegado que cuidava do caso, resolveu-se buscar “o fio desta meada” dentro da própria colônia, longe

---

<sup>739</sup> BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores Dr. Augusto de Vianna do Castello em 1927*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1929, pp. 120-126.

<sup>740</sup> INQUALIFICÁVEL! Um empregado da ‘Colônia de Mulheres Alienadas’ abusa de uma demente. *A Manhã*, ano II, n. 241, 7 de outubro de 1926a, p. 7; INQUALIFICÁVEL! Um empregado da ‘Colônia de Mulheres Alienadas’ abusa de uma demente. *A Manhã*, ano II, n. 242, 7 de outubro de 1926b, p. 7.

<sup>741</sup> N. 1.933, Livro 16 de observação.

das “fontes oficiais”, e anunciava uma reviravolta no caso. Sob o título “O grosso do exército, disse o Dr. Juliano Moreira, está aqui fora... Os escândalos inomináveis passados ‘intramuros’ na Colônia das Mulheres Alienadas do Engenho de Dentro. Menores dementes defloradas e prostituídas”, a matéria defendia que o pedreiro Abel dos Anjos,<sup>742</sup> acusado de deflorar a referida paciente, teria sido, na verdade, vítima de uma vingança perpetrada por “Cains sanhudos” de sua ascensão profissional e reprovava a má administração do PPEP por parte das monitoras de higiene mental, apresentando uma resenha de fatos ocorridos nesse pavilhão.<sup>743</sup>

O suposto abusador era agora chamado de “vítima de Cains”. A reportagem denunciava que a colônia teria fabricado um criminoso, a partir de um inquérito mal-conduzido, já que não conseguia encontrar o verdadeiro culpado. Dessa forma, Abel dos Anjos, supostamente um funcionário honesto e de invulgar capacidade, acabou por ser suspenso, temporariamente, de suas atividades, mas, ao retornar ao seu trabalho, descobriu que havia sido rebaixado de capataz (encarregado geral das obras da colônia) para operário novamente. “Já não mais chefia coisa alguma. É, como dantes, um simples operário. Despido das funções de dirigente, um dirigente hábil e honesto.” A paciente, por sua vez, era então apresentada como uma jovem manipulável, que teria sido “industriada por alguém” para apontar o pedreiro como o autor do crime; sua confissão perdia força diante da necessidade de defender o futuro promissor de Abel. Por último, a reportagem tratava do PPEP, sublinhando que ele estava em consonância com seu nome, afinal reinaria aí a desordem e a imoralidade.<sup>744</sup>

Na Colônia de Mulheres, há um pavilhão chamado “Epitácio Pessoa”, que não desmente o nome. É reino de anarquia. Ali não há vigilância. Porque quem manda naquele recinto são as protegidas da escola de enfermeiras, que exercem as funções de “monitoras”. O pavilhão epitacial a elas entregues não sai da bagunça a que o elevaram. E, segundo apuramos, as enfermeiras que o dirigem não têm a idoneidade moral necessária para arcar com tanta responsabilidade.<sup>745</sup>

---

<sup>742</sup> Abel dos Anjos Ferreira foi admitido na colônia em 01/09/1921 para o cargo de pedreiro, sob o n. de matrícula 453. Consta ainda no livro de assentamento que o funcionário foi sorteado para o serviço do exército em 15/10/1923, voltando ao serviço em 01/02/1925. Pouco mais de um ano e meio depois, em 06/09/1926, foi suspenso sem vencimento até nova resolução desta diretoria. Em 13/09/1926, ele teria sido, de fato, demitido.

<sup>743</sup> O GROSSO do exército, disse o dr. Juliano Moreira, está aqui fora... *A Manhã*, Rio de Janeiro, ano II, n. 244, 9 de outubro de 1926, p. 1.

<sup>744</sup> *Idem.*

<sup>745</sup> *Idem.*

Assim, esse pavilhão – destinado, segundo informava a reportagem, unicamente a menores do sexo feminino – era retratado como um espaço caótico gerido pelas monitoras de higiene mental, aqui denominadas de protegidas da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. Por fim, a reportagem apresentava uma resenha de fatos alarmantes ocorridos no serviço aberto, sublinhando que eles não haviam sido levados à polícia.

Em primeiro lugar, o caso de estupro não foi levado à polícia, e depois a vítima foi apresentada como uma jovem manipulável. Esses fatos nos dão uma noção de como as mulheres asiladas tinham dificuldades para denunciar atos de violência. Sobre isso, é válida a concepção de Jonathan Ablard sobre o vácuo jurídico-administrativo de instituições psiquiátricas. Segundo Ablard, “devido à ausência de supervisão independente, os hospitais podiam tomar decisões sobre o que o mundo exterior sabia sobre o funcionamento interno da instituição”, do mesmo modo que, em casos de violência, “os administradores muitas vezes tinham a liberdade para contatar ou não autoridades externas” (ABLARD, 2008: 102-103).

A referida resenha, além de mencionar os casos específicos de cinco pacientes e mais duas fugitivas, apontava o defloramento de uma enfermeira por parte de um médico, o que seria fato conhecido por todos na instituição. Vale perceber que as menores Anna, Olga e, possivelmente, Sebastiana, de que tratava a reportagem, foram pacientes que escreveram cartas para o médico Plínio Olinto:

#### **BENEDICTA**

Há algum tempo foi encontrada a menor Benedicta, interna da Colônia, em companhia de um marinheiro nacional, na face que dá para a rua Dr. Leal. O marinheiro, quando descobriram o namoro, já a havia deflorado.

#### **SEBASTIANA**

Foi mandada recolher ao Hospital Nacional de Alienados, de onde foi removida para aquela Colônia, a menor Sebastiana de tal. Sebastiana, quando ali chegou, chegou virgem ainda. Hoje se acha em adiantado estado de gravidez. Ela, porém, nega-se a confessar o autor do crime.

#### **ANNA**

Anna, também menor, ultimamente fugira para Ramos, seduzida por uma das enfermeiras que a guardavam! Somente dois dias depois é que a foram buscar. Não demorou muito, deram-lhe alta. Sabemos, de fonte limpa, que Anna está hoje prostituída.

#### **INOCÊNCIA**

Não faz muito Inocência de tal foi dada alta, por se verificar que estava grávida de seis meses. O autor do ignóbil atentado, sabe-se, foi o próprio namorado que durante noites e noites rondou o Pavilhão.

#### **DUAS FUGITIVAS**

Não data de muito, a fuga de duas menores, uma das quais se chamava Isaura. Essas meninas, vindas para o centro da cidade, foram encontradas em um quarto de “rendez-vous”, à rua S. Pedro n. 214.

#### **OLGA**

No dia 1º deste mês, entre 4 e 5 horas, foi encontrada a menor Olga em companhia de um sujeito estranho ao estabelecimento, dentro mesmo dos muros da Colônia! Olga foi conduzida pelo seu algoz para um mato próximo, onde foi sacrificada. O caso rebentou como uma bomba. O sujeito não foi mais visto. A Olga, impuseram silêncio.

– “Se falar, disseram-lhe, leva uma injeção na língua”.

#### **FECHO DE OURO**

Ninguém ignora na Colônia de Alienadas, no Engenho de Dentro, o defloramento praticado em uma menor enfermeira por um médico dali. Estes e outros casos ainda não foram levados ao conhecimento da polícia.

Por que?

Respondam os hierofantes...<sup>746</sup>

Por fim, a última reportagem, intitulada “Os escândalos passados na Colônia do Engenho de Dentro”, divulgava uma carta enviada para o diretor do jornal em questão, no dia 8 de outubro de 1926, pelo administrador do HN, Mattoso Maia. Nesta carta, Maia comunicava que, por ordem do diretor geral da Assistência a Alienados, naquela data fora requisitada da Comissão Inspectora dos Estabelecimentos Públicos e Particulares de Alienados a abertura de um rigoroso inquérito. Além disso, essa matéria se referia a uma visita feita ao jornal pelo Dr. Álvaro Cardoso, administrador da Colônia de Engenho de Dentro, na qual ele reafirmava o interesse do diretor dessa colônia em esclarecer os fatos.<sup>747</sup> Aparentemente, o jornal *A Manhã* foi “bajulado” por Mattoso Maia e Álvaro Cardoso para encerrar essa série de reportagens. Também foi notável a influência da imprensa na provável absolvição de Abel.

Seis dias depois dessa reportagem de *A Manhã* fechando o caso, o jornal *O Brasil* publicava uma matéria sobre o PPEP, informando sobre o recolhimento, nesse espaço, por ordem do Juiz de Menores, das “menores prostitutas apanhadas nas ruas da cidade pela polícia e cujo estado de saúde exija tratamento em dependência isolada, fora da ‘Casa Mello Mattos’”. A reportagem ainda destacava que esse pavilhão não era o melhor local onde deviam ser recolhidas essas menores, mas que, presentemente, não havia outra opção:

Em geral essas menores são de maus costumes, usam de indecente vocabulário, têm gestos que fazem corar a um frade de pedra e, assim sendo, não seria acertado pô-las em contato com as que estão na “Casa

---

<sup>746</sup> *Idem.*

<sup>747</sup> OS ESCÂNDALOS passados na Colônia do Engenho de Dentro. *A Manhã*, ano II, n. 245, 10 de outubro de 1926, p. 1.

Mello Mattos”, onde, ao que dizem, há um certo rigor na admissão ao recolhimento.

O que é preciso é que às recolhidas ao Pavilhão Eptácio Pessoa, inteiramente separado do restante da Colônia, se dê o melhor tratamento possível, exercendo-se a maior vigilância sobre o pessoal que lidar com elas.<sup>748</sup>

Assim, o PPEP, mesmo considerado, naquele momento, como inadequado, chegou a receber prostitutas para tratamento, devido à necessidade de separar essas mulheres tidas como imorais do restante das alienadas.<sup>749</sup> Nesse espaço, o tratamento da toxicomania teria se amalgamado com a condenação moral e a medicalização da prostituição. Como Thamires Regina Moreira observou em seu trabalho de mestrado sobre a emergência dos tóxicos como um problema social no início do século XX, havia uma ligação no Rio de Janeiro, durante a Primeira República, entre as “casas da tolerância” e o uso de tóxicos, uma vez que muitos homens se valiam desses espaços para usar as chamadas substâncias venenosas (MOREIRA, 2015: 52). Os livros de matrícula e de observação médica analisados corroboram a informação de que o PPEP foi utilizado para a internação de jovens transferidas do hospício que tinham como instituição internante o Juizado de Menores.

O PPEP funcionaria, com interrupções, até os fins dos anos 1930; sabe-se, por meio de uma reportagem do jornal *A Batalha*, de 12 de julho de 1933, que o mesmo foi reaberto naquele mês, no aniversário de 22 anos da colônia. Na ocasião, o então diretor da colônia, Ernani Lopes, ressaltou “as vantagens que tal serviço proporcionava aos enfermos mentais que ali se recolhiam sem as formalidades exigidas para o internamento na Colônia”.<sup>750</sup>

No relatório da Colônia de Engenho de Dentro de 1935, Ernani Lopes explicitou que o número de “hospitalizações livres” verificadas no serviço “aberto”, funcionalmente anexo ao ARC, continuou sendo considerável. Tanto em 1934 como em 1935 o número de hospitalizações no PPEP foi de 131 pacientes. Ainda segundo Lopes, das 131 hospitalizadas nesse último ano que estiveram sob os cuidados de Gustavo de Rezende 71 precisaram ser transferidas para os serviços de pacientes crônicas. Cabe destacar que em 1935 ingressaram na colônia 49 pacientes transferidas do HN (p. 244), ou seja, mais

---

<sup>748</sup> NO PAVILHÃO Eptácio Pessoa. A vida nos bairros. *O Brasil*, ano V, n. 1.618, 16 de outubro de 1926, p. 5.

<sup>749</sup> *Idem*.

<sup>750</sup> O ANIVERSÁRIO da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. *A Batalha*, ano IV, n. 1.034, 12 de julho de 1933, p. 3.



pacientes estavam entrando na colônia pelo serviço aberto do que pelo hospital urbano. A partir de uma análise estatística da naturalidade das 131 mulheres hospitalizadas no PPEP, Lopes indicou que 109 eram nacionais e 22 estrangeiras (treze de Portugal, quatro da Espanha, duas da Alemanha, duas da Itália e uma da Áustria) e “que os estados forneceram contingente sensivelmente maior que o Distrito Federal (sessenta eram ‘estaduanas’ contra 43 cariocas)”. Das sessenta estaduanas: “30 do estado do Rio de Janeiro, 7 de Minas Gerais, 4 de Pernambuco, 4 de Sergipe, 3 de São Paulo, 2 do Ceará, 2 da Bahia, 2 de Mato Grosso, 2 do Rio Grande do Sul, 1 de Alagoas, 1 da Paraíba, 1 do Rio Grande do Norte e 1 do Espírito Santo (de 6 não foi possível obter a naturalidade)”.<sup>751</sup>

Temos ainda a informação de que durante os anos de 1940 e 1942 foram atendidas, respectivamente, 130<sup>752</sup> e 103 pacientes no serviço aberto do PPEP. Sobre o ano de 1942, o Dr. Luiz Amadeu Robalinho Oliveira Cavalcanti (1908-1984), diretor do Ambulatório de Neuropsiquiatria e do PPEP, também apontou em seu relatório de 4 de janeiro de 1943 que 96 pacientes deixaram esse serviço mediante alta (52), transferência (39), evasão (três) e óbito (duas) (p. 467), e que foram aí realizadas um total de 3.622 injeções, 55 punções venosas e dezenove punções lombares.<sup>753</sup>

O médico esclareceu que, em razão de ordem superior mandando suspender os internamentos no serviço aberto, o que vigorou durante quase todo o ano de 1942, as entradas diretas nesse serviço decresceram sensivelmente. Diante desse fato, segundo Robalinho, as pacientes que procuravam o ambulatório foram “encaminhadas aos Distritos Policiais, com guia e atestados deste serviço, solicitando internamento das mesmas na Colônia Juliano Moreira”.<sup>754</sup> Isto evidencia o papel da polícia na internação psiquiátrica, algo que fugia do modelo de assistência pautado pela higiene mental e que percebemos ao estudar o serviço aberto de Engenho de Dentro. Nesse relatório, Robalinho tocou ainda na questão sensível das possíveis demolições dos edifícios em que funcionavam o Ambulatório e o PPEP, sugerindo, caso isso se concretizasse, que os serviços a seu cargo fossem, a título provisório, instalados em uma das salas do novo

---

<sup>751</sup> LOPES, Ernani. Relatório do diretor..., 1936, pp. 235-236.

<sup>752</sup> UM MUNDO diferente do nosso, 1941a, p. 6.

<sup>753</sup> CAVALCANTI, Luiz Robalinho. Ambulatório de Neuropsiquiatria e Pavilhão Presidente Epitácio. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943, p. 468.

<sup>754</sup> CAVALCANTI, Luiz Robalinho. Ambulatório de Neuropsiquiatria..., 1943, p. 464.

edifício concluído.<sup>755</sup> Ernani Lopes, diretor da CGR, reforçava, em seu relatório, a solicitação desse psiquiatra-chefe.<sup>756</sup>

Como vimos anteriormente, os documentos necessários para a internação no PPEP eram comprovantes de identidade e residência e atestado de pobreza. Isso significava, em especial, que a população não precisava, no caso desse serviço, passar pela polícia para entrar gratuitamente na assistência psiquiátrica, afinal prescindia-se de um documento de uma instituição internante. No entanto, a instituição de um espaço destinado exclusivamente à internação de toxicômanas permitiria que o poder de decidir quem deveria ser submetido a esse procedimento caísse, mais uma vez, nas mãos da polícia, ao contrário do serviço aberto, onde esse poder estava com os psiquiatras. No entanto, na prática, para a maior parte da população pobre do Distrito Federal a trajetória continuou sendo a mesma: primeiro a polícia, depois o hospício.

Outro aspecto importante a ser notado é que o serviço aberto parece ter encontrado o seu lugar no conjunto da assistência, na gestão de Ernani Lopes. Seu funcionamento na gestão de Riedel, além de heterogêneo e instável, deixou bem menos registros nos arquivos. Nesse sentido, cumpre destacar o processo medicalizador que se desenvolveu, a partir de 1936, nesse serviço. Em 30 de outubro de 1940, por determinação do SNDM, foi organizada e enviada uma relação das principais atividades da CGR no primeiro decênio do Estado Novo. No tocante ao PPEP, constava o seguinte:

- g) iniciação em 1936 e 1937, respectivamente, no serviço “aberto” ou de hospitalização livre (Pavilhão Presidente Epitácio) do tratamento pelo choque hipoglicêmico e da convulsoterapia, que têm prosseguido sempre com os melhores resultados;
- h) desenvolvimento notável, nos serviços externos de neuropsiquiatria, a partir de 1937, do tratamento de epiléticos pelo luminal, o que, além de tudo, representa grande economia para o Estado (basta lembrar quantas saídas se evitam da ambulância do pronto socorro, mantendo sem crises, no meio social, esses doentes).<sup>757</sup>

Em relatório apresentado em 9 de janeiro de 1942 ao diretor do SNDM, Ernani Lopes apontou que no dia 20 de agosto de 1941 ocorreu, nas dependências do PPEP, o primeiro uso da terapêutica de convulsoterapia elétrica na instituição de Engenho de

---

<sup>755</sup> *Idem.*

<sup>756</sup> LOPES, Ernani. Relatório apresentado ao diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais pelo diretor da CGR com os trabalhos de 1942 (Resumo). *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943, p. 432.

<sup>757</sup> RELAÇÃO das principais atividades da colônia de 1930 a 1940. Ministério da Educação e Saúde. Serviço Nacional de Doenças Mentais. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, ano V, n. 3, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1942.

Dentro. Ainda segundo Lopes, os ensaios com convulsoterapia elétrica foram iniciados na colônia pelo competente biólogo do Instituto Oswaldo Cruz, Dr. Oscar d’Utra.<sup>758</sup>

Além dessa notável medicalização com relação às pacientes do serviço aberto, que incluía também uma maior utilização dos recursos médicos do ambulatório (o que fica claro na quantidade de exames feitos pelas internas antes da admissão na colônia e anexados em suas observações médicas), a partir de fins de 1930 o PPEP se mostrou um serviço extremamente ativo e conectado tanto com o ambulatório como com o serviço fechado da colônia. Com Ernani Lopes na direção da colônia e Robalinho Cavalcanti<sup>759</sup> à frente do Serviço de Profilaxia Mental do ARC e do PPEP, a ligação entre os serviços aberto e fechado se aprofundou.

A partir do Livro de Observação n. 27 da Colônia de Engenho de Dentro, relativo a fins de 1936, deixou-se de anotar os números de matrícula das pacientes, como foi feito dos livros 1 ao 26 (1911-1936), e, também, de registrar as datas de entrada das pacientes no hospício e na colônia e passou-se a indicar as datas de transferência do serviço aberto para o fechado, o que dificulta, às vezes, a identificação precisa da procedência das mesmas. Na realidade, o serviço aberto se tornou uma espécie de triagem para o sistema asilar clássico, triagem que incluía, além de uma bateria de exames, o uso de novos medicamentos, como, por exemplo, primeiro a convulsoterapia por meio de cardiazol ou de insulina e, depois, a convulsoterapia elétrica.

Na segunda matéria de uma série de três reportagens intitulada “Um mundo diferente do nosso”, do jornal *O Radical*, de 17 de agosto de 1941, era detalhado o funcionamento do serviço aberto da CGR:

Para aqui são trazidos os doentes agudos, que permanecem em observação cerca de um mês. Se, ao cabo desse tempo, se conclui por uma hipótese de cura, o doente é submetido a tratamento durante três ou quatro meses. Em geral, são esquizofrênicas agudas. O tratamento empregado é o da “convulsoterapia”, por meio de cardiazol ou de insulina, esta aplicada inicialmente em dose de vinte ou trinta unidades, alcançando geralmente oitenta para as últimas reações. Durante o ano passado, foram atendidas 130 doentes deste serviço, com boa percentagem de curas. São raros os casos de neurosífilis. Neste se emprega, como é sabido, a “malarioterapia”.<sup>760</sup>

---

<sup>758</sup> LOPES, Ernani. Relatório apresentado ao diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais pelo diretor da CGR..., 1943.

<sup>759</sup> Em 15 de outubro de 1936, Luiz Amadeu Robalinho Oliveira Cavalcanti foi admitido como Chefe de Serviço de Profilaxia das Doenças Mentais do ARC. Foi matriculado sob o n. 810 no Livro 2 de Assentamento de Empregados da colônia. Localização: IMAS-JM.

<sup>760</sup> Conforme explica Accorsi, a malarioterapia “consistia na inoculação de sangue contendo um dos agentes etiológicos da malária, o protozoário da espécie *Plasmodium vivax* em doentes portadores desta forma de sífilis nervosa (ACCORSI, 2015: ix). Encontramos apenas três casos de pacientes tratadas com malarioterapia na Colônia de Engenho de Dentro, de acordo com as informações dos livros de observação.

A doente não curada em quatro meses de “serviço aberto” é transferida para o “serviço fechado”, destinado às em estado crônico, e, algumas vezes, para o Hospício, se oferece perigo.<sup>761</sup>

Na terceira e última matéria da série de reportagens, se afirmava que a boa impressão da CJM contrastava fortemente com a passada pela CGR, “cujo melhor ornamento consiste nas grandes árvores que encobrem os seus pátios, tornando ainda mais nostálgico a visão dos grandes pavilhões quase em ruínas”. Mas era ponderado que, no “serviço aberto” dessa colônia, havia uma percentagem razoável de curas das pacientes agudas, diferente do cenário encontrado no espaço asilar:

Entretanto o que se observa em relação às doentes crônicas, às doentes incuráveis, a impressão é deveras dolorosa. Contemplamos, de alma constringida e angustiada, um amontoado de ruínas humanas, conservando de si apenas o que há de mais abjeto na personalidade feminina.<sup>762</sup>

Esse jornal ainda publicou uma fotografia da paciente mais antiga da colônia:

#### A MAIS ANTIGA DOENTE DA COLÔNIA RIEDEL

É uma bem nutrida velhinha, vinda talvez no bojo dos navios negreiros, para perder a razão longe de sua terra de África. A fisionomia é doce e pacífica. Não se lembra de nada, não se recorda de nada, não sofre. Há trinta anos que se encontra internada!

Como, por certo, ninguém se incomodará com o vê-la fotografada, obtivemos do dr. Ernani a necessária permissão para tirar-lhe o retrato. - Cuidado, moço. Dêxe eu lavá as mão, que tão cum chêro de peixe... Póde saí nu retrato...<sup>763</sup>

---

São as seguintes: 1. Maria Cecília Marques, brasileira, natural do Estado do Rio, preta, casada, 46 anos, doméstica, admitida em 02/08/1935, diagnóstico de paralisia geral (Paciente n. 2.978, Livro 26 de Observação); 2. Ester Almeida, brasileira, parda, natural do DF, viúva, 53 anos, doméstica, hospitalizada no PPEP em 01/10/1941, diagnóstico de arteriosclerose cerebral, epilepsia, aortite, sífilis e paralisia geral; tratada com luminal, bi (Paciente n. 76, Livro 31 de Observação); e 3. Luiza Pacheco, brasileira, branca, natural do DF, pais conhecidos, viúva, 40 anos, doméstica, hospitalizada no PPEP em 23/10/1941, com guia de transferência e papeleta de 07/03/1943, diagnóstico epilepsia e neurosífilis (Paciente n. 91, Livro 31 de Observação). Além disso, consta que a paciente Fátima Martins (pernambucana, branca, pais conhecidos, solteira, 23 anos, professora, instrução secundária, católica, admitida em 16/11/1936 e alta por óbito em 10/01/1937 de [ilegível] secundária a escarras, diagnóstico de paralisia geral juvenil – amaurose arseno-benzólica – quadriplegia; tratada com extrato hepático; injeção de fósforo e estriquina) havia sido malarizada no HN. Segundo a observação médica feita na colônia, “esteve internada 1 ano no Pavilhão Afrânio Peixoto, aos cuidados do Dr. Esmeraldo [Zacheu Esmeraldo Silva] e Dra. Ursulina [Ursulina Penteadu Bueno], que diagnosticaram sífilis e que havia atingido o nervo ótico. Foi malarizada e remalarizada e após este tratamento é que ficou sem poder andar, piorou a disartria e ficou com os olhos exoftálmicos, apresentando também cegueira e que a doente não tem percepção de que está cega” (Paciente n. 13, Livro 27 de Observação). Para saber mais sobre esse tratamento pelos psiquiatras do Rio de Janeiro, ver ACCORSI, 2020. Para conhecer um trabalho que trate da malarioterapia em São Paulo, ver TARELOW, 2013.

<sup>761</sup> UM MUNDO diferente do nosso, 1941a, p. 6.

<sup>762</sup> UM MUNDO diferente do nosso. *O Radical*, ano X, n. 3.377, 31 de agosto de 1941b, p. 5.

<sup>763</sup> *Idem*.

Figura XXXIX – Fotografia da paciente mais antiga da colônia



Legenda: E a velha África, cercada de enfermeiras, resolveu posar para o fotógrafo. Fonte: UM MUNDO diferente do nosso. *O Radical*, ano X, n. 3.377, 31 de agosto de 1941b, p. 5.

A única fonte clínica específica sobre o PPEP disponível é uma lista de 46 pacientes ingressadas nesse pavilhão entre dezembro de 1938 e março de 1939. Dessas mulheres, 35 já tinham um diagnóstico formulado: esquizofrenia (catorze), psicose autotóxica (cinco), psicose maníaco-depressiva (quatro), psicose periódica (uma), oligofrenia (duas), epilepsia (duas), demência senil (duas), confusão mental (uma), paralisia geral (uma), parkinsonismo encefalítico (uma), coreia prev. (uma) e excitação maníaca (uma). Sabe-se ainda que catorze foram transferidas para a parte fechada da instituição (nove esquizofrênicas, uma oligofrênica, uma maníaco-depressiva e três sem diagnóstico), seis obtiveram alta (duas maníaco-depressivas, uma esquizofrênica, uma demente senil, uma com psicose autotóxica e uma com parkinsonismo encefalítico) e uma com psicose autotóxica faleceu. As 25 restantes, ao que tudo indica, continuaram aí em observação.<sup>764</sup> Esses dados corroboraram com a reportagem do jornal *O Radical*, de 1941, que apontava que as pacientes do serviço aberto eram, em geral, esquizofrênicas agudas.

Podemos apontar, nesse sentido, que a partir da análise dos dois primeiros livros de matrícula da colônia (1911-1934), foram identificadas 96 pacientes oriundas do PPEP

<sup>764</sup> Livro 28 de observação, p. 64.

ingressando na parte fechada da colônia,<sup>765766</sup> uma em 1929, 45 em 1933 e 49 em 1934. Como vimos há pouco no relatório de 1935 dessa instituição, passaram pelo serviço aberto em 1934, ao todo, 131 enfermas. Portanto, 37,40% destas foram transferidas para a parte fechada da colônia.

Das pacientes hospitalizadas no PPEP e depois transferidas para a parte fechada da colônia no início dos anos de 1930, 70% era branca e 30% não branca, sendo 19% parda e 11% preta. A porcentagem de mulheres solteiras (46%) é 4% superior à de casadas (42%), o que destoava do perfil de pacientes enviadas pelo HN para a colônia, sobretudo na década de 1910, como veremos no próximo capítulo. As viúvas corresponderam a 5% e com estado civil não informado, 7%. Foram contabilizados 111 diagnósticos, sendo os cinco mais comuns: esquizofrenia (25%), psicose maníaco-depressiva ou periódica (22%), estado atípico de degeneração (11%), oligofrenias (11%) e epilepsia (7%). Além disso, 9% delas obtiveram alta e 44% foram eliminadas do quadro de pacientes da colônia (41% após licença e 3% depois de evadir). Outro quantitativo significativo deixou a instituição por transferência (23%) ou falecimento (22%).

Os números de altas e, sobretudo, de eliminações após licenças são altos se comparados com os do conjunto do sistema asilar, o que mostra que as pacientes internadas no serviço aberto eram mais retiradas da instituição psiquiátrica pela família. O tempo de permanência delas na colônia também era, na maioria dos casos, bem menor do que o das internadas no hospício via polícia. Nesse sentido, vale perceber que uma das perspectivas desse novo serviço era procurar aproximar a instituição psiquiátrica da família, permitindo que médicos e, também, visitadoras sociais coletassem informações mais precisas sobre os antecedentes dos enfermos, o que, dentre outras coisas, deveria contribuir para a diminuição das taxas de abandono de pacientes por suas famílias na assistência psiquiátrica. Deve-se destacar ainda que algumas dessas 96 pacientes entraram anteriormente na colônia transferidas do HN, onde haviam sido admitidas mediante guias da polícia. Depois da criação do PPEP, foram para a colônia por meio de seu serviço aberto, realmente o caminho mais curto para ingressar e reingressar na colônia.

Em relação aos dados apresentados, chama a atenção ainda o número quase nulo de mulheres internadas na colônia pela PPEP durante a gestão de Riedel. É possível que

---

<sup>765</sup> Vale reforçar, nesse sentido, que, com a documentação disponível, temos acesso apenas às enfermas que, ao fim da observação no PPEP, foram transferidas para a parte fechada da colônia, ou seja, não alcançamos as pacientes que saíram dali por alta, óbito, licença, evasão ou transferidas para o HN.

<sup>766</sup> Também foram identificadas cinco internações do início da década de 1930 que tiveram como procedência o denominado Serviço de Higiene Mental e como instituição internante “guias do pavilhão”.

essas entradas tenham sido registradas como autorizadas pelos diretores do HN ou da Colônia de Engenho de Dentro, em especial por essa última instituição, como já referimos no capítulo anterior. Das 58 pacientes identificadas nos livros de matrícula da colônia como tendo sido internadas pelo próprio estabelecimento, apenas duas foram internadas em 1933, as demais entraram entre 1924 e 1932.

A seguir apresentamos três casos de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro, oriundas do PPEP. As histórias clínicas nos fornecem pistas para mapear os movimentos das doentes no âmbito da colônia e, também, para conhecer o perfil das enfermas que, vindas do serviço aberto, chegavam ao fechado.

Uma das pacientes que esteve internada no serviço do PPEP foi a cunhada de Gustavo Riedel<sup>767</sup> (branca, solteira, 36 anos). Foi internada em 19 de novembro de 1926, sendo enviada para a colônia em 27 de novembro, oito dias depois. O diagnóstico foi estado atípico de degeneração, sendo acrescentado, posteriormente, no livro de observação, debilidade mental. Saiu com alta a pedido, permanecendo três meses na colônia. Plínio Olinto apontou apenas no livro de observação que ela “esteve hospitalizada no Pavilhão Presidente Epitácio de 24 de julho a 24 de agosto, sendo depois transferida para a Enfermaria, onde permaneceu até a data de sua alta”. Ou seja, ficou hospitalizada por três meses no PPEP, dando entrada em seguida na enfermaria da colônia, onde permaneceu de 24 de outubro a 27 de novembro. Essa interna teve, certamente, um tratamento diferenciado, permanecendo em áreas mais restritas da instituição durante toda a internação. Algumas pacientes deixavam o serviço aberto para ocupar um leito na enfermaria da colônia e, depois, à medida em que o seu estado de saúde melhorava, eram incorporadas no chamado regime colonial, mas esse não foi o caso da parente de Riedel. As que tinham uma condição social melhor eram, em geral, submetidas a exames mais detalhados durante a observação médica; contudo, essa doente não estava na colônia para ser observada, mas apenas tratada. De todo modo, o movimento feito por ela – de deixar o PPEP em direção primeiro à enfermaria da colônia e só depois aos dormitórios coletivos do sistema asilar – não era incomum.

Já Alexandra Pavlova<sup>768</sup> (branca, russa, solteira, 25 anos, loucura maníaco-depressiva), desde que passou do serviço aberto para o fechado encontrava-se na Sala

---

<sup>767</sup> N. 1.997, Livro 17 de Observação. Paciente brasileira, pais conhecidos, admitida com autorização do diretor geral. Não trabalhava, tratamento *open-door*, prognóstico sem esperança.

<sup>768</sup> N. 2.095, Livro 18 de Observação. Procedeu da Colônia de Engenho de Dentro. Não trabalhava, o tratamento foi *open-door* e prognóstico desfavorável.

Paulo Costa (sala de agudas de psiquiatria), segundo Gustavo de Rezende. Essa paciente foi admitida no PPEP, com autorização do diretor da colônia, em 13 de abril de 1928, sendo enviada para a parte fechada da instituição no dia 24 do mesmo mês, onze dias depois. A enferma, segundo Rezende, mostrava-se “confusa, nada informando quanto aos seus antecedentes hereditários e pessoais”. No exame direto, o médico registrou o seguinte: “apresenta-se risonha, em atitude humilde e de acolhimento benévolo. Está desorientada no meio e no tempo e sua atenção é muito móvel. Associa as ideias com rapidez, mas as suas associações escapam ao controle de atenção pelo que surge a incoerência de ideias”. Obteve uma licença de dois meses em 13 de agosto de 1929, regressou em 11 de outubro desse ano, tendo vindo muito agitada, muito magra e em más condições de higiene (com *pediculus capitis*). Faleceu em maio de 1933 de ancilostomíase e caquexia, tendo permanecido mais de cinco anos na colônia.

Através da observação médica de Francisca de Oliveira<sup>769</sup> (preta, 34 anos, estado atípico de degeneração) confirma-se a prática de transferir pacientes do PPEP não só para o sistema fechado da colônia, mas também para o hospício da Praia Vermelha. Segundo Gustavo de Rezende, a doente tinha o pai falecido e a mãe e quatro irmãos vivos. Teve a primeira menstruação “aos 15 anos e aos 19 foi para a companhia de um senhor com o qual viveu maritalmente durante 2 anos e alguns meses. Dessa união só teve um aborto que quase a levou para a sepultura”. Especialmente, “quando completou 32 anos, o seu gênio mudou (sic); de calma passou a reagir, não levando desaforo para casa”. Esteve então internada por duas vezes na Colônia de Vargem Alegre por iniciativa de sua genitora; após ter permanecido alguns meses em casa, foi para o PPEP, de onde foi removida para o HN. Ainda de acordo com o médico, “desde que chegou nesta colônia permaneceu inativa, nos dizendo que não gosta de trabalhar no hospital porque acha que doente não deve trabalhar. É impulsiva”. Consta que ela foi admitida na assistência psiquiátrica (possivelmente no HN transferida do PPEP) em 13 de abril, sendo enviada para a colônia em 14 de julho de 1931, 92 dias depois. Por fim, foi removida da colônia para o HN em 1º de abril de 1932 por não ser adaptável ao regime colonial.

O surgimento dos serviços abertos era uma resposta às críticas que o asilo fechado vinha sofrendo desde fins do século XIX. Nesses serviços, como destacava Gustavo Riedel, a paciente era uma doente livre. Porém, ao que tudo indica, as pacientes da colônia não se sentiram desse modo; no entanto, teriam percebido uma diferença na qualidade do

---

<sup>769</sup> N. 2.393, Livro 21 de Observação. Paciente brasileira, procedeu e foi internada pela Colônia de Psicopatas (mulheres). Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico desfavorável.



atendimento, tanto pela menor medicalização como pelo tratamento mais humano por parte das enfermeiras, como deixava claro a carta escrita pela paciente Mathilde Gonzaga, internada pelo Juizado de Menores, que pedia para ser transferida de volta para o Pavilhão Epitácio: “Dr Plínio tenho apanhado muito aqui embaixo [parte fechada da colônia], já levei á injesao de sedol tem me prometido, injesão do preta, no Epitácio eu estava muito melhor nunca Iná me botou de castigo”.<sup>770</sup>

À guisa de conclusão é possível dizer que o serviço aberto foi apropriado de formas diferentes nas gestões de Riedel e de Lopes e que a introdução das novas terapêuticas biológicas foi um verdadeiro divisor de águas nesse sentido. Ao que tudo indica, enquanto o serviço aberto se apresentava como menos medicalizado do que o espaço asilar na gestão do primeiro, o oposto se verificou na gestão do segundo. Como vimos, com o serviço aberto se buscava soluções para além do asilamento em relação à doença mental; entretanto, os serviço aberto e fechado se confundiram na prática e, em especial, a partir de 1936, quando se verificou a referida diversificação do arsenal terapêutico. Para usar uma expressão de Rafael Huertas, o serviço aberto da Colônia de Engenho de Dentro se tornou nesse período, por excelência, a “antessala do encerro manicomial” (HUERTAS, 2022: 201).

---

<sup>770</sup> N. 1.945, Livro 16 de Observação.

## PARTE II – ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E GÊNERO

### CAPÍTULO 4

#### AS MULHERES E SEUS INTERNANTES

Para a construção do quarto capítulo nos valemos sobretudo da análise de dois livros de matrícula de pacientes e de 19 livros de observação médica (Livros 1 a 21, faltando livros 14 e 20 e livro 21 incompleto) da Colônia de Engenho de Dentro. No primeiro livro de matrícula, foram registradas 1.314 pacientes de 31/08/1911 a 19/06/1918 e no segundo 1.499 pacientes de 20/02/1919 a 14/11/1934. Em alguns casos, utilizamos prontuários de pacientes da CGR transferidas nos anos 1940 para a CJM. Por fim, a consulta da imprensa periódica também foi útil para o entendimento do contexto histórico e das notícias da instituição que chegaram ao grande público e, também, para o conhecimento de parte da vida das pacientes que foram objetos de reportagens nos jornais diários.

Partindo dessas fontes, orientamos nossa investigação para o processo de internação, visando compreender que motivos e caminhos levaram 2.590 mulheres à Colônia de Engenho de Dentro entre 31/08/1911 e 24/12/1932. O presente capítulo se encontra dividido em três itens. O item 4.1, intitulado “A colônia feminina e sua população internada em números (1911-1932)”, aborda o funcionamento dessa instituição a partir de dados quantitativos da população manicomial e de análises qualitativas sobre as administrações de Braule Pinto e Gustavo Riedel, comparando e discutindo, dentre outros dados, o fluxo de entrada e saída de pacientes, o tamanho da população manicomial e o perfil quanto à cor e à nacionalidade das internas. Em seguida, no item 4.2, “Perfil sociodemográfico das pacientes”, realizamos uma análise estatística das seguintes variáveis sociodemográficas: nacionalidade, naturalidade das brasileiras, cor, estado civil, idade, profissão, instrução, classe no HN, procedência e instituição internante.

No item 4.3, “As mulheres e seus internantes”, separamos as histórias clínicas em função das especificidades de cada internante: Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Polícia do Distrito Federal, patrões e patroas, Juizado de Menores do Distrito Federal e, por último, membros da família e a própria paciente.<sup>771</sup> Cabe destacar que a grande maioria das pacientes colocadas nos grupos de patrões e patroas e membros da

---

<sup>771</sup> O Ambulatório Rivadávia Corrêa e Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa foram analisados sob essa perspectiva no capítulo 3.

família e a própria paciente na realidade foi internada, como era comum na época, com a ajuda de outras instituições, sobretudo, a policial, porém, na matrícula e/ou na história clínica foi citado o agente primeiro da internação. Nesse contexto, direcionar a atenção para os internantes individualmente, de forma mais aprofundada, é importante para compreender não só quem eram as mulheres internadas na Colônia de Engenho de Dentro mas também o que cada um desses internantes e a própria medicina pensavam a respeito delas.

Nos subitens Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e Polícia do Distrito Federal direcionamos nosso olhar para questões interinstitucionais; no segundo item, optamos por analisar ações policiais que não fossem determinadas necessariamente pelo interesse da família. Nesta parte, traçamos, em especial, uma conversa com o trabalho de Pedro Muñoz, Cristiana Facchinetti e Allister Dias (2011). Nas subdivisões “Patrões e Patroas” e “Juizado de Menores do Distrito Federal”, enfocamos particularmente a questão do trabalho doméstico feminino adulto e infantil nas primeiras décadas do século XX. Na primeira subdivisão, nos apoiamos em Graham (1992), Henrique Espada Lima (2005), Maciel Henrique Silva (2016), Adailton Pires Costa (2018), Flávia Fernandes de Souza (2022), e, no campo da história da psiquiatria, em Ablard (2008). Na segunda, utilizamos as pesquisas de Irene e Irma Rizzini (2004), Patrícia Geremias (2015), Marília Ariza (2017) e Natália Peçanha (2018). Nas referidas subdivisões, é possível pensar não apenas as especificidades das mulheres negras mas também analisar as relações entre as mulheres, salientando-se assim a interseccionalidade de gênero, raça/etnia e classe. Além disso, a trajetória das menores jurisdicionadas é rica em elementos para a compreensão da situação de meninas pobres no início do século XX.

No subitem “Membros da família e a própria paciente”, examinamos, primeiro, as mulheres internadas por parentes homens e, depois, aquelas internadas por parentes mulheres, fechando com as pacientes que se internaram voluntariamente. Por meio da abordagem de temas relacionados a gênero, sexualidade, raça, classe e loucura nas primeiras décadas do século XX, problematizamos as relações sociais nas quais a mulher era estigmatizada como louca. Ao longo desta última parte, estabelecemos um diálogo com a história das mulheres no Brasil. Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica nas duas publicações de referência sobre a temática (Del Priore, 2004 [1997] e Pedro; Pinsky, 2013). Na primeira publicação, valemo-nos dos textos de Maria Ângela D’Incao, Magali Engel, Rachel Soihet, Cláudia Fonseca e Margareth Rago; já na segunda, utilizamos os textos de Ana Silvia Scott, Maria Sílvia Bassanezi, Bebel Nepomuceno e

dois textos de Carla Bassanezi Pinsky. Além disso, apoiamos-nos nos textos de Maria Clementina Pereira Cunha (1989), de Marina Maluf e Maria Lúcia Mott (1998), de Augusta Molinari (2005) e no livro de Sueann Caulfield (2000).

#### **4.1. A colônia feminina e sua população internada em números (1911-1932)**

Com o objetivo de conhecer a população da Colônia de Engenho de Dentro, realizamos uma análise quantitativa e qualitativa das 2.590 pacientes internadas nessa instituição entre 1911 e 1932. A partir de dados publicados nos relatórios ministeriais e, também, da análise dos dois primeiros livros de matrícula da instituição, foi possível estudar o movimento de pacientes (entradas e saídas) da colônia durante as gestões dos médicos Braule Pinto (1911-1918) e Gustavo Riedel (1919-1932) e analisar as variáveis sociodemográficas da população manicomial.

Pela análise dos livros de matrícula, verificou-se que, durante os oito anos da gestão de Braule Pinto, foram enviadas do hospício para a colônia 1.314 mulheres; e nos catorze anos da gestão do seu sucessor, entraram na colônia, tanto transferidas do HN como por meio dos seus serviços anexos, 1.276 mulheres.<sup>772</sup> A média de internação na gestão de Braule Pinto foi de 164,25 pacientes por ano e na de Gustavo Riedel foi de 91,14 pacientes por ano, ou seja, houve uma queda importante no número de ingressos no segundo período, com 73,11 pacientes a menos por ano.

Com os dados organizados em quadros (ver anexos IX e X) nota-se que a Colônia de Engenho de Dentro recebeu 334 pacientes do hospício ao longo de 1911, porém iniciou os cinco anos seguintes com a sua lotação bem abaixo do esperado para a nova instituição. No início de 1912, 1913, 1914 e 1915, se encontravam internadas na instituição 295, 240, 255 e 258 pacientes, respectivamente, enquanto no final de 1915, esse número chegou a 282. Os dois anos seguintes foram de crescimento do número de pacientes. De 1916 para 1917, a instituição saltou de 282 para 399 pacientes, sendo essa a maior alta da população manicomial em um ano durante todo o período de funcionamento da colônia feminina estudado (1911-1932). Pode-se perceber ainda que, depois do ano da inauguração da colônia, o ano com maior número de transferências foi 1916, com 243 pacientes remetidas à colônia pelo HN.

---

<sup>772</sup> A partir da gestão desse médico é mais correto falar em número de entradas na colônia do que em número de transferidas do HN, uma vez que tanto a direção da colônia como a gestão do ARC e do PPEP (serviços anexos) passaram a internar mulheres diretamente na parte fechada da instituição.

O ano de 1918 apresentou uma ligeira queda: o número de pacientes internadas em dezembro desse ano era de 389. Essa baixa estava, em parte, ligada à suspensão de transferências do hospício para a colônia em razão da pandemia gripal, mas não apenas a isso: em 1917 e 1918, as remoções de pacientes da colônia para o hospício alcançaram números recordes. Foram devolvidas 65 pacientes em 1917 e 87 em 1918, sendo que o ano de 1915 também revelou um número de remoções alto: 61 pacientes. Posteriormente, o ano de 1922 teve números recordes de movimentação de pacientes no âmbito da segunda gestão, não só em relação ao número de pacientes que chegaram do hospício (151), mas também no quantitativo de doentes removidas para esse estabelecimento (56). Ainda em relação às remoções, elas foram mais intensas na gestão do primeiro diretor, uma vez que as taxas de ingresso e remoção de pacientes, em geral, caminhavam juntas. No último capítulo, analisamos de modo mais detalhado os movimentos de saída (remoção, alta, falecimento e licença), porém, podemos antecipar aqui que, para além das questões clínicas envolvidas nesses movimentos, eles representavam, administrativamente, uma forma importante de contenção da população manicomial.

Durante os quatro primeiros anos da gestão de Gustavo Riedel, ou seja, entre 1919 e 1922, é possível observar, com exceção de 1921, números elevados de pacientes transferidas do hospício para a colônia, em continuidade às diretrizes assistenciais que já vinham sendo empreendidas no final da gestão de Braule Pinto, o que indica que a gestão de Gustavo Riedel acompanhou, inicialmente, o movimento anterior, de crescente número de entradas de mulheres advindas do HN. Em 1919, 1920 e 1922, foram, respectivamente, transferidas 112, 114 e 151 mulheres; em 1921, no entanto, apenas cinquenta mulheres foram enviadas pelo hospício.

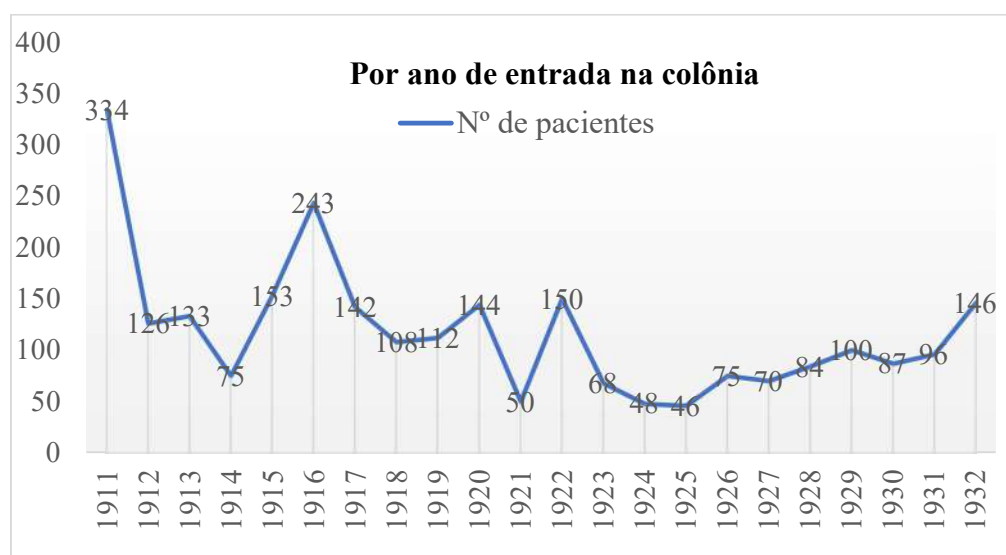
Já entre 1923 e 1928, a população da colônia se manteve estável, em torno de quinhentas pacientes, e o número de transferências ficou bem abaixo dos valores encontrados entre 1911 e 1922. O menor número ocorreu em 1925, quando apenas 46 pacientes foram enviadas do hospital urbano para a colônia. As transferências voltaram a crescer apenas em 1932, ano em que Gustavo Riedel foi substituído na direção da instituição pelo psiquiatra Ernani Lopes (1932-1944). O número de entradas nesse ano chegou perto do recorde de 1922: 146 internações.

É importante destacar que a colônia também funcionava, a partir de 1923, sob um outro modelo psiquiátrico. Além do ARC, já existia na Colônia de Engenho de Dentro o PPEP, um “serviço aberto” para internação de psicopatas agudas. Assim, de um modo

geral, podemos dizer que, de 1911 a 1922,<sup>773</sup> os fluxos da colônia feminina estiveram atrelados à população ingressada no hospício e que, a partir de 1923, os serviços anexos da colônia não só encaminhavam pacientes para o hospício como também internavam mulheres diretamente na parte fechada da instituição, embora só a partir da gestão do terceiro e último diretor da colônia o fluxo dos serviços externos tenha passado a ser notável.

Apresentando os números de pacientes ingressadas e existentes na colônia por ano em gráficos (Gráficos I e II), entende-se melhor a dimensão do movimento de pacientes da instituição nas duas gestões estudadas.

Gráfico I – Do número de pacientes ingressadas na colônia por ano

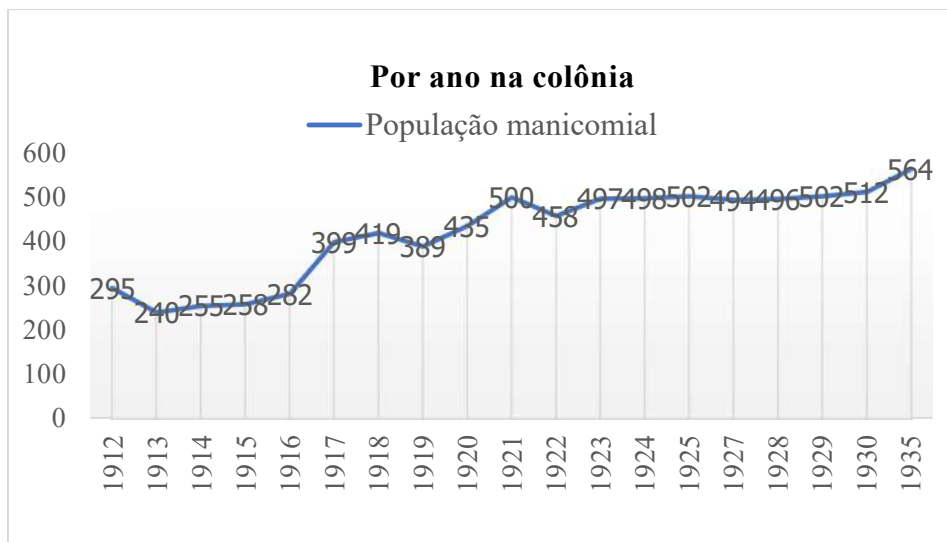


Como se pode observar no gráfico acima, de 1911 a 1922 (com exceção de 1914 e 1921) a colônia recebeu grandes levas de pacientes; já entre 1923 e 1931, o número de transferências ficou abaixo dos números registrados no primeiro período. Nota-se um novo aumento no número de transferências do HN para a colônia no ano de 1932. Como já dissemos, o ano com maior número de entrada na gestão de Braule Pinto foi, além do ano da inauguração (334), 1913 (243); já na gestão de Gustavo Riedel, os anos de 1920 e 1922 foram os de maior número de pacientes transferidas do HN para a colônia (144 e 150, respectivamente). Em uma visão mais geral, é possível perceber que as transferências de pacientes foram muito mais intensas na gestão do primeiro diretor e nos primeiros

<sup>773</sup> Apenas uma paciente entrou na colônia no ano de 1922 procedente do ARC.

quatro anos da gestão de Gustavo Riedel; porém, isso não significava que a colônia estivesse funcionando com um número menor de pacientes.

Gráfico II – Do número da população total da colônia por ano (população manicomial)



O gráfico da população total mostra que houve, em geral, um aumento progressivo da população psiquiátrica no período estudado, com alguns anos de importante incremento como 1916, 1919, 1920 e 1922. Depois de 1923, seria observado um crescimento significativo apenas em 1935, já fora do recorte dessa pesquisa. A análise deste gráfico também permite observar que o crescimento da curva do número de pacientes existentes na colônia por ano em 1º. de janeiro foi mais acentuado de 1916 a 1921 (com uma queda apenas em 1918). Percebe-se, também, três anos de decréscimo: 1912, 1918 e 1921.

Não é nenhuma surpresa que o fluxo de transferências de pacientes do HN para a colônia impactasse fortemente no tamanho da população manicomial desta instituição subsidiária. No entanto, é interessante observar que a colônia conseguiu, durante a gestão de Riedel, atingir a lotação de quinhentas pacientes (em 1921) e, depois de 1922, pôde fazer com que as transferências fossem reduzidas; com isso manteve ao longo de toda a década de 1920 uma média populacional bastante estável, em torno desse número de quinhentas pacientes. Essa estabilidade conseguida pelo seu diretor deve, ao nosso ver, ser explicada levando em conta tanto as mudanças da assistência psiquiátrica em direção à prevenção como a ampliação do poder de Riedel. Na gestão de Braule Pinto, a lotação variou de 240 a 419 pacientes.

Outro dado relevante sobre a população da colônia no período estudado é que sua cor alterna ao longo do tempo: até 1920 tem-se o ingresso de mais mulheres negras, depois de mais mulheres brancas. De 1911 a 1921, 37% das pacientes matriculadas na colônia eram mulheres brancas e 63%, não brancas. De 1922 a 1932, a taxa de mulheres brancas alcançou 58% e a de não brancas caiu para 42%. Durante toda a gestão de Braule Pinto, as transferências de pacientes pardas e pretas foram sempre superiores às de pacientes brancas;<sup>774</sup> no seu primeiro ano de funcionamento, a colônia feminina recebeu 38% de mulheres brancas e 62% de mulheres não brancas transferidas do hospício. Com base nesses números, é evidente qual população deveria ser, de preferência, retirada do hospício a fim de habitar a colônia feminina. Nos catorze anos da gestão de Gustavo Riedel, em apenas três deles o número de admissões de mulheres não brancas ultrapassou o de brancas, a saber 1919, 1920 e 1927. Mas, como vimos, em 1919 e 1920 ainda vigorava a mesma política de transferências inaugurada na gestão de Braule Pinto. De todo modo, nesta primeira gestão, 41% das pacientes admitidas eram brancas e 59% não brancas. Já na gestão do seu sucessor, 55% das matrículas foram de mulheres brancas e 45% de não brancas. Considerando o período das duas gestões estudadas (1911-1932), tem-se que 48% das mulheres internadas eram brancas e 52% não brancas. Ou seja, os números totais apontam para uma instituição ligeiramente mais voltada para a internação de “mulheres de cor”.<sup>775</sup>

No gráfico abaixo, é possível visualizar melhor esta proporção de pacientes ingressadas no período estudado segundo a cor.

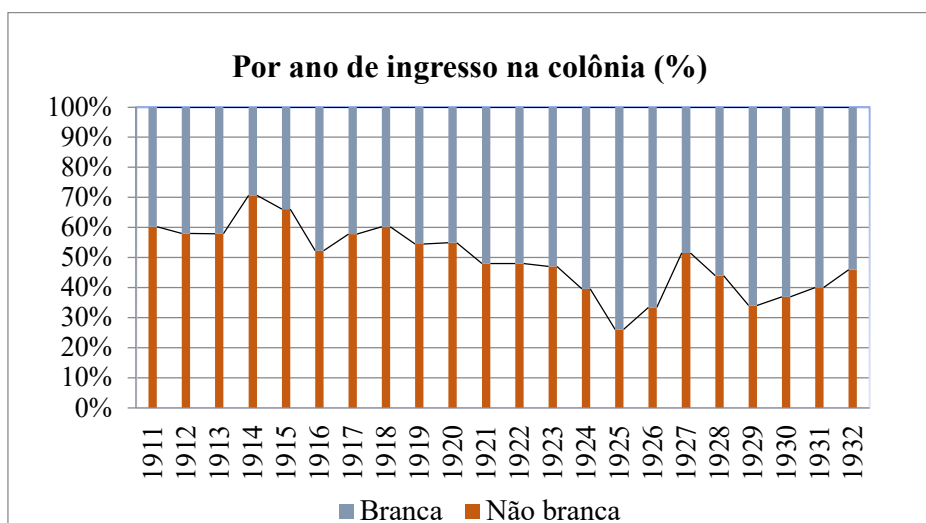
---

<sup>774</sup> A maior e a menor diferenças foram verificadas nos anos de 1914 e 1916, justamente os anos com o menor e o maior números de transferências. Em 1914 e 1916, foram remetidas do hospício para a colônia, respectivamente, 75 e 243 pacientes. No primeiro caso, 71% e, no segundo, 52% dessas eram mulheres não brancas. Acreditamos que esses dados indiquem que, nessa primeira gestão, quanto menor e, possivelmente, mais seletivo era esse envio, mais pacientes pardas e pretas acabavam sendo destinadas para a colônia.

<sup>775</sup> Dezesete pacientes não tiveram a cor informada (duas na primeira gestão e quinze na segunda).



Gráfico III – Da proporção de pacientes na colônia entre 1911 e 1932 segundo a cor



Assim, podemos afirmar que o encolhimento no número total de transferências do HN para a colônia (como mostrado no Gráfico I) foi acompanhado por uma queda, em especial, do número de mulheres pardas e pretas transferidas.

Na instituição da Praia Vermelha, entre 1900 e 1939, cerca de 40% dos pacientes eram mulheres, sendo 24,47% destas brancas, 35,97% negras e 39,56% pardas (75,53% de mulheres de cor).<sup>776</sup> Facchinetti, Ribeiro e Muñoz destacam que a população do hospício, além de pobre, era predominantemente masculina e branca (FACCHINETTI; RIBEIRO; MUÑOZ, 2008: 240). Para os autores, o uso que era feito das colônias de população masculina justificaria a existência dessa maioria branca de homens na instituição, pois eles consideram que a psiquiatria nacional, com o objetivo de obter credibilidade em relação ao Estado, concentrou os casos agudos no hospício e transferiu o excesso de pacientes crônicos e refratários ao trabalho para as colônias. Isso explicaria o maior contingente de brancos e trabalhadores do hospício, apesar do perfil negro ou mestiço da grande massa de pobres “degenerados” da cidade (FACCHINETTI; RIBEIRO; MUÑOZ, 2008: 235). Os autores citados acima parecem não ter levado em consideração em sua análise que, desde 1911, a assistência psiquiátrica do Distrito Federal contava também com uma colônia feminina. De todo modo, como vimos, de um modo geral, o período por nós estudado (1911-1932), apesar das diferenças ao longo dos anos de 1910 e 1920, apresentou uma proporção de mulheres brancas (48%) e não brancas (52%) aproximada.

<sup>776</sup> Esses dados foram derivados da análise apresentada por Facchinetti, Ribeiro e Muñoz (2008), que utilizaram como base três mil prontuários, dos quais 1.226 diziam respeito a mulheres e 1.774 a homens.

Claper também observou em seu estudo sobre as Colônias da Ilha do Governador (para homens) uma mudança na cor da população manicomial: de 1890 a 1901, sua amostra é composta de 28% de homens brancos e 55% de não brancos; já de 1902 a 1919, tem-se 54% de homens brancos e 46% de não brancos (CLAPER, 2020). Para a autora, o maior número de pretos e pardos na primeira década da República estava provavelmente relacionado ao processo de abolição da escravatura. O tema da abolição da escravidão no Brasil certamente se fez presente também na criação da Colônia de Engenho de Dentro, mesmo com este último evento tendo ocorrido 23 anos após a Lei Áurea. É claro que, neste momento pós-abolição, estavam muito mais presentes os processos de exclusão do negro do mercado de trabalho (FERNANDES, 2008; NEPOMUCENO, 2013).

A partir da documentação analisada, não podemos afirmar que estavam entrando mais mulheres brancas no HN, mas sim que estavam sendo transferidas mais mulheres brancas para a colônia. De todo modo, nos parece que se tratava de um processo que ocorria em sequência, ou seja, primeiro mais mulheres negras e depois mais brancas classificadas como loucas nas ruas, levadas para o hospício e transferidas para a colônia. Por fim, é preciso deixar claro que o fato de termos uma predominância de mulheres de cor na primeira gestão e de brancas na segunda não se explica pelos interesses de uma ou outra gestão, apesar de percebermos que Gustavo Riedel tinha muito mais poder que Braule Pinto para pressionar o HN e, assim, talvez, pudesse interferir de algum modo no tipo de paciente a ser enviada para a instituição (o que não parece ter acontecido). A alteração da cor da população manicomial coincide, em parte, com essas gestões, muito mais pelo contexto em que elas estavam inseridas e, também, pelo modelo de assistência psiquiátrica que elas representavam do que por uma questão institucional específica.

Nas duas primeiras décadas do pós-abolição, observamos um número considerável de internações de “mulheres de cor” associadas ao fato dessas mulheres circularem mais nas ruas, inclusive exibindo costumes e crenças que destoavam do modelo burguês que estava sendo implantado. Essas internações também foram influenciadas pelas mudanças nas relações de trabalho (pela “transição” do trabalho escravo para o trabalho livre) e pela desfiliação social (CASTEL, 1998). Conforme ressalta Henrique Espada Lima, “liberdade de trabalho” não é a mesma coisa que “direito ao trabalho” (LIMA, 2005), o que fica claro, por exemplo, nas histórias de mulheres internadas no HN por seus patrões e patroas. Já as internações das mulheres brancas tinham origem, muitas vezes, em conflitos intrafamiliares relacionados ao papel da mulher. O novo ideal de mulher (mãe-esposa-dona-de-casa, a “rainha do lar”), em

ascensão na década de 1920, afetou preferencialmente mulheres brancas. Claro que isso não é uma regra absoluta, mas ao analisar o motivo pelo qual “mulheres de cor” e brancas foram internadas no manicômio, em muitas situações tais questões foram evidenciadas. Também é verdade que, pelo fato de serem praticamente todas elas mulheres das classes populares, sofreram de maneira semelhante com a pobreza e miserabilidade. Com relação ao modelo assistencial, na gestão do primeiro diretor, a colônia era sinônimo de trabalho, pelo menos na expectativa do governo. Já na gestão Riedel, ela incorporou a higiene mental e se medicalizou, particularmente através dos serviços anexos.

#### **4.2. Perfil sociodemográfico das pacientes**

Passemos agora a analisar mais detidamente variáveis sociodemográficas da população manicomial: nacionalidade, naturalidade das brasileiras, cor, estado civil, idade, profissão, instrução, classe no HN, procedência e instituição internante.

Das mulheres internadas na colônia entre 1911 e 1932, 86% eram brasileiras e 14%, estrangeiras.<sup>777</sup> Destas últimas, 8% eram portuguesas, 2% italianas, 2% espanholas e 1% russas. Foram internadas ainda pacientes com as seguintes nacionalidades: síria, alemã, austríaca, romena, francesa, turca, inglesa, polaca, uruguaia, árabe, argentina, canadense, oriental, paraguaia, sueca e suíça. Havia, assim, pacientes de, pelo menos, 21 países estrangeiros internadas na colônia. A partir dos anos 20, a instituição começou a receber um número muito menor de estrangeiras. Houve, no entanto, uma maior variabilidade das nacionalidades, com a portuguesa continuando a ser majoritária; seu número se reduziu significativamente a partir de 1923 e só voltou a ser elevado em 1934. Os dados dos dois livros de matrícula indicam uma retomada da entrada de portuguesas e espanholas no início dos anos 1930 (ao contrário de italianas), e sugerem, também, uma maior presença de alemãs e sírias.

Vale destacar que os dois anos de maior entrada de pacientes na Colônia de Engenho de Dentro também foram os de maior ingresso de imigrantes: em 1911 e 1916 foram enviadas do hospício para a colônia 46 e 45 pacientes imigrantes, respectivamente. Esses dados, portanto, corroboram os discursos médicos acerca da interferência dessa população na superlotação da Assistência a Alienados do Distrito Federal. Sobre o número recorde de 1911, se tratava, sobretudo, do envio de mulheres imigrantes

---

<sup>777</sup> Lembrando o fato de que sete pacientes não tinham a nacionalidade conhecida.

matriculadas ao longo de diversos anos no hospício; a internação de algumas delas datava do final do século XIX.

Como mostram essas análises, o processo de imigração internacional que o Brasil experimentou entre as últimas décadas do século XIX e a primeira metade do século XX também afetou a composição social da Colônia de Engenho de Dentro. Margareth Rago aponta que “entre 1880 e 1930, entraram no país cerca de 3,5 milhões de imigrantes. Um terço deles, ou melhor, 1.160.000 eram italianos; 1 milhão, portugueses; 560 mil, espanhóis; mais de 112 mil eram alemães; 108 mil, russos e 79 mil, australianos” (RAGO, 2004: 580). A autora sublinha que desde meados do século XIX o governo brasileiro buscou atrair milhares de imigrantes europeus para trabalhar na lavoura, nas fazendas de café e nas fábricas, “substituindo a mão de obra escrava, especialmente depois da promulgação da Lei do Ventre Livre e da Abolição dos Escravos” (RAGO, 2004: 580).

Tratando de mulheres e imigração no Brasil, Maria Sílvia Bassanezi ressalta que as mulheres imigrantes estavam “inseridas no contexto de uma intensa movimentação humana gerada por transformações sociais, demográficas, econômicas e políticas que afetaram a Europa e algumas regiões da Ásia na época”, como, por exemplo, “crescimento populacional, expansão do capitalismo e importantes mudanças políticas (a Unificação da Alemanha, a da Itália ou a Restauração Meiji, no Japão)” (BASSANEZI, 2013: 170); a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), no entanto, interrompeu esse fluxo migratório, “que retoma fôlego nos anos 1920, mas sem a mesma intensidade” (BASSANEZI, 2013: 171).

As mulheres que chegaram ao Brasil nesse período, em sua maioria, eram “pobres, analfabetas ou semialfabetizadas, oriundas de áreas rurais e enfrentam a aventura migratória, movidas por projetos pessoais e familiares longamente acalentados em sua terra de origem” (BASSANEZI, 2013: 170). A autora ressalta que a migração traz consigo fatores como “o medo do desconhecido, a barreira da língua, desapontamentos e, muitas vezes, solidão e isolamento” que, tanto no passado como no presente, podem gerar desentendimentos entre marido e mulher e levar, às vezes, à separação; e, também, expor seriamente a imigrante a situações de abuso físico e sexual. Além disso, pesarosa, a mulher imigrante não raramente morria precocemente ou enlouquecia, sendo encaminhada para o manicômio (BASSANEZI, 2013: 188).

Como veremos no último capítulo, a violência de gênero atravessou todas as cores, etnias e classes sociais. Mas creio que uma dessas questões possa ser vista como paradigmática da interseccionalidade de gênero e condição imigrante: a internação de

mulheres imigrantes no hospício durante o período puerperal. Com efeito, muitas mulheres brasileiras e, também, estrangeiras foram institucionalizadas justamente no puerpério. Mas, no caso dessas últimas, a rejeição e o abandono vivenciados durante as experiências da gravidez, do parto e/ou do pós-parto, se somavam, muitas vezes, a uma rede de apoio já diminuída em razão da imigração.

Novamente é Bassanezi que nos dá uma pista importante para compreender as vivências das imigrantes ao afirmar que a presença forte da Igreja “nas comunidades imigrantes católicas, restringe a sexualidade e a reprodução ao matrimônio, contribuindo para que as jovens italianas, espanholas, polonesas, ucranianas sejam criadas pelas famílias com muita severidade”, sendo o conhecimento de métodos contraceptivos “cercado pelas resistências dos valores culturais e religiosos”. Além disso, como parir é considerado parte essencial do papel da mulher, “a imigrante grávida não ocupa espaço privilegiado e desempenha a função procriativa sem regalias” (BASSANEZI, 2013: 186).

A pesquisa nos documentos clínicos da Colônia de Engenho de Dentro demonstrou que a maioria das imigrantes, foi, em geral, internada pelos mesmos motivos que as brasileiras. Eram raros os casos em que a internação aparecia relacionada, diretamente, ao fenômeno da imigração. Essas mulheres estrangeiras, especialmente as portuguesas, espanholas e italianas, iam parar no hospício, assim como muitas nacionais (especialmente brancas), com frequência, devido à iniciativa da família e por questões relacionadas ao gênero. Contudo, é preciso que se diga que as italianas mostravam, em alguns casos, dificuldades com o idioma; já nas internações de imigrantes russas, sírias e, em alguma medida, alemãs é possível observar o papel de barreiras linguísticas e culturais; elas também compartilhavam com os médicos durante o interrogatório, por vezes, experiências de vida e motivos para migrar relacionados a conflitos políticos.

Ao afirmar que as pacientes imigrantes foram, muitas vezes, internadas pelos mesmos motivos que as brasileiras não queremos dizer que elas não experimentavam situações de vulnerabilidade por serem mulheres imigrantes, mas que, por serem mulheres brancas e desvalidas, muitas sofreram do mesmo modo com o machismo e a pobreza. No entanto, se, por um lado, o processo de chegada de boa parte das imigrantes ao manicômio podia ser bastante similar ao das nascidas em terras brasileiras, por outro, uma vez no hospício, elas passavam, sobretudo as europeias, de imigrantes desejáveis a mulheres degeneradas. A resistência ao trabalho na instituição, certamente, contribuiu para essa visão. Como mencionado no primeiro capítulo, as portuguesas revelaram uma resistência significativa ao trabalho como terapia.

Por sua vez, das 226 pacientes brasileiras com naturalidade informada, correspondentes a 8,7% do total, 32% eram do estado do Rio de Janeiro, 20% da capital federal, 20% de Minas Gerais, 8% de São Paulo, 4% de Pernambuco, 3% do Ceará, 3% da Bahia, 2% do Rio Grande do Sul e 2% do Espírito Santo. Com 1% figuram os seguintes estados: Alagoas, Goiás, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Ou seja, de acordo com esse universo amostral, depois do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo seriam os estados com maior representatividade na população de mulheres internadas na colônia no período estudado. Esses dados apontam para o caldeirão cultural que era o Rio de Janeiro no início do século XX, fruto das grandes imigrações e, também, de um movimento migratório interregional (rural e urbano). Neste caso, nota-se uma maior presença de mulheres oriundas do Sudeste e, em segundo lugar, de naturais de vários estados do Nordeste.

Nos livros de matrícula de pacientes, as cores/raças registradas eram, em geral, apenas três: branca (1.233, 48%), parda (728, 28%) ou preta (612, 24%), o que significa que 52% das internas foram classificadas como não brancas. Há, no entanto, doze menções distintas: morena (oito), mestiça (três) e cabocla (uma).<sup>778</sup> Já nos livros de observação médica, encontramos 33 mulheres apontadas como mestiças, oito como negras, três como morenas, uma como cabocla e outra como cafuza. Esse maior número de mulheres mestiças nos livros de observação parece ir ao encontro dos modos de compreensão dos médicos sobre as teorias da mestiçagem. Apesar da documentação não citar qualquer vínculo pessoal das pacientes com a escravidão, é muito provável que entre as “pacientes de cor” da colônia, sobretudo aquelas internadas no final do século XIX e na primeira década do século XX, houvesse mulheres, de alguma forma, ligadas à escravidão: libertas ou pertencentes à primeira geração de livres. Vale perceber, por último, que outros grupos, como os asiáticos, não se encaixavam no “rótulo cromático” estabelecido e apenas a sua nacionalidade era arrolada, como uma paciente “oriental”.

Quanto ao estado civil das internas, observou-se que a maioria era solteira (52%), vindo em sequência as casadas (27%), viúvas (15%) e com estado civil ignorado ou sem informação (6%). Comparando a gestão de Gustavo Riedel com a de Braule Pinto, verificou-se uma diminuição das mulheres solteiras e viúvas e um aumento das pacientes casadas e com o estado civil ignorado/sem informação. Nota-se que o casamento estava

---

<sup>778</sup> Excluí dezessete mulheres cuja cor não foi registrada.

ao alcance principalmente das mulheres brancas, depois das pardas e, por último, das pretas. Nesse sentido, as taxas de solteirice, entre as mulheres de cor, eram maiores.

Cor/Estado Civil	Solteiras	Casadas	Viúvas	Ignorado
Branças	44%	35%	16%	5%
Pardas	56%	24%	15%	5%
Pretas	65%	15%	14%	6%

Embora nenhuma mulher tenha sido classificada como vivendo em uniões consensuais, muitas das que se declararam casadas e viúvas viviam em uniões informais. No universo das solteiras também havia mulheres em “uniões livres”, como fica claro através da análise das histórias clínicas. Assim, importa destacar que na análise acima consideramos a informação registrada no campo estado civil, apesar de entender que essa informação nem sempre coincide com a realidade vivenciada pelas mulheres.

Tratando das uniões nos segmentos populares, Rachel Soihet aponta que “embora o casamento para a classe dominante fosse a única via legitimada de união entre um homem e uma mulher, constituindo-se para a última no ideal mais elevado de realização, era proporcionalmente pequeno o número de pessoas casadas em relação ao total da população”. Assim, por diversos motivos, dentre eles o custo alto das despesas matrimoniais, “no seio dos populares o casamento formal não preponderava” (SOIHET, 2004: 367-368). Na mesma linha, Carla Pinsky registra que o relacionamento dos casais nas classes mais pobres “era determinado em grande parte pelas condições concretas de existência e seguia regras próprias, mais flexíveis e igualitárias que as definidas nos matrimônios das elites”.

Entre a população pobre, as pessoas se uniam em concubinato e, com frequência, davam origem a crianças bastardas. Dadas as dificuldades com moradia, compartilhavam com outras famílias habitações em cortiços e favelas num ambiente de grande intimidade entre os que viviam sob o mesmo teto. As mulheres em geral exerciam ocupações remuneradas, o que lhes dava uma certa independência (PINSKY, 2013: 479).

A partir de uma análise conjunta dos dados dos livros de matrícula e de observação,<sup>779</sup> constatou-se que 79% das internas tinham entre 15 e 44 anos. Apenas 2%

---

<sup>779</sup> Percebemos que a idade das pacientes nos livros de matrícula da colônia, às vezes, ainda dizia respeito à idade delas quando da entrada no hospício, lembrando que elas podiam ser transferidas para a colônia dentro de poucos dias ou após anos. Já no livro de observação essa informação, em geral, estava atualizada.

da população manicomial tinham menos de 14 anos e 18% tinham mais de 45 anos.<sup>780</sup> Essa grande diferença quanto às faixas etárias parece ter relação sobretudo com a dinâmica da transferência de pacientes do HN para a colônia, apoiada por um trabalho de seleção de pacientes aptas a serem submetidas à praxiterapia. Além disso, num plano mais geral, essas faixas etárias tinham relação com os protagonistas das internações. Por exemplo, o percentual de pacientes de 15 a 19 anos estava diretamente ligado à internação de menores na assistência psiquiátrica pelo Juizado de Menores do Distrito Federal, a partir de meados dos anos de 1920.

As ocupações das internas eram pouco variadas (cerca de 80% das mulheres eram domésticas). Apesar de não ser possível distinguir quais dessas mulheres eram “donas de casa” e quais eram, de fato, empregadas domésticas, é possível perceber que o termo era utilizado, sobretudo, para se referir à mulher que não trabalhava fora de casa. Em 16% dos casos, as internas possuíam a profissão ignorada ou o campo não foi preenchido e em 2%, não tinham profissão. Contabilizamos também que 1% delas era cozinheira (22 eram pretas, uma parda e uma branca; com exceção desta última, que era portuguesa, as demais eram nacionais). As demais profissões representam menos de 1% do total. São elas: professora (oito, brancas), operária (seis, quatro brancas, uma parda e uma morena), lavadeira (seis, duas brancas, duas pardas, uma mestiça e uma preta), copeira (três, duas brancas e uma parda), costureira (três, duas brancas e uma parda), chapeleira (duas, brancas), trabalhadora na lavoura (uma, preta), artista (uma, branca) e florista (uma, branca). Além disso, uma mulher portuguesa (branca) foi classificada como serviçal e outra brasileira (preta) como criada. No campo profissão, ainda encontramos três asiladas (duas brancas e uma parda), uma colegial (branca) e uma irmã de caridade (alemã branca). Além desta religiosa, entre as mulheres brancas citadas, algumas eram estrangeiras: havia uma professora, uma operária e duas copeiras portuguesas, uma professora e uma asilada italianas, uma operária polaca e uma lavadeira argentina.

Notamos um aumento significativo do número de pacientes com profissão ignorada ou sem informação a partir de meados dos anos de 1920. Em relação a isso, é preciso notar que, ao passo que praticamente todas as pacientes transferidas do HN, às vezes mesmo as adolescentes, sobretudo quando pardas ou negras, eram classificadas

---

<sup>780</sup> As pacientes foram agrupadas em doze faixas etárias, e as porcentagens foram: de 10 a 14 (2%), 15 a 19 (11%), 20 a 24 (16%), 25 a 29 (17%), 30 a 34 (13%), 35 a 39 (12%), 40 a 44 (10%), 45 a 49 (7%), 50 a 54 (5%), 55 a 59 (3%), 60 a 64 (2%) e mais de 65 anos (1%). Pacientes com idade ignorada somaram também 1% do total de internas.



como domésticas, as pacientes internadas via serviços de higiene mental eram matriculadas, em diversos casos, sem o registro da profissão. Como o HN devia enviar para a colônia pacientes aptas ao trabalho, é compreensível que quase todas as pacientes transferidas para a colônia por essa instituição fossem classificadas como domésticas. A entrada de pacientes remetidas pelo Juizado de Menores do Distrito Federal nesse período também contribuiu, em alguma medida, para o aumento em questão.

Margareth Rago observa que nos anos de 1920, “com a crescente incorporação das mulheres ao mercado de trabalho e à esfera pública em geral, o trabalho feminino fora do lar passou a ser amplamente discutido, ao lado de temas relacionados à sexualidade: adultério, virgindade, casamento e prostituição”. Nos discursos da época, o mundo do trabalho foi representado pela metáfora do cabaré e o do lar como ninho sagrado da “rainha do lar” e do “reizinho da família” (RAGO, 2004: 588). Nesse sentido, Cláudia Fonseca aponta que “a mulher pobre, cercada por uma moralidade oficial completamente desligada de sua realidade, vivia entre a cruz e a espada”. A autora ainda destaca “que as mulheres pobres sempre trabalharam fora de casa. Com a industrialização, chegaram, junto com as crianças, a compor mais da metade da força de trabalho em certas indústrias, notadamente nas de tecidos”; no entanto, embora em muitos casos garantisse o sustento principal da casa, “o trabalho feminino continuava a ser apresentado pelos advogados e até pelas mulheres como um mero suplemento à renda masculina”. Assim, sem ser considerado como profissão, o seu trabalho, em regra, “era ocultado, minimizado em conceitos gerais como ‘serviços domésticos’ e ‘trabalho honesto’” (FONSECA, 2004: 517). Marina Maluf e Maria Lúcia Mott, por sua vez, chamam a atenção para o fato de que, além das que coabitavam com um homem que não tinha ocupação regular, uma parte significativa das mulheres vivia sem uma presença masculina efetiva no lar, de modo que, para prover a própria subsistência e a da família, elas exerciam várias atividades, algumas extremamente pesadas (MALUF; MOTT, 1998: 400).

Em relação à instrução, nesta análise, desconsideramos todas as pacientes que não possuíam informação a esse respeito (de 2.590 pacientes, apenas 290 tinham o registro da instrução, portanto 11% do total).<sup>781</sup> Dessas 290 pacientes, 66% foram classificadas como analfabetas, 7% como quase analfabetas e 27% como tendo pouca ou alguma instrução. A

---

<sup>781</sup> Foram consideradas analfabetas as pacientes assim denominadas e as classificadas como tendo nenhuma instrução, instrução nula e “não lê e nem escreve”. Já as consideradas quase analfabetas foram aquelas chamadas dessa forma e também como tendo instrução quase nula ou quase nenhuma. No último grupo, incluímos as pacientes classificadas do seguinte modo com relação à instrução: pouca, alguma, rudimentar, saber ler e escrever, primária e regular.

grande maioria das mulheres analfabetas era parda (39%) e preta (28%), representando 67% do total. A mesma conformação é encontrada no grupo das quase analfabetas, onde pardas (45%) e pretas (20%) juntas somavam 65%; do mesmo modo, 33% das mulheres brancas eram classificadas como analfabetas e 35% como quase analfabetas. Já no grupo das mulheres com pouca ou alguma instrução ocorreu o contrário: 68% delas eram brancas e 32% não brancas (23% pardas e 9% pretas). Também encontramos uma proporção significativa de mulheres estrangeiras entre as analfabetas (15%), quase analfabetas (15%) e com pouca ou alguma instrução (23%).

Conforme explica Bebel Nepomuceno, no tempo da Colônia e do Império “a condição jurídica de escravo vetava a negros e negras o acesso à educação formal; no pós-Abolição, por conta do racismo existente na sociedade, essa população encontrou muita dificuldade de obter um lugar nos bancos escolares da rede pública” (NEPOMUCENO, 2013: 389). A autora ainda destaca que “a falta de escolas públicas no país para a população pobre não era o único problema das crianças negras. As poucas delas que conseguiam ingressar na escola tinham pela frente outro obstáculo: o preconceito de colegas e professores” (NEPOMUCENO, 2013: 392).

A necessidade de trabalhar para garantir a sobrevivência da família quase sempre manteve as mulheres negras afastadas do universo escolar, dando-se o mesmo com seus filhos e filhas, ingressados precocemente no mercado de trabalho para ajudar na renda familiar, atuando em trabalhos de baixa remuneração. Porém, os baixos níveis de escolaridade não explicam por si sós a subalternidade da mulher negra no mercado de trabalho. A discriminação racial (além da de gênero) também colabora, e muito, para a precária situação vivida por esse grupo, na comparação com os demais, sobretudo homens e mulheres brancos (NEPOMUCENO, 2013: 394).

Ana Silvia Scott, por sua vez, pensando sobre questões de gênero, observa que enquanto os homens deviam ser educados para se tornarem “plenamente aptos para a responsabilidade de chefes de família”, as mulheres recebiam uma educação visando torná-las “afeiçoadas ao casamento, desejosas da maternidade, competentes para a criação dos filhos e capazes na administração da casa”, como previsto no Decreto-lei 3.200, de 19 de abril de 1941, assinado pelo então presidente Getúlio Vargas (SCOTT, 2013: 20).

Apesar da subnotificação do campo instrução, os médicos da Colônia de Engenho de Dentro registraram muitas vezes, na parte destinada à observação médica, sobretudo a partir da década de 1920, se as pacientes sabiam ler, escrever e contar. Era uma observação que visava, em geral, avaliar supostos problemas de aprendizagem e dialogava mais diretamente com o diagnóstico de debilidade mental. Nesse sentido, não

foram raras as pacientes pobres e trabalhadoras vistas como atrasadas mentais pelo baixo nível cultural alcançado. A escrita não estava, de fato, ao alcance de grande maioria das pacientes da instituição. Porém, como veremos no próximo capítulo, cinco pacientes, mediante grandes esforços, conseguiram escrever cartas para o médico Plínio Olinto.

### **4.3. As mulheres e seus internantes**

#### **4.3.1. Classe, procedência e instituição internante**

As pacientes encontravam-se divididas nas seguintes classes: Distrito Federal (87,25%), indigente<sup>782</sup> (8,6%), indeterminada (1,6%), S.A. [Seção de Administração?] (0,9%), gratuita (0,3%) e pensionistas do HN e, também, dos estados (MG, ES e RJ) (0,3%) e Estado do Espírito Santo (0,2%). As classes Estado do Rio de Janeiro, Estado de Minas Gerais e L. F. [?] registraram apenas uma ocorrência (0,03%). Em 0,4% dos casos, a classe não foi informada. Com exceção da classe das pensionistas, todas as demais designações eram relativas a pacientes não pagantes e não influenciavam no tipo de atendimento ou tratamento oferecido na colônia. As classes, na verdade, distinguem os responsáveis pelo custeamento da internação daquela paciente na assistência psiquiátrica. Assim, para a Colônia de Engenho de Dentro foram transferidas, sobretudo, pacientes que estavam a cargo do Distrito Federal; já as indigentes eram da alçada da municipalidade. Importa sublinhar que o termo indigente não aparece aqui num sentido sociológico. A classe “indeterminada” foi utilizada nos anos 1920 e 1930 e dizia respeito a internações no HN de menores pelo Juizado de Menores do Distrito Federal e, também, a internações realizadas diretamente no HN ou na colônia mediante autorização do Diretor Geral. Em apenas um caso foi encontrado outro tipo de internante relacionado a essa classe: a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial. A classe S.A. aparece na documentação entre fins de 1920 e início de 1930 e estava ligada, sobretudo, à internação de mulheres apresentadas diretamente no HN ou na colônia. Por último, a classe gratuita representa uma nomenclatura utilizada no século XIX, e comportava pacientes internadas no HN pela polícia. As pacientes procedentes e/ou internadas pelo Ambulatório Rivadávia Corrêa possuíam classe DF, indigente, indeterminada e até S.A. Já as pacientes

---

<sup>782</sup> A abreviação ind. foi contabilizada separadamente, mas interpretada como indigente e não como indeterminada – Ind. (149), indigente (74). Duas pacientes indigentes haviam sido anteriormente pensionistas de 4ª classe, e uma outra indigente havia pertencido à 2ª classe no HN. Por último, uma mesma paciente foi registrada como DF e Estado do Espírito Santo, neste caso consideramos a última informação.

do Serviço Aberto do Pavilhão Presidente Epitácio (SAPPE) foram alocadas na classe de indigente (ind.).

Como mencionado diversas vezes no presente trabalho e demonstrado por meio da análise em questão, a Colônia de Engenho de Dentro era destinada a pacientes “indigentes” (não pagantes) do sexo feminino do HN. No entanto, deve-se destacar que a indicação da classe social da paciente poderia ser feita levando em conta especialmente a profissão do pai (PEREIRA, 1973: 21), mas esse dado não consta na documentação clínica analisada.

A grande maioria das pacientes internadas na Colônia de Engenho de Dentro entre 1911 e 1932 procedeu de instituições policiais e, também, criminais<sup>783</sup> (75%), seguidas das advindas da Santa Casa (6%), do Juizado de Menores e outras instituição para menores<sup>784</sup> (3%), da própria Colônia de Engenho de Dentro e seus serviços anexos<sup>785</sup> (3%), de outras instituições médicas e assistenciais<sup>786</sup> (2%), do Hospital Nacional, onde foram apresentadas<sup>787</sup> (1%) e de Estados e localidades<sup>788</sup> (1%). Em 8% dos casos, não foi possível saber a procedência. É possível perceber que, levando em consideração o campo “internante”, tratado a seguir, percebe-se que, em geral, as pacientes sem procedência foram internadas pela RCP e, também, diretamente na assistência psiquiátrica. Cumpre

---

<sup>783</sup> O grupo “polícia” abrangeu as seguintes procedências: diversas unidades da polícia (1.776), apresentada ou apresentou-se à polícia (50), circunscrições urbanas (42), depósito de presos (19), Gabinete Médico-Legal (12), Casa de Detenção do Distrito Federal (12), Secretaria [RCP] (12), Estado do Espírito Santo – Diretor da Segurança Pública (4), colônia correccional de Dois Rios (3), Polícia Marítima (2) e Corpo de Segurança Pública (1). No subgrupo “apresentada ou apresentou-se à polícia”, reunimos pacientes que foram apresentadas ou que se apresentaram à polícia s/i (16), aquelas apresentadas por parente (27) e por homens identificados pelo nome (7), pois, pelo sobrenome, presume-se que seja parente da paciente. Pelas histórias clínicas verificou-se que “apresentou-se” não significa que a paciente tenha, ela própria, se apresentado à polícia.

<sup>784</sup> Aqui incluímos, além do Juizado de Menores (59), a Escola de Menores Abandonados (13), o Instituto 7 de Setembro (8) e, também, o Juízo de Direito da 1ª Vara (2).

<sup>785</sup> Neste grupo, reunimos Colônia do Engenho de Dentro (56), Ambulatório da colônia (17) e Serviço de Higiene Mental (1).

<sup>786</sup> Neste grupo, temos Assistência Pública Municipal (20), Hospital Nossa Senhora da Saúde (7), Asilo de São Francisco de Assis (6), Asilo São Luiz da Velhice Desamparada (3), Casa de Saúde Dr. Eiras (2), Hospital de São Sebastião (2), Hospital São Zacharias (2), Inspetoria de Saúde do Porto (2), Pronto Socorro (2), Asilo Coração de Jesus (1), Asilo do Bom Pastor (1), Assistência Hospitalar do Brasil (1), Casa da Saúde São Sebastião (1), Casa dos Expostos (1), Clínica Neurológica (1), Colônia de Psicopatas de Vargem Alegre (1), Departamento Nacional de Assistência Pública (1), Diretoria de Higiene e Assistência (1), Diretoria Geral da Saúde Pública (1), Hospital de Nossa Senhora das Dores (1), Hospital Hahnemanniano (1), Posto Central da Assistência (1), Pro Matre (1) e Sanatório Botafogo (1).

<sup>787</sup> No grupo “apresentadas no Hospital Nacional”, reunimos pacientes apresentadas pelos seguintes atores: apresentada s/i (4); parentes (10); homens identificados pelo nome (5), pelo sobrenome, presume-se que pelo menos um homem seja parente da paciente; por patroa (1); Dr. Plínio Olinto (5); Dr. Ernani Lopes (1); administrador do HN (3); diretor da colônia (2); e diretor da Assistência a Alienados (1).

<sup>788</sup> Incluímos, além dos Estados do Espírito Santo (15) e de Minas Gerais (7), a localidade de Santa Cruz, no Rio de Janeiro (2).

ainda citar que uma das pacientes internadas na colônia procedeu da Secretária da Presidência da República.

Quando observamos as instituições internantes, verificamos que quase a totalidade (90%) das pacientes admitidas na colônia foi internada por instituições policiais.<sup>789</sup> As instituições restantes foram: Diretor Geral da Assistência a Alienados (3%), Diretor da Colônia de Engenho de Dentro<sup>790</sup> (3%), Juizado de Menores e outras instituição para menores<sup>791</sup> (3%) e outras instituições médicas e assistenciais<sup>792</sup> (1%). Pacientes internadas pela Santa Casa, pelo governo de outros Estados,<sup>793</sup> pela Prefeitura do Distrito Federal, apresentadas no HN e pacientes sobre a qual não foi possível saber a instituição internante representaram menos de 1% do total.

Comparando os percentuais das procedências com os das instituições internantes, nota-se que a proporção de pacientes internadas pela polícia é 15% maior do que a de pacientes procedentes dessa instituição. Isso se deve especialmente ao fato de diversas instituições médicas, como a própria Santa Casa, figurarem, muitas vezes, como procedências, mas não como instituições internantes, na medida em que esse poder era exercido, antes de tudo, pela polícia.

Conforme se poderá observar, as histórias clínicas das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro estão divididas por grupos, de acordo com o internante, na seguinte ordem: Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Polícia do Distrito Federal, patrões e patroas, Juizado de Menores do Distrito Federal e, por último, membros da família e a própria paciente.<sup>794</sup>

Porém, inicialmente é necessário salientar que a loucura será entendida aqui como algo que se encontra nos indivíduos e nos seus ambientes, enfim como um fato médico e, ao mesmo tempo, relacional. Portanto, não se trata de negar ou mesmo reduzir a doença

---

<sup>789</sup> O grupo “polícia” abrangeu as seguintes instituições internantes: diversas unidades da polícia (2.311), Diretor da Casa de Detenção do Distrito Federal (3), Diretor de Segurança Pública do Estado do Espírito Santo (3) e Delegacia Geral de Polícia do Estado do Espírito Santo (2).

<sup>790</sup> Incluímos neste grupo Diretor da Colônia de Engenho de Dentro (64), Ambulatório da colônia, Clínica do Serviço Aberto (1) e Serviço de Higiene Mental (1).

<sup>791</sup> Aqui englobamos, além do Juizado de Menores (59), o Instituto 7 de Setembro (8), a Escola de Menores Abandonados (2) e a Supervisora do Colégio Nossa Senhora Auxiliadora (1).

<sup>792</sup> Neste grupo, temos: Diretor do Asilo São Francisco de Assis (6), Diretor/médico da Assistência Municipal (3), Pronto Socorro (2), Administrador do Hospital de Nossa Senhora da Saúde (1), Asilo do Bom Pastor (1), Assistência Hospitalar do Brasil (1), Clínica Neurológica (1), Departamento Nacional de Assistência Pública (1), Diretor da Assistência Hospitalar do Brasil (1), Diretor da Colônia de Psicopatas de Vargem Alegre (1), Diretor do Hospital Hahnemanniano (1), Inspetor de Saúde do Porto (1), Posto Central da Assistência (1), Sanatório Botafogo (1), Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial (1).

<sup>793</sup> Constam os governos dos Estados do Espírito Santo, de Minas Gerais e Santa Catarina.

<sup>794</sup> O Ambulatório Rivadávia Corrêa e o Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa foram analisados sob essa perspectiva no capítulo 3.

às suas bases patológicas e problemáticas científicas, mas de compreender que ainda que sejam físicas, as doenças são também relacionais.<sup>795</sup> Compreendemos também que muitas mulheres sem perturbação mental foram internadas na assistência psiquiátrica, o que significa que, em vários momentos, a doença aparecia sendo imputada apenas de fora por outras pessoas. O que existia, portanto, eram mulheres sãs, tentando viver, e outros tentando deturpar a sua vitalidade, com esse olhar do poder. Com base nessa linha de pensamento, procuramos obter pistas sobre o adoecimento psíquico das mulheres. A loucura foi buscada na mulher e no seu ambiente doméstico, familiar ou de trabalho, bem como no contexto de uma cidade que convivia com importantes desigualdades de gênero, raciais e sociais e que crescia aspirando a padrões de modernidade.

#### **4.3.2. Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro**

A confraria da Santa Casa da Misericórdia, fundada em 1498 na cidade de Lisboa, graças ao patrocínio régio, “se espalhou por todo o império português e por suas colônias no além-mar, transformando-se ‘na irmandade leiga de maior poder e expressão no que concerne às obras de caridade’” (OLIVEIRA, 2017: 12). No Brasil, o advento das primeiras filiais da Misericórdia data de meados do século XVI, a do Rio de Janeiro tendo sido criada pelo jesuíta José de Anchieta por volta de 1582. No século XVIII, além do hospital e da igreja, a irmandade passou a contar com um recolhimento de órfãos e com a Casa dos Expostos; no ano de 1826, era possível encontrar os alienados em um porão no andar onde funcionava a clínica médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (OLIVEIRA, 2017: 14).

Em 1841, o Hospício de Pedro II foi criado e em 1852 se tornou independente, pelo menos espacialmente, da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (como apontado no primeiro capítulo, a separação administrativa ocorreria apenas em 1889), afirmando-se como uma instituição especializada no tratamento das enfermidades mentais. Depois da polícia, a Santa Casa foi a instituição que mais enviou mulheres pobres para o HN, de onde seguiram transferidas posteriormente para a colônia.

Segundo Gisele Sanglard, antes de se tornar um assunto do Estado, a saúde era no Brasil domínio da Igreja católica. Nesse sentido, a autora esclarece que o Brasil herdou “a tradição católica de socorro à pobreza da colonização portuguesa, centrada nas ações

---

<sup>795</sup> Essa teoria foi desenvolvida por autores denominados intersubjetivistas, liderados por Donna Orange, George Atwood e Robert Stolorow. Esses autores pensam o adoecimento como um processo intersubjetivo, que diz respeito, assim, ao sujeito no ambiente (ORANGE; ATWOOD; STOLOROW, 2015).

pias das irmandades e ordens terceiras, notadamente, nas ações da Irmandade da Misericórdia, em que os papéis do Estado e da Igreja se confundiam”, e que “até o final do século XIX o único hospital geral para o atendimento aos desvalidos da cidade do Rio de Janeiro era o Hospital da Santa Casa da Misericórdia, mantido pela Irmandade da Misericórdia” (SANGLARD, 2008: 26).

De acordo com os relatórios do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, sobretudo da década de 1910, uma parte significativa dos pacientes remetidos para o HN pela Santa Casa iam a óbito, a princípio, no próprio estabelecimento da Praia Vermelha. No relatório da Assistência a Alienados de 1912, por exemplo, era apontado que o movimento geral nos três estabelecimentos dessa assistência havia atingido a enorme cifra de 4.849 doentes. No entanto, a taxa de mortalidade encontrada foi apenas de 7,23%, e segundo o diretor-geral poderia ser menor se não permanesse a seguinte ocorrência: “Nos hospitais da Misericórdia não havendo salas destinadas a pacientes que no curso de qualquer doença apresentam delírios (as mais das vezes infecciosos) são enviados a morrer no Hospital Nacional muitos indivíduos tuberculosos e outros em estado pré-agônico”.<sup>796</sup> Em 1913 e 1914, a mortalidade dos internados no HN foi de 7,85 e 7,7%, respectivamente; mas a direção continuava a reforçar que essa taxa poderia ser menor se a Misericórdia parasse de enviar indivíduos quase moribundos, que, no segundo ou terceiro dias após a entrada, já estavam mortos.<sup>797</sup> Isso acontecia no HN, que era a porta de entrada obrigatória da assistência psiquiátrica nesse momento, mas o que diz a documentação clínica da colônia sobre as pacientes provenientes da Santa Casa de Misericórdia? Tratamos a seguir das histórias clínicas de quatro pacientes provenientes da Santa Casa internadas na Colônia de Engenho de Dentro.

O caso de Ana Pereira<sup>798</sup> (branca, portuguesa, viúva, doméstica, pouca instrução e 33 anos), matriculada em junho de 1916 no HN e em janeiro de 1918 na colônia, parece-nos exemplar do tipo de paciente oriunda da Santa Casa. Esta paciente trouxe do HN o diagnóstico de psicose infecciosa, estado confusional; na colônia, acrescentou-se no diagnóstico uncinariose e impaludismo. Estando em péssimo estado de saúde, a imigrante foi levada para a Santa Casa pelos vizinhos. Desta instituição foi transferida para o HN,

---

<sup>796</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1912a, p. 63; BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Rivadávia da Cunha Correa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1913.

<sup>797</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1915b, p. 76.

<sup>798</sup> N. 1.237, Livro 9 de Observação. Paciente proveniente da Santa Casa, mas internada pela RCP. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

onde entrou em junho de 1916 pesando 30,200kg. Depois de uma série de terapêuticas, aumentou seu peso consideravelmente, alcançando 57kg em março de 1917. Diante de tal melhora deixou o HN licenciada, e quando retornou da licença foi transferida para a Colônia de Engenho de Dentro.

Ana Pereira foi cuidadosamente observada por Gustavo Riedel no HN. Consta, inclusive, no livro que a observação médica desta paciente foi tema de uma comunicação da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal em dezembro de 1916, sendo publicada no periódico *Arquivos Brasileiros de Medicina* em 1917. Os dados anamnéticos foram os seguintes:

Uma irmã deu os seguintes informes: um tio morreu com distúrbios mentais e uma irmã é algo nervosa. Sobre comemorativos pessoais há informes de que a enferma teve um passado mórbido parco. Jamais abusou de bebidas alcoólicas, fazendo, apenas, uso de vinho, como é de hábito em seu país. Tendo casado, houve do matrimônio três filhos fortes, a termo. Sempre foi diligente e ativa, entregando-se com afinco ao trabalho. Há três anos, veio para o Brasil com seu marido, que morria dois anos após. Como meio de vida, e com poucos recursos, adquiriu um pequeno sítio nos arredores de S. Gonçalo, Niterói, lugar conhecido como foco epidêmico, de impaludismo e uncinariose, dedicando-se às lides agrícolas, donde retirava os proventos para a sua subsistência. Há quatro meses adoeceu, tendo crises de agitação, sendo necessário o auxílio dos vizinhos que providenciaram para que a paciente fosse recolhida ao Hospital de Misericórdia de onde a enviaram para o manicômio.

No exame direto, o médico apontou, dentre outros elementos, “estigmas físicos degenerativos, compleição boa, notável emagrecimento, astenia, leve tremor generalizado. Língua saburrosa, anorexia”. Em exame de fezes foi encontrado “grande número de óvulos de áscaris, uncinaria, tricocéfalos e alguns de anguílulas”. Já nas amostras de sangue foi verificada a presença do hematozoário de Laveran (terça benigna) complicando, segundo o médico, o acervo etiológico do caso. No exame mental, o médico registrou “um estado confusional intenso por ocasião da entrada” que, em seguida, somou-se a “síndromes catatônicas francas, revestindo a enferma atitudes místicas”. Logo depois apresentou “um ligeiro desanuviamento para o lado do psiquismo”, mas também “leve crise de agitação psicomotora”. Posteriormente, houve “uma notável depressão do psiquismo”, mostrando-se “apática, em absoluto mutismo, fisionomia indiferente, sonolenta, torpor, recusava os alimentos e remédios, a par de uma progressiva astenia. Em tempo, fez uma tentativa de suicídio, no que foi obstada pelas enfermeiras. Com a curva terapêutica modificou-se a curva térmica, ficando o estado geral estacionário”.



A observação médica dessa paciente vai ao encontro da reclamação do diretor do HN acerca do estado moribundo das pacientes remetidas pela Santa Casa, mas também mostra a correspondência entre doenças físicas e transtornos mentais. Além disso, é importante perceber que essa avaliação anamnética, física e mental mais detalhada de uma paciente com psicose infecciosa e estado confusional, mostrando a relação entre adoecimentos físicos e alterações do psiquismo, foi feita por Gustavo Riedel, que anos depois criaria a Policlínica dos Subúrbios com o fim de evidenciar justamente a dita relação.

Gustavo Riedel realizou uma prova sobre psicoses infecciosas em abril de 1910 no âmbito do concurso para o lugar de alienista adjunto das Colônias de Alienados. Nela, ele não indicou apenas que Kraepelin distinguia nas psicoses infectuosas “o delírio febril,<sup>799</sup> o delírio infectuoso propriamente dito e os estados de enfraquecimento psíquico pós-infectuoso”, como comentou que, sobre tais psicoses que seriam mais próprias dos climas tropicais, “a literatura nacional possuía, na verdade, um significativo trabalho de conjunto, tendo, além do relatório apresentado pelo professor Antonio Austregésilo<sup>800</sup> (1876-1960) ao IV Congresso Latino Americano, alguns trabalhos isolados escritos em geral por não especialistas”. Ana Pereira permaneceu na assistência psiquiátrica três anos e meio, dos quais quase dois anos foram na colônia, de onde saiu removida para o HN por não se prestar ao regime colonial em dezembro de 1919.

O segundo caso selecionado é o de uma mulher que foi hospitalizada na Santa Casa por ocasião da epidemia de gripe e que deu entrada no HN com perda de peso e desnutrição. Alexandrina Machado<sup>801</sup> (preta, brasileira, solteira, doméstica, analfabeta, 19 anos, diagnosticada com imbecilidade, internada no HN em setembro de 1918 e enviada para a colônia em outubro de 1919) trouxe do HN a seguinte nota: “entrou por

---

<sup>799</sup> Paulo Dalgalarrodo *et al.* destacam que “os termos delírio e delirium têm um uso variado e muitas vezes dúbio ou repleto de ambiguidades na tradição médica e psicopatológica, nos últimos dois séculos” (DALGALARRONDO *et al.*, 2020: 648). No mundo francófono, “designava-se o delirium por *délire aigüe* ou *délire febrile* (mas às vezes usava-se apenas o termo *délire*); já para se indicar psicose em geral (alienação ou insanidade mental), lançava-se mão de *délire chronique sans fièvre*”; já nos ambientes português e espanhol, “têm-se as mesmas dificuldades que no francês. Delírio, no século XIX e primeira metade do XX, é frequentemente usado como sinônimo de delirium orgânico, febril, mas também é empregado com o sentido de ideia delirante” (p. 649). Segundo os autores, em geral, principalmente em trabalhos do século XIX, como se passava na França, “delírio foi usado como sinônimo de alienação mental, psicose ou doença mental grave que perturba globalmente as funções mentais, sobretudo a esfera ideativa” (p. 649).

<sup>800</sup> Para conhecer a contribuição do neurologista e neuropsiquiatra Antonio Austregésilo para o estudo psicopatológico e sistematização das chamadas psicoses infecciosas no Brasil ver DALGALARRONDO *et al.*, 2020.

<sup>801</sup> N. 1.369, Livro 10 de Observação. Procedeu da Santa Casa e foi internada pela RCP. Trabalhava no galinheiro, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

ocasião da gripe pandêmica. Em sua nota de entrada lê-se <<estado geral péssimo, próximo à caquexia>>. Pois bem, a doente, hoje, engordou notavelmente. Trabalha como auxiliar da enfermaria de velhinhas débeis”. Na colônia, foi observada pelo médico Waldemar de Almeida, que registrou o seguinte:

É uma mulher moça, expressão fisionômica atoleimada, atitude calma. Compleição boa, bem nutrida. Tegumento cutâneo com grande número de manchas escuras (tronco, membros inferiores). Marcha claudicante, ligeiro *pied-bot*. Atrofia não mui acentuada do pé direito. Seio direito menor do que o esquerdo. Estigmas físicos degenerativos. Língua com leves tremores. Disartria. O exame psicológico revela uma grande deficiência de suas faculdades, uma parada de desenvolvimento, que atinge as raias da imbecilidade.

A dificuldade de cuidar de um membro da família, sobretudo quando doente mental, durante um cenário desfavorável como o da gripe de 1918 pode ter contribuído para a internação de algumas pacientes. Conforme aponta Nilson do Rosário Costa, em fins de 1918, além da carestia de recursos médicos e farmacêuticos, a população precisou enfrentar também o desabastecimento de gêneros alimentícios. Diversos bairros populares “ficaram totalmente expostos à fome” (COSTA, 1985: 91). Sabemos que Alexandrina foi internada por ocasião da pandemia, mas não sabemos porque ela continuou internada após melhorar seu estado de saúde; talvez tenha perdido a pessoa que cuidava dela durante a pandemia. O fato é que ela permaneceu na Colônia de Engenho de Dentro por mais de 25 anos, sendo em junho de 1945 remanejada para o Instituto de Psiquiatria. Importa destacar que outras pacientes pobres, debilitadas, com redes de apoio fragilizadas ou inexistentes, como Alexandrina, foram internadas no HN no período da gripe pandêmica e posteriormente seguiram para a Colônia de Engenho de Dentro. Com um quadro de excesso de lotação por conta da pandemia, a Santa Casa intensificou as transferências de mulheres consideradas doentes e inválidas para o HN.

O terceiro caso clínico é o da paciente Rosalina de Jesus<sup>802</sup> (preta, natural da Bahia, solteira, doméstica, 31 anos, diagnosticada com histeria) que trouxe do HN a seguinte nota: “Esta doente que se manteve meses abasia-astasia<sup>803</sup> (andando, porém, de joelhos), ao parecer de franco pitiatismo, ficou curada e passou a trabalhar no refeitório

---

<sup>802</sup> N. 1.491, Livro 12 de Observação. Procedeu da Santa Casa de Misericórdia e foi internada pela RCP. Foi internada no HN em setembro de 1919 e enviada para a colônia em setembro de 1920. Não trabalhava, o tratamento foi a clinoterapia e o prognóstico, favorável.

<sup>803</sup> Abasia-astasia: incapacidade de estar de pé e andar, devido à falta de coordenação motora, sem alteração da força muscular ou da sensibilidade.

da seção. É de mau humor habitual”. Em 8 de outubro de 1920, foi observada por Waldemar de Almeida, que apontou o seguinte:

Morava na Bahia, em Belmonte, de onde veio há mais de um ano. Esteve antes em Vitória, onde ficando sem recursos resolveu vir a pé ao Rio; gastou nesta viagem cerca de dois meses e chegou a Niterói extenuada; tomando a barca ao descer da ponte, caiu e não soube mais andar. Foi recolhida à Santa Casa, onde permaneceu alguns meses; de uma feita teve um ataque, o que parece de natureza histérica; foi mandada ao Hospital Nacional e dali para este asilo.

Rosalina andou a pé de Vitória, no estado do Espírito Santo, até Niterói (Rio de Janeiro), levando cerca de dois meses e percorrendo em torno de 500 quilômetros de distância. Extenuada, sem conseguir ficar em pé e marchar, acabou sendo enviada para a Santa Casa de Misericórdia, de onde foi transferida para o HN após ter um ataque aparentemente histérico. No HN, a paciente foi vista como um caso de astasia-abasia histérica. Já a observação feita por Waldemar de Almeida, focalizando na longa jornada a pé da paciente, dá outro sentido à sua perturbação funcional. Além disso, o médico apontou que a paciente respondia com certa coerência às suas múltiplas perguntas, era “calma, obediente e pouco comunicativa”; tinha vontade e afetividades diminuídas e “percepção relativa ao seu limitado ciclo de aquisição. Nível mental inferior, inculto”. Não revelava distúrbios psicossensoriais e se achava contente na colônia.

Será que Rosalina (que nasceu provavelmente no ano da abolição) foi uma das negras baianas que, com o fim da escravidão, migraram para o Rio de Janeiro em busca de melhores condições de vida? Conforme explica Mônica Pimenta Velloso, “não foi apenas por ser a capital da República que o Rio foi procurado, mas também porque os negros baianos já identificavam a cidade com as suas origens”, devido ao fato de que muitos dos seus descendentes estavam estabelecidos no Rio desde o final do século XIX (VELLOSO, 1990: 209). Ela foi transferida para o HN por não se prestar ao regime colonial em outubro de 1921, permanecendo assim por pouco mais de um ano na colônia. Na assistência psiquiátrica, ela já estava há mais de dois anos.

Duas observações parecem pertinentes a propósito desse caso. Uma é sobre a histeria que, com Babinski (1857-1932), “foi concebida como uma ‘simulação’ e inserida no campo psiquiátrico”. O médico francês propôs que as perturbações históricas suscetíveis de cura pela persuasão fossem denominadas pitiatismo (NUNES, 2010: 378). Em segundo lugar, como observa Huertas, a partir do conceito de “doença mental transitória” e da aplicação de seu modelo “vetorial” nos viajantes loucos, por Hacking, o chamado automatismo ambulatorial se apresentou como um fenômeno capaz de ser

incluído em uma taxonomia já estabelecida. Segundo Huertas, “histérica ou convulsiva, a nova condição poderia ser considerada tão real, tão natural, quanto a histeria ou a epilepsia, porque nada mais era do que uma variedade de uma doença suficientemente admitida e reconhecida” (HUERTAS, 2012: 107). É importante esclarecer que a atitude dos viajantes loucos de se ausentar de suas casas e locais de trabalho para perambular, eventualmente se deslocando por grandes distâncias, foi descrita pela primeira vez por Philippe Tissié em 1887 e recebeu inicialmente o nome de automatismo ambulatório (p. 106).

O quarto caso clínico é o de uma paciente diagnosticada com psicose alcoólica. Maria Amélia<sup>804</sup> (preta, natural da Bahia, viúva, doméstica, 60 anos, internada no HN em novembro de 1912 e transferida para a colônia em junho de 1913) foi observada na colônia em 29 de agosto de 1917 por Waldemar de Almeida, a quem contou “que foi presa porque um negro baixinho deu-lhe um pontapé e ela caiu, com fortes dores nas virilhas, sendo levada para a Assistência e dali para a Santa Casa, onde, tendo chamado um estudante de ‘caduco’, foi considerada doida e enviada para o Hospício”. Fica claro através desse exemplo que a Santa Casa também transferiu para o HN enfermas consideradas agressivas e incômodas.

O médico registrou que a paciente tinha “estigmas físicos degenerativos e caracteres étnicos próprios à raça negra”, estava um pouco magra e era viciada em mascar fumo. Apresentava desorientação no lugar e no meio, “diz que [aqui] é a ‘cadeia’. Sabe que hoje é quarta-feira, porém não informa sobre a data, mês e ano”. Tinha memória lacunosa, puerilismo mental, nível mental inferior (sem cultivo) e julgamento, ética e estética muito atingidos. O humor era benévolo e a vontade se achava presente, “está ansiosa por sair daqui”. Confessava “o uso anterior de bebidas alcoólicas, dizendo que já esteve duas vezes na Colônia Correccional. (...) Pergunta-nos se conhecemos o Coronel Meira Lima, e diz que já esteve [de] 12 a 14 meses naquele presídio”.

Quanto ao trabalho, Waldemar de Almeida apontou o seguinte: “não gosta de trabalhar, apenas de dinheiro, que é, diz, a única coisa que limpa o caráter da pessoa (sic)”; no meio “foi sempre inquieta e loquaz, sempre procurando esquivar-se às ocupações de qualquer natureza, pois diz que não ganha nada na casa e que, portanto, não deve trabalhar”. Como veremos mais adiante nas histórias clínicas de empregadas domésticas internadas por patrões e patroas, muitas “mulheres de cor” lutaram contra formas de

---

<sup>804</sup> N. 529, Livro 2 de Observação. Procedeu da Santa Casa, mas foi internada pela RCP.

trabalho análogas à escravidão. A fala de Maria Amélia de que “não gostava de trabalhar, apenas de dinheiro, única coisa que limpava o caráter da pessoa” parece ir ao encontro dessa luta e especificamente da separação entre trabalho e salário.

Maria Amélia pedia, segundo o médico, “com empenho a sua alta, pois necessita ver uma sua filha moça e tratar da vida dela”. No entanto, acabou permanecendo quase sete anos na colônia, onde faleceu de arteriosclerose em fevereiro de 1920. Neste ponto, vale destacar a negação da maternidade das mulheres negras, algo que, segundo Marília Ariza (2017), serviu para arregimentar trabalhadores menores de idade na cidade de São Paulo. Segundo a autora, “representadas como incapazes de cumprir os deveres e virtudes maternas definidos pela crescente normatividade burguesa, empobrecidas e moralmente atacadas, essas mulheres e seus filhos enfrentaram desafios particulares no desenrolar da emancipação” (ARIZA, 2017: 408). Esse tema também será tratado com mais detalhe adiante, no item “Juizado de Menores”.

Por meio da análise dessas e de outras histórias clínicas de pacientes proveniente da Santa Casa, foi possível perceber que essa instituição teve um papel crucial na internação de pacientes na assistência psiquiátrica do Distrito Federal. Eram, muitas vezes, mulheres que buscaram ou foram enviadas para a Santa Casa para fazerem tratamentos médicos e cirúrgicos, mas acabaram sendo remetidas para o HN. Além de portadoras de doenças infecciosas, havia mulheres oligofrênicas, epiléticas, alcoolistas, nervosas, com deficiências físicas, grávidas, debilitadas, desamparadas. As internações feitas pela Santa Casa mostram, de modo significativo, a relação entre a institucionalização psiquiátrica e as péssimas condições de vida e saúde da população. Ao encaminhar mulheres pobres e enquadradas como loucas para uma instituição especializada no tratamento das enfermidades mentais e nervosas, a Santa Casa não deixou de participar da política higienista e de “limpeza do espaço urbano” do período.

#### **4.3.3. Polícia do Distrito Federal**

Como vimos anteriormente, a polícia foi responsável por quase a totalidade das internações das pacientes matriculadas na Colônia de Engenho de Dentro entre 1911 e 1932. O fato é que a assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro não pode ser entendida sem a participação da Polícia do Distrito Federal. Era essa instituição que fazia o

encaminhamento de indivíduos suspeitos de alienação mental para o Pavilhão de Observação.<sup>805</sup>

A família, em regra, não podia acionar diretamente o pessoal desse estabelecimento, a não ser que fosse para internar seu parente como pensionista. Desse modo, era através da polícia que a população conquistava uma vaga gratuita no HN. Além disso, encontramos nos livros de matrícula da Colônia de Engenho de Dentro 107 pacientes classificadas como “impedidas”. Tratava-se de pacientes condenadas ou menores de idade que não podiam sair da instituição sem a prévia autorização da Repartição Central da Polícia.

De acordo com Marcos Luiz Bretas e André Rosemberg, os inícios da polícia brasileira correspondem à criação tanto da Intendência Geral de Polícia (1808) como da Guarda Real de Polícia (1809), estando ligados, portanto, à vinda da Coroa portuguesa para o Brasil em 1808. Nessa época, segundo os autores, “a ideia de polícia comporta uma visão muito mais ampla de gestão da ordem, envolvendo tarefas que mais tarde vão ser atribuídas a outros órgãos do Estado” (BRETAS; ROSEMBERG, 2013: 167).<sup>806</sup> Já a função pericial foi integrada, de modo definitivo, à estrutura da Secretaria de Polícia da Corte em 16 de abril de 1856, através do Decreto n. 1.746. Os médicos (apenas dois efetivos e dois “consultantes”), lotados em uma Seção Médica, “tinham a incumbência de realizar os ‘corpos de delito, e quaisquer exames médicos necessários para averiguação dos crimes e fatos como tais suspeitos’” (GIOVANELLI, 2020: 406). A partir da reorganização do serviço policial do Distrito Federal estabelecida pelo Decreto n. 3.640, de 14 de abril de 1900, foi criado o Gabinete Médico-Legal, onde deviam ser então realizados, de acordo com o item 4 do artigo 49, os “exames de indivíduos suspeitos de sofrer das faculdades mentais, quando encontrados em abandono ou forem incriminados” (BRASIL, 1900). A partir desse momento, os médicos do Gabinete Médico-Legal da

---

<sup>805</sup> Muñoz, Facchinetti e Dias destacam que o Pavilhão de Observação (PO) ocupava um espaço entre o HN e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, pois além de funcionar como a porta de entrada para uma parcela significativa dos doentes do HN, era dependente economicamente deste estabelecimento. Ao mesmo tempo, era administrado pela Faculdade de Medicina e fazia parte desta como espaço de ensino da clínica psiquiátrica (MUÑOZ; FACCHINETTI; DIAS, 2011: 90). Para conhecer o processo de construção e disseminação do ensino e pesquisa produzidos no âmbito do Pavilhão de Observação/Instituto de Psiquiatria ver MATHIAS, 2017. Cátia Mathias evidencia “as atribuições do Pavilhão/Instituto de Psiquiatria, como uma instituição de ensino médico especializado, que contribuiu para a formação e capacitação de especialistas, de acordo com as necessidades da sociedade da época, e que passaram a clinicar, não só no Distrito Federal, como também em outras localidades brasileiras” (MATHIAS, 2017: 163). Para saber mais sobre a criação e o funcionamento do Pavilhão de Observação, ver ENGEL, 2001; VENANCIO, 2003; MUÑOZ, 2010, 2015; DIAS, 2010; OLIVEIRA, 2013.

<sup>806</sup> Para um painel da constituição da polícia no Distrito Federal, ver BRETAS, 1997a e 1997b.

Polícia da Capital faziam na RCP os exames prévios desses indivíduos antes deles serem recolhidos ao HN. Os indivíduos com resultado positivo para a alienação mental na polícia eram encaminhados para mais um exame no Pavilhão de Observação, de onde, se confirmada a alienação, eram transferidos para o HN (MUÑOZ; FACCHINETTI; DIAS, 2011: 88). Os autores também identificaram, por meio de um levantamento nos Relatórios do Serviço Policial (1901-1912), um aumento significativo no número de exames de alienação mental feitos na polícia, passando de 640 exames em 1901 para 1.600 em 1922 (p. 89).

Passados três anos do decreto que reorganizou a polícia, diante das propostas de reformulação do Gabinete Médico-Legal feitas por Afrânio Peixoto, foi publicado o Decreto n. 4.864, de 15 de junho de 1903, que mandava observar o regulamento para o serviço médico-legal do Distrito Federal. Mas as mudanças só foram possíveis com a aprovação do Decreto n. 6.440, de 30 de março de 1907, que dava novo regulamento ao serviço policial do Distrito Federal, e com a nomeação de Afrânio Peixoto como o primeiro diretor do agora chamado Serviço Médico-Legal.

Ao longo das primeiras décadas do século XX, a Chefatura de Polícia do Distrito Federal pressionou a Diretoria Geral da Assistência a Alienados no sentido de enviar para o Pavilhão de Observação levas cada vez maiores de indivíduos suspeitos de alienação. Isso gerou tensões e questionamentos de ambos os lados, como fica evidente nas correspondências do MJNI das décadas de 1910 e 1920. Assim, em 5 de agosto de 1911, o chefe de polícia Belisário Távora (1868-1947) escrevia para o MJNI, Rivadávia Corrêa, comunicando que do HN havia saído com alta um grande número de alienados “muitos dos quais são logo colhidos nas ruas pela polícia, praticando desatinos, quando não seja cometendo crimes (...)”. Devido a isso, pedia ao ministro providências para que fossem atenuados “esses inconvenientes da despedida em massa de infelizes loucos que, mal curados e entregues a si próprios, tornavam-se um perigo constante nas ruas desta Capital”.<sup>807</sup> Juliano Moreira, diretor geral da Assistência a Alienados, por sua vez, em 10 de maio de 1913, no relatório enviado ao MJNI, apontou que, tendo em vista a “desusadamente excedida lotação dos pavilhões destinados a receber os doentes enviados pela Polícia com indícios de alienação mental”, foi solicitado ao chefe de polícia pelo diretor interino do Instituto de Neuropatologia (Pavilhões de Admissão) para que fosse sustada a remessa de novos doentes. Esse, porém, objetou “que não dispunha de local

---

<sup>807</sup> Ofício n. 551, Is3 20, Arquivo Nacional.

onde alojar os insanos que eram remetidos das diversas delegacias”.<sup>808</sup> Na documentação do IMAS-NS, é possível encontrar diversos ofícios remetidos por Juliano Moreira ao chefe de polícia pedindo a recondução de enfermos e também solicitando passagens para outras cidades e estados para pacientes que se achavam com alta.<sup>809</sup> Assim, se, por um lado, é possível pensar que os médicos reagem pouco a algumas internações, possivelmente arbitrárias, por outro, há que se considerar que existiam outras relações de poder por trás dos processos de internamento. Os médicos, além de não deterem boa parte do controle sobre as internações, ainda enfrentavam vários obstáculos na hora de dar alta médica para os pacientes apresentados na assistência psiquiátrica pela polícia.

A substituição do Serviço Médico-Legal pelo Instituto Médico-Legal e o novo regulamento da Assistência a Psicopatas aprovado em 1927 introduziram algumas mudanças. Em 1924, através do decreto n. 16.670, de 17 de novembro, foi aprovado o regulamento do Instituto Médico-Legal, que passava a ser subordinado diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e não mais à polícia (BRASIL, 1924). Na prática, os indivíduos suspeitos de alienação passavam a ser remetidos para o HN diretamente das delegacias. Isso foi notado, inclusive, no âmbito das instituições internantes de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro a partir, sobretudo, do início de 1925. A nova situação deu margem para críticas por Henrique Roxo (1877-1969), diretor do Pavilhão de Observação, que apontava no relatório da Assistência a Alienados de 1923 enviado ao Ministro da Justiça a necessidade de ampliação da clínica psiquiátrica, tendo em vista o crescente número de pacientes para ela remetidos diariamente pelo IML.<sup>810</sup>

Quando se compara os regulamentos de 1911 e 1927, percebe-se que enquanto o primeiro consagra que a admissão dos enfermos indigentes só poderá ser realizada mediante requisição do chefe de polícia ou do prefeito do Distrito Federal (Art. 92 do Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911), o segundo ampliou o número de atores institucionais envolvidos nesse processo. Assim, além dos dois já referidos, os delegados de polícia, o diretor geral da Assistência a Psicopatas, os diretores dos hospitais e das colônias e, também, os encarregados dos ambulatórios e dos serviços abertos podiam solicitar a internação de enfermos indigentes (Art. 143 do Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927). Deve-se destacar, nesse caso, a participação dos serviços abertos na

---

<sup>808</sup> Relatório de Juliano Moreira, 10/05/1913, Is3 20, Arquivo Nacional.

<sup>809</sup> Caixa 1.050, CETAPE, IMAS-NS.

<sup>810</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1924, p. 69.



internação de pacientes tanto na colônia como no HN. Entretanto, apesar da ampliação dos atores autorizados a internar pacientes na assistência psiquiátrica, durante todo o período estudado, e, sobretudo, até meados de 1920, no Rio de Janeiro, coube à Polícia do Distrito Federal, de modo hegemônico, “dar o devido destino” aos pobres suspeitos de loucura.

Conforme observam Muñoz, Facchinetti e Dias, isso acontecia porque já existia uma demanda de parte da população pela assistência psiquiátrica, “seja pelo entendimento de que este saber seria uma arte de curar, seja apenas pela busca de um lugar para se internar o membro da família que fugiu do controle” e, também, porque era mediante o requerimento policial que famílias que não podiam arcar com os custos da internação conseguiam fazer ingressar seus parentes gratuitamente na condição de custeados pelo Distrito Federal (MUÑOZ; FACCHINETTI; DIAS, 2011: 87). A instituição policial, segundo os autores, era responsável pela maior parte dos requerimentos de internação no PO, e apesar de pacientes homens, provenientes dos distritos policiais, representarem um número maior em comparação às mulheres, eles entendem, na mesma linha que Rohden (2001), “que a iniciativa tomada pelos familiares para a internação das mulheres estava diretamente ligada à ação do poder patriarcal e à submissão feminina” (p. 87). Isto de fato aparece nas histórias clínicas das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro. Por meio da análise da documentação da colônia, constatamos que, na maioria das vezes, as pacientes foram internadas pela polícia depois que suas famílias ou patrões informavam que elas sofriam das faculdades mentais. Em alguns casos, as próprias pacientes aparecem solicitando sua admissão. A polícia, em geral, ocultava a identidade desses solicitantes diretos. Assim, a única forma de saber se a internação foi pedida por eles ou se, de fato, a paciente foi presa e levada para a assistência psiquiátrica pela polícia é pela análise das histórias clínicas. A internação psiquiátrica foi algo bastante tangível para muitas famílias e patrões, graças à intermediação realizada pela Polícia do Distrito Federal. Assim, não só as patologias, mas inúmeros conflitos de gênero, raça e classe, de maneira imbricada, moldaram as características da população manicomial.

Matérias sobre as pacientes da Colônia de Engenho de Dentro nos ajudaram a compreender a trajetória de muitas mulheres até o hospício. Desde fins do século XIX, a psiquiatria se afirmava como instância legítima no tratamento da doença mental (ENGEL, 2001) e a imprensa, como caixa de ressonância, dedicava-se a retratar a presença dos indivíduos loucos entre as famílias e nas ruas da cidade para os quais a intervenção da

polícia era apresentada à sociedade como imprescindível. Assim sendo, percebemos que o tema da loucura foi abordado de quatro formas nessas reportagens:

1. Realização de exames de sanidade mental. Tratava-se da publicação de pequenas notas intimando indivíduos a comparecer à RCP a fim de se submeter a um exame de sanidade mental. Em alguns casos, os distritos policiais eram comunicados pela família ou pela própria vizinhança sobre um caso de suspeita de loucura, sendo o indivíduo levado ao Gabinete Médico-Legal na Polícia Central, submetido ao exame de sanidade mental e, dependendo do resultado, encaminhado para o HN;

2. Interdição de pacientes, através da divulgação de notas sobre ações procedentes das Varas de Órfãos e ausentes;

3. Matérias ligeiras sobre mulheres pobres consideradas desordeiras e loucas, e levadas, muitas vezes, no carro-forte para o hospício. O foco parece recair sobre mulheres que não hesitavam em reagir à agressão de companheiros e rivais e também à repressão policial.

4. Reportagens mais aprofundadas sobre casos polêmicos e controversos. Esse foi o caso de matérias envolvendo as seguintes pacientes da colônia: Sarah Johnson, que antes de entrar na colônia teria sido brutalmente espancada no Hospital Evangélico, e Alzira Santos, que pôs fogo em sua casa. As duas pacientes pertenciam a famílias mais abastadas.

Sobre a realização de exames de sanidade mental, podemos citar o caso da paciente Firmina M. F.,<sup>811</sup> parda, brasileira, casada, doméstica, 23 anos, diagnóstico de histeria, internada no HN em 8 de setembro de 1920 e transferida para a colônia em 25 de maio de 1921. No dia 19 de julho de 1920, os jornais *Gazeta de Notícias*, *Correio da Manhã* e *Jornal do Brasil* retrataram a internação de Firmina no HN, passando antes pela polícia, após ter um acesso de loucura em sua residência. Os dados apresentados nas reportagens coincidem com os da sua matrícula (idade, cor, distrito policial, estado civil).<sup>812</sup> A reportagem do *Jornal do Brasil* dizia o seguinte:

As autoridades policiais do 16º Distrito mandaram ontem para a Repartição Central da Polícia, afim de ser submetida a exame de

---

<sup>811</sup> N. 1.599, Livro 13 de Observação. Permaneceu 51 dias na colônia, de onde saiu removida para o HN por ser doente, agitada, rebelde, não adaptável ao regime colonial.

<sup>812</sup> Com exceção do estado civil informado (solteira) na *Gazeta de Notícias* e do Distrito Policial referenciado no *Correio da Manhã* (12º DP).

sanidade, a doméstica F. M. F.,<sup>813</sup> casada e com 23 anos de idade, por ter sido acometida de um acesso de loucura.<sup>814</sup>

Segundo a matéria da *Gazeta de Notícias*, Firmina, “moradora à Rua Mendes Tavares, n. 28”, “foi acometida de um forte acesso de loucura na sua residência, dificilmente pôde ser levada para a delegacia, onde tentava agredir aos que se lhe aproximavam”.<sup>815</sup> Já a reportagem do *Correio da Manhã* repetiu que Firmina estava em sua residência quando foi acometida de um forte acesso de loucura, pelo que sua família achou de bom aviso interná-la no hospício.<sup>816</sup> O caminho descrito nessas notas era o caminho percorrido por várias mulheres internadas na assistência psiquiátrica do Distrito Federal por parentes e patrões.

Como exemplo de matérias retratando loucas pobres e novamente sobre a realização de exames de sanidade mental, podemos nos referir ao caso de Regina F. M.<sup>817</sup> (parda, brasileira, casada, doméstica, 25 anos, diagnosticada com psicose tóxica alcoólica/alcoolismo, procedente do 23º DP e internada em 11 de julho de 1920 no HN pela RCP, sendo transferida para a colônia em 4 de maio do ano seguinte). Regina foi observada na colônia pelo médico Plínio Olinto que apontou que a paciente contava que seu internamento no Hospital havia sido promovido por vizinhos que não gostavam dela. Porém, de acordo com reportagens de jornais do dia 5 de abril de 1920, ou seja, em torno de três meses antes dela ser internada, a paciente havia agredido o marido que acabou solicitando à polícia sua remoção para o HN. A reportagem da *Gazeta de Notícias* focalizou na questão do exame de sanidade mental:

Para ser examinada – A polícia do 23º Distrito enviou ontem para a Polícia Central, a fim de ser examinada, R. F. M., branca, de 21 anos, casada com José Bernardo de Souza e residente em Deodoro.  
Rosa, que apresentava sintomas de alienação mental, feriu o marido com um ferro, e depois de examinada terá o conveniente destino.<sup>818</sup>

Já a matéria de *O Paiz*, intitulada “Enlouqueceu e agrediu o esposo”, dava destaque à pobreza e, também, à periculosidade. A loucura aparecia como uma ameaça

---

<sup>813</sup> Nas reportagens, os nomes das pacientes foram substituídos por siglas das primeiras letras de seus nomes.

<sup>814</sup> AS AUTORIDADES policiais (...). *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 199, 19 de julho de 1920, p. 4.

<sup>815</sup> EM CAMINHO do hospício – Uma louca. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XLV, n. 198, 19 de julho de 1920, p. 3.

<sup>816</sup> ENLOUQUECEU. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XX, n. 7.810, 19 de julho de 1920, p. 3.

<sup>817</sup> N. 1.578, Livro 12 de Observação. Regina foi eliminada do quadro de pacientes da instituição em janeiro de 1922 por não retornar de uma licença obtida em julho de 1921.

<sup>818</sup> PARA ser examinada. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XLV, n. 94, 5 de abril de 1929, p. 6.

silenciosa, emergindo em ambientes modestos. Regina, em um ataque de loucura, agrediu o marido e acabou sendo removida, em carro forte, para a chefatura de polícia e, depois, para o HN:

Na modesta casinha de Deodoro, onde viviam, José Bernardo de Souza e sua esposa, R. F. M., passavam a vida relativamente feliz...

Sem riquezas, vivendo com parcimônia, o casal esperava dias mais ditosos quando, de súbito, cai-lhe em casa o infortúnio, com a insônia da esposa.

Rosa foi atacada de loucura e num gesto alucinado, armou-se de um arco de barril e agrediu o esposo, ferindo-o na cabeça, numa extensa brecha, de onde o sangue jorrou abundantemente. Prevenidas as autoridades do 23º Distrito, a louca foi subjugada a custo e removida, em carro forte, para a chefatura de polícia e daí para o Hospital de Alienados; Rosa conta apenas 21 anos, é branca e brasileira.<sup>819</sup>

Já a reportagem de *O Jornal*, “Enlouqueceu e feriu o marido”, esclarecia que, diante da agressão, foi o marido quem solicitou junto à polícia a remoção de sua esposa para o hospício:

José, diante do estado da sua mulher, pediu à polícia do 23º Distrito a remoção de Rosa para o Hospício Nacional, tendo sido a infeliz mulher removida para a Polícia Central com esse fim.<sup>820</sup>

Tratamos a seguir de cinco pacientes internadas pela polícia na colônia. Nos dois primeiros casos, além das histórias clínicas, contamos com a utilização de reportagens de jornal. Devemos assinalar que, nesta seção, selecionamos casos em que a polícia atuou de forma mais independente da família, muito embora esta última não esteja de todo ausente, particularmente no primeiro caso. Neste, analisamos a história da paciente Alzira Santos (parda, brasileira, solteira, doméstica, 20 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva), que escapou de ir para a cadeia por duas vezes graças a uma combinação de seu marido com a polícia para que ela fosse enviada para o HN. A questão da condição social parece ter sido decisiva para que ela não fosse presa, mas apreendida como legalmente irresponsável e enviada para o manicômio.

No dia 17 de abril de 1923, Alzira, conforme noticiado em jornais da época, ao que tudo indicava, teria sido a responsável pelo incêndio que reduziu a cinzas uma casa situada à rua Barão de São Francisco, em Vila Isabel, onde ela morava com o marido, o negociante J. F., e três filhos. Segundo uma reportagem publicada no jornal *Imparcial*, no momento do incêndio estavam na residência Alzira e seu filho menor de 6 anos, os

---

<sup>819</sup> ENLOUQUECEU E AGREDIU o esposo. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 12.961, 5 de abril de 1920, p. 5.

<sup>820</sup> ENLOUQUECEU E FERIU o marido. *O Jornal*, Rio de Janeiro, ano II, n. 293, 5 de abril de 1920, p. 4.

quais foram retirados do quarto por três homens. O depoimento da criança (dizendo que a mãe aproximou uma vela acesa da cortina de um oratório fazendo-a arder e que o agarrou quando ele tentou fugir), inclusive, teria sido decisivo para a acusação que pesava sobre a paciente.

Ainda segundo a matéria, em outra ocasião ela havia ferido à faca o esposo na cabeça, sendo recolhida ao HN “por combinação havida entre o delegado do 16º Distrito e o marido da louca” que, tempos depois, com saudades, “foi àquele hospital e conseguiu a alta da esposa, que, uma vez em casa, teria repetido a cena anterior, ou melhor, haveria armado de faca e tentado ferir o marido”. De acordo com a reportagem, somados ao depoimento do filho, esses episódios fortaleciam a suspeita de que o fogo tivesse sido proposital:

A louca diz palavras a esmo, sem sentido, rindo e chorando ao tempo em que fala. O delegado do 16º Distrito, temendo que D. A. fizesse qualquer mal ao seu filho João, num acesso de loucura, mandou que o guardassem noutro compartimento da delegacia e vai mandar recolher a louca mais uma vez ao Hospital Nacional de Alienados.<sup>821</sup>

Alzira<sup>822</sup> foi internada no HN em março de 1923 e transferida para a colônia em abril de 1923 e agosto de 1924. O médico Gustavo de Rezende observou a paciente nas duas ocasiões. Na primeira, ele apontou o seguinte:

Anamnese: Informa a doente que frequentou sessões espíritas e tinha mediunidade vendo vultos e ouvindo vozes. Por várias vezes se assustou muito, vendo no escuro vultos de homens que a fixavam rudemente. Pouco tempo depois de frequentar essas sessões começou a ouvir a voz do homem que fora seu primeiro namorado. Esta voz intimava que ela pusesse fogo na casa e deste instante em diante ela ficou escrava da ideia de incendiar sua casa, o que ela realizou uma manhã. Diz que seu marido lhe era infiel e esta foi a causa do que mais se aborresse. Em criança só teve coqueluche e depois de moça só se lembra de sofrer de anemia. Em janeiro deste ano desapareceu-lhe o catamênio que até hoje não voltou. Teve 4 filhos e 3 abortos. Seu pai faleceu de aneurisma da aorta e sua mãe morreu de uma doença do fígado.

Exame direto: Apresenta-se calma, falando com voz melíflua e olhar lânguido, lembra-se bem dos fatos antigos e recentes e está orientada no meio e no tempo. Diz que ouve vozes que diziam que o seu espírito era de fêmea.

Quanto à sua afetividade, mostra-se um pouco indiferente quando fala dos seus filhos e diz que se aborreceu do seu marido, embora tenha muita vontade de voltar para sua casa.

---

<sup>821</sup> UM BRASEIRO em Vila Isabel. Uma casa destruída completamente pelo fogo. A Polícia e os Bombeiros no local. O incêndio, parece, propositalo. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano XI, n. 1.580, 18 de abril de 1923, p. 9.

<sup>822</sup> N. 1.796 e 1.850, Livro 15 de Observação. Procedeu do 16º DP e foi internada pela RCP. Em setembro de 1925, fugiu para a casa de sua família, tendo sido capturada pelas empregadas da colônia.

Quatro partos, três abortos, traições, e então ela começou a ouvir a voz de seu ex-namorado mandando-a pôr fogo em sua casa... Sem colocar em dúvida a existência da doença mental, nos parece que Alzira não conseguia suportar as traições (fossem elas reais ou imaginárias) do marido. Nessa perspectiva, Rachel Soihet aponta que “apesar das certezas científicas acerca da remota possibilidade de o homem manter-se monógamo, por força de sua natureza extremamente sensual, em oposição à menor sensibilidade feminina, não foram poucas aquelas que agiram tragicamente frente a tal situação” (SOIHET, 2004: 384). Na verdade, não se esperava que o homem fosse fiel, apenas provedor. Já Alzira estava longe da imagem de mãe-esposa-dona de casa ideal. Um dado que poderia reforçar a hipótese de infidelidade é a positividade da reação de Wassermann no sangue da paciente, o que foi verificado em 14 de maio de 1929 e em 20 de fevereiro de 1932, segundo Ernani Lopes. Esse médico ainda destacou que, na FGG, foram-lhe feitas duas injeções de 914 de 0,30 em 13 de maio e 8 de junho de 1931.

Em agosto de 1923, a paciente obteve uma licença de seis meses, regressando em novembro deste ano. Em fevereiro de 1924, manifestou sinais evidentes de gravidez. Foi então transferida para o HN em 28 de maio de 1924 por estar em estado de prenhez. No livro de observação, na parte referente à sua segunda matrícula, Gustavo de Rezende registrou as seguintes informações:

Anamnese: Foi transferida para o Hospital Nacional e lá deu à luz a uma criança de sexo masculino. Antes de ter sido transferida, esteve de licença em casa, mas aí teve rixas frequentes com o marido, tendo ido um dia à delegacia queixar-se do seu marido, que queria envenená-la por causa de outra mulher. Pessoa de sua família contou que a doente pôs vidro moído em um copo com cerveja e queria que o marido bebesse.

Exame direto: apresenta-se calma, respondendo com evasivas as perguntas que lhe são feitas. No mais se acha no mesmo estado das vezes anteriores.

Em meados de 1932, ela foi interdita pelo marido, que passava a ser seu curador.<sup>823</sup> Em fevereiro de 1940, em “observações do pessoal da vigilância da Colônia Gustavo Riedel”, era apontado que a paciente era visitada pelo marido e filhos na colônia, tratando os filhos com carinho e que o marido dizia que não a levava para casa por medo dela tentar envenená-lo por ciúmes como tentou certa vez.<sup>824</sup> Ela permaneceu ao todo na

---

<sup>823</sup> JUÍZOS de Direito. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 105, n. 163, 10 de julho de 1932, p. 14; JUÍZOS de Direito. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 105, n. 218, 14 de setembro de 1932, p. 9.

<sup>824</sup> Prontuário A. S. F. Localização: IMAS-JM.

Colônia de Engenho de Dentro por mais de 22 anos, sendo remanejada para o Instituto de Psiquiatria em junho de 1945. Sabe-se ainda que ela obteve alta médica na CJM em 1967.

O segundo caso escolhido para análise é o de uma prostituta. A figura da prostituta é também cheia de significados sobre a mulher pobre, especialmente nas primeiras décadas da República, além de nos remeter ao papel da polícia e da medicina em relação à prostituição. Maria Lúcia Marques<sup>825</sup> (parda/branca, brasileira, natural de Juiz de Fora, Minas Gerais, solteira, casada, doméstica, alguma instrução, 25/26 anos, diagnosticada com psicose alcoólica/psicose tóxica alcoólica) foi transferida três vezes do HN para a colônia. Trouxe do HN a seguinte nota: “Faz o serviço de lustrar o gabinete do médico da seção. É calma e na seção não teve crises de agitação”. Cumpre destacar que nenhuma outra paciente apareceu realizando o serviço de lustrar o gabinete do médico. Em 14 de abril de 1920, o médico Waldemar de Almeida observou-a por ocasião de sua segunda entrada na colônia, registrando o seguinte:

Desde sua entrada nesta colônia manteve-se calma. Baixou à enfermaria por doença gástrica. Pediu, insistentemente, a sua alta. O estado geral é satisfatório. Atualmente não apresenta distúrbios mentais. É uma alcoolista confessa, inveterada, uma viciada no álcool, tabaco e cocaína. É prostituta e sua última internação atribui à cocaína que ingeriu, um dia, em excesso. Está com bronquite.<sup>826</sup>

Maria Lúcia deixou a colônia com uma alta médica três dias depois da observação precedente. Em 31 de julho de 1920, Waldemar de Almeida observou novamente essa paciente:

Esta antiga etilista tem 3 entradas nesta colônia e 11 no hospital. Já esteve na Colônia Correccional, pois foi processada por vagabundagem. Já foi observada, há tempos. Esteve agitada, é insociável. No momento está coerente, calma, falando sem embaraços. Já abusou da cocaína. Não apresenta, atualmente, distúrbios mentais evidentes.<sup>827</sup>

A conduta dessa paciente foi notícia de, pelo menos, três reportagens de jornal. Duas dessas reportagens datavam de 24 de abril de 1918, lembrando que ela foi internada no hospício em 8 de maio deste ano. A reportagem do jornal *O Imparcial* intitulada “As proezas da M. L.” apontava o seguinte:

---

<sup>825</sup> N. 1.291, 1.469 e 1.488, Livros 10, 11 e 12 de Observação. Procedeu dos 11º, 5º e 1º Distritos Policiais, e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em 8 de maio de 1918, 20 de março (10ª entrada) e 2 de maio de 1920, sendo transferida para a colônia em 5 de junho de 1918, 3 de abril e 25 de maio de 1920. Obteve alta médica em 9 de julho de 1918, 17 de abril e 4 de agosto de 1920, ficando ao longo dessas três internações 56 dias no hospício e 128 dias na colônia. Na primeira internação, não trabalhou, já na segunda, realizou serviços de limpeza geral, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável.

<sup>826</sup> N. 1.469, Livro 11 de Observação.

<sup>827</sup> N. 1.488, Livro 12 de Observação.

A decaída M. L. M., residente à rua Joaquim Silva n. 58, ó mulherzinha que, quando se dispõe a fazer uma desordem, ninguém lhe leva vantagem.

Ainda na madrugada de ontem, M. L. entendeu fazer um “Charivari” em frente ao Posto Central de Assistência, e entrou a insultar todo mundo, sendo por isso presa e levada para delegacia do 14º Distrito.

Na delegacia foi que a mulherzinha mostrou o quanto era valente.

Mandada recolher ao xadrez, declarou que ela não ia e, tirando do pé a sandália, avançou para os policiais, ferindo na cabeça o soldado de n. 492, da 4ª companhia, do 4º batalhão, e fazendo os demais fugir.

A custo, foi a “valente” mulher subjugada e recolhida ao xadrez.

O soldado ferido foi socorrido pela Assistência e recolhido à sua residência.<sup>828</sup>

Na virada do século XIX para o XX, no Rio de Janeiro, charivaris ou “risos de autodefesa do grupo”,<sup>829</sup> segundo expressão de George Minois (2003), como o de Maria Lúcia eram diariamente noticiados nas páginas dos jornais. Ela foi representada como uma mulher desordeira que tentou dar uma de valente, mas que, no final das contas, terminou subjugada e recolhida ao xadrez. A reportagem do jornal *Gazeta de Notícias* intitulada “A Maria tem cabelinho na venta... Praticou uma desordem e ainda agrediu policial” também apontou a grande desordem praticada por essa “mulherzinha”.<sup>830</sup> Por último, na reportagem do jornal *O Paiz* intitulada “Repressão à vadiagem. Pois foi processada por vagabundagem”,<sup>831</sup> Maria Lúcia surge como uma das mulheres presas por vadiagem (durante uma ronda feita na madrugada do dia 9 de novembro de 1918 em Dona

---

<sup>828</sup> AS PROEZAS da M. L. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano VII, n. 1.936, 24 de abril de 1918, p. 5.

<sup>829</sup> Conforme explica George Minois, “o charivari consiste num agrupamento ruidoso dos membros da comunidade dos vilarejos, entre os quais alguns vão disfarçados e batendo sobre utensílios de cozinha; eles se encontram diante da residência de um dos paroquianos, que está excluído do grupo por uma conduta repreensível”. Nesse sentido, um segundo matrimônio e a união de um velho com uma jovem são considerados “como um atentado ao equilíbrio social do grupo, privando os jovens de parceiros. (...) Essa é a causa mais frequente do charivari. Mas há outros casos possíveis de referendar: mulheres que batem nos maridos ou que mandam neles, maridos violentos, desvios sexuais...”. Tratava-se, de fato, “de sancionar um desvio que, se não constitui um delito passível de recorrer à Justiça, exige atenção para o bom funcionamento do grupo e preservação da moral costumeira. E o agente da sanção é o riso, o riso zombeteiro, barulhento, agressivo” (MINOIS, 2003: 169-170).

<sup>830</sup> A MARIA tem cabelinho na venta... Praticou uma desordem e ainda agrediu policial. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XLIII, n. 113, 24 de abril de 1918, p. 4.

<sup>831</sup> A contravenção de vadiagem estava prevista no capítulo XIII (Dos vadios e capoeiras), artigos 399 a 400, do Código Penal. Art. 399. “Deixar de exercer profissão, ofício, ou qualquer mister em que ganhe a vida, não possuindo meios de subsistência e domicílio certo em que habite; prover a subsistência por meio de ocupação proibida por lei, ou manifestamente ofensiva da moral e dos bons costumes. Pena – de prisão celular por quinze a trinta dias. § 1º Pela mesma sentença que condenar o infrator como vadio, ou vagabundo, será ele obrigado a assinar termo de tomar ocupação dentro de 15 dias, contados do cumprimento da pena. § 2º Os maiores de 14 anos serão recolhidos a estabelecimentos disciplinares industriais, onde poderão ser conservados até a idade de 21 anos”; e Art. 400. “Se o termo for quebrado, o que importará reincidência, o infrator será recolhido, por um a três anos, a colônias penais que se fundarem em ilhas marítimas, ou nas fronteiras do território nacional, podendo para esse fim ser aproveitados os presídios militares existentes. Parágrafo único. Se o infrator for estrangeiro será deportado” (BRASIL, 1890).



Clara e Madureira) que seriam enviadas para a Colônia Correccional.<sup>832</sup> Como vimos na última observação médica, a paciente já havia estado nesse presídio anteriormente.

Sueann Caulfield sublinha que no Brasil, em fins do século XIX, a grande maioria dos médicos da saúde pública opunha-se “tanto à proibição como à regulamentação da prostituição pelo Estado, uma posição que coincidia com a dos profissionais de saúde europeus” (CAULFIELD, 2000: 80). No entanto, as autoridades públicas recomendavam algum tipo de controle em relação às prostitutas, geralmente a sua localização “em zonas específicas da cidade, com o objetivo de evitar o contato entre as mulheres ‘públicas’ e as de família” (pp. 122-123).

Cristiana Schettini, na obra *‘Que tenhas teu corpo’...*, observa que a despeito de uma tendência de policiamento voltada para o controle e a concentração da prostituição pública em determinados pedaços da cidade, o que ocorreu “foi uma dispersão de prostitutas por distintos pontos do espaço urbano, num processo em que a legitimidade do chamado poder de polícia foi debatida e construída entre homens de diferentes hierarquias e corporações, e as várias mulheres que estabeleciam contatos e negociações diárias com eles” (SCHETTINI, 2006: 25).

Maria Lúcia podia ser vista, sobretudo pelas autoridades públicas, como uma mulher imoral, mas “para os trabalhadores urbanos cariocas, as prostitutas que faziam a vida nas hospedarias ou janelas estavam longe de compor um submundo”, pois, além de fazerem parte há tempos dos cenários das vidas dos trabalhadores, “para muitas mulheres pobres a prostituição era parte de um espectro de trabalhos, em sua maioria, domésticos, disponíveis a elas” (SCHETTINI, 2006: 221). Nesse sentido, Schettini constata que

mesmo com os esforços policiais para concretizar um mundo espacialmente segregado fora do centro da cidade; mesmo com os esforços jurídicos para concretizar a diferença moral entre mulheres no que se refere ao acesso à proteção e garantias legais, as prostitutas continuaram sendo parte da vida social dos trabalhadores que viviam no Rio de Janeiro (SCHETTINI, 2006: 221).

Pacientes cocainômanas e prostitutas, em geral, tinham passagens rápidas (se bem que, às vezes, muito frequentes) pela assistência psiquiátrica, como foi o caso de Maria Lúcia. Mas, se para os médicos não se tratava de uma paciente para se manter internada, para as autoridades policiais ela era, antes de mais nada, uma desordeira que deveria estar

---

<sup>832</sup> REPRESSÃO à vadiagem. Pois foi processada por vagabundagem. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXV, n. 12.449, 10 de novembro de 1918, p. 6.

sob constante vigilância, o que fica evidente na quantidade de vezes em que ela foi enviada pela polícia para o HN.

No terceiro caso clínico, apresentamos a história clínica de uma paciente imigrante de nacionalidade russa. Agripina Orlova<sup>833</sup> (branca, russa, viúva, doméstica, 60 anos, diagnosticada com psicose periódica, internada no HN em maio de 1914 e transferida para a colônia em janeiro de 1916). A observação médica diz o seguinte:

Anamnese: a doente informa que seu pai faleceu no hospital em consequência de uma doença dos pulmões e era alcoólatra. Sua mãe faleceu na guerra. Aos 5 anos de idade na Polônia, onde trabalhava na criação de porcos, teve uma queda e caiu de cabeça. Esse traumatismo craniano lhe trouxe uma cefaleia que durou anos. Além deste teve sarampo aos 15 anos, tifo aos 14 e pneumonia dupla aos 20 anos. Aos 10 para 11 foi menstruada pela primeira vez. Casou-se aos 25 anos e teve 10 filhos e nega abortos.

Conta que foi internada no Hospital Nacional do seguinte modo: sua filha chega uma ocasião à meia-noite a lhe repreender, travando-se uma discussão [ilegível] seus filhos, vindo a polícia e levando-a; na delegacia não sabia explicar-se por não falar português e foi então removida para o Hospício.

Como vimos, a paciente relatou ter perdido a mãe na guerra. É possível pensar aqui na Guerra da Crimeia (1853-1856) ou nas hostilidades que se seguiram a tal conflito. A internação dessa paciente russa, no entanto, envolveu mais diretamente a barreira da língua – que podia ser um obstáculo tanto para se livrar da polícia como do próprio manicômio – e um desentendimento entre seus filhos. Segundo Maria Sílvia Bassanezi, desgostos, solidão e desarmonias entre marido e mulher eram comuns nas histórias de vida das mulheres imigrantes (BASSANEZI, 2013: 188). Ao enfatizar isto não pretendemos sugerir que Agripina não sofresse de doença mental, mas chamar a atenção para processos de constituição subjetiva das imigrantes. Nesse sentido, além do gênero (mulher), da classe (pobre), do estado civil (viúva) e da idade (60 anos), a condição de imigração parece ter pesado na sua internação. Isto é apoiado pelo fato de que, segundo o médico observador, a doente estava desorientada no tempo e no meio (julgando estar na Rússia) e desmemoriada para os fatos recentes. Tinha a “afetividade diminuída, mostrando-se um tanto egoísta” e ideias religiosas e persecutórias. No exame direto, foram detectados problemas cardíacos, auditivos e visuais. Ela permaneceu por mais de dezoito anos na assistência psiquiátrica, sendo que dezessete desses anos foram na

---

<sup>833</sup> N. 858, Livro 5 de Observação. Procedeu do 2º DP e foi internada pela RCP. Trabalhava na cozinha e o seu tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

colônia, onde faleceu em setembro de 1932 de arteriosclerose generalizada e insuficiência cardíaca.

O quarto caso é o de uma paciente diagnosticada com epilepsia. Etelvina Maria<sup>834</sup> (preta, brasileira, solteira, 30 anos) foi internada no HN em março de 1927 pela polícia após ter um ataque epilético em espaço público, sendo transferida em setembro deste ano para a colônia. É importante lembrar que sobre a epilepsia, na época, ainda pairavam muitas desconfianças; no âmbito da teoria lombrosiana, inclusive, ela foi considerada uma doença ligada a tendências criminosas (DIAS, 2015). Na observação feita por Gustavo de Rezende, consta que a paciente era, na verdade, amancebada desde os 17 anos, tendo tido sete filhos, dos quais quatro morreram. O médico registrou que “sua internação no Hospital Nacional foi em virtude de ter tido um ataque, quando se achava fora de casa”. Quanto à doença, ela relatou “ter começado depois de uma luta que teve com o seu amante”. Assim, é possível pensar numa epilepsia por lesão, dano neurológico.

No exame externo, o médico notou “a falta de dedo médio da mão direita e cicatriz de ferida incisa de 6cm mais ou menos no dorso da mesma mão, ao nível do polegar, duas cicatrizes mais, sendo uma na região frontal e outra na região parietal do lado direito”. A paciente atribuía “a perda do dedo médio e a grande cicatriz ao nível do polegar direito a uma punhalada dada pelo seu amante. As cicatrizes das regiões frontal e parietal direitas são atribuídas a tombos”. Como vimos, Etelvina foi matriculada como solteira, mas vivia, na realidade, em uma “união livre”. O “amor na mancebia”, o “amor degenerado” (MALUF; MOTT, 1998) e a atitude insubmissa da paciente em relação ao seu amásio não passaram despercebidos ao médico.

A história clínica de Etelvina, assim como de outras mulheres internadas na colônia, mostra que a violência doméstica atravessou etnias, cores e até classe social. Mas também revela que “as agressões não eram sempre num único sentido e, se a força estava mais frequentemente do lado do marido, algumas mulheres não hesitavam em reagir” (VIRGILI, 2013: 105). É nesse sentido que Fabrice Virgili afirma que “a história das violências masculinas não deve ser reduzida a um longo catálogo de violências passivamente suportadas por suas vítimas” (p. 105). Nesta mesma linha, em um estudo sobre mulheres pobres e violência no Brasil urbano durante a Belle Époque (1890-1920), Rachel Soihet aponta que “o estereótipo do marido dominador e da mulher submissa, próprio da família da classe dominante, não parece se aplicar *in totum* nas camadas

---

<sup>834</sup> N. 2.047, Livro 17 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 7º DP. Trabalhava no pomar, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico desfavorável.

subalternas” (SOIHET, 2004: 376-377). Nestas últimas, não eram poucas as mulheres que “assumiam um comportamento negador de tal pressuposto. Algumas reagiam à violência, outras recusavam-se a suportar situações humilhantes chegando mesmo a abrir mão do matrimônio – instituição altamente valorizada para a mulher, na época”. Para Soihet, as situações concretas de existência das mulheres pobres, “com base no exercício do trabalho e partilhando com seus companheiros da luta pela sobrevivência, contribuíram para o desenvolvimento de um forte sentimento de autorrespeito”, o que lhes permitiu lutar por “uma relação mais simétrica, ao contrário dos estereótipos vigentes acerca da relação homem/mulher que previam a subordinação feminina e a aceitação passiva dos percalços provenientes da vida em comum” (p. 377). Etelvina foi transferida para o HN em março de 1928, tendo permanecido na colônia por seis meses e meio.

Por fim, apresentamos o caso de Rita do Nascimento<sup>835</sup> (preta, brasileira, viúva, doméstica, 42 anos, diagnóstico de delírio episódico) que entrou na estatística das pacientes internadas por vontade própria apresentada na última seção deste capítulo. Tal como em outras histórias de mulheres internadas voluntariamente, o caso de Rita evidencia a fragilidade dos vínculos e das redes de apoio e, também, a precariedade do trabalho. Numa situação iminente de mendicância, ela foi à delegacia de polícia pedir à autoridade policial que lhe desse um destino, conforme consta na observação feita por Gustavo de Rezende. A paciente contou ao médico que se casou aos 18 anos e teve um aborto e uma gestação a termo, mas se separou “do marido por incompatibilidade de gênios”. Após a separação, “passou a viver empregada em casas de família, não tendo, porém, constância nos seus empregos”. Durante o tempo em que viveu separada do marido contraiu gonorreia e “ultimamente não mostra mais disposição para o trabalho, pelo que se entrou à vadiagem, indo por fim à delegacia de polícia pedir que lhe dessem um destino, razão pela qual foi internada no Hospital Nacional”. O médico registrou que a paciente se apresentava calma, orientada (meio e tempo), tinha a atenção regular e a afetividade um pouco diminuída, “dizendo que se acha bem aqui, que já se habituou a viver longe de sua filha”. Contou que frequentava sessões espíritas e que então “ouvira vozes que a atormentavam muito”.

---

<sup>835</sup> N. 1.860, Livro 17 de Observação. Procedeu do 22º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em outubro de 1923, sendo enviada para a colônia em setembro do ano seguinte. Inicialmente não trabalhou, depois prestou serviços na limpeza geral. Seu tratamento foi *open-door*, balneoterapia e luminal e o prognóstico, desfavorável. A reação de Wassermann no sangue foi positiva em 1926.

É possível conjecturar que ela tenha nessa separação abandonado o lar ou mesmo sido expulsa de casa pelo marido, passando então “a viver empregada em casas de família”. Segundo Cláudia Fonseca, de maneira diferente dos homens, as mulheres

raramente expulsavam seus companheiros de casa. A mulher era impedida de fazer isso não somente pela opinião pública, mas também pela fragilidade de seu status legal. Se era concubina, não tinha nenhum direito à propriedade de seu companheiro; se era casada, dependia da autorização de seu marido para a prática de qualquer ato legal (FONSECA, 2004: 524).

Conforme destaca Fonseca, “a mulher ‘abandonada’ recomeçava a vida com bem mais desvantagens do que o homem em situação semelhante” (FONSECA, 2004: 524). Na mesma linha, Carla Pinsky observa que “por conta da ausência de propriedade, das necessidades econômicas que levavam à procura por trabalho em outras paragens ou simplesmente devido à maior liberdade das mulheres no sentido de poder descartar companheiros que não mais as agradavam”, os casais nas classes baixas se separavam com certa facilidade; contudo, como tal conduta divergia da difundida pelos valores dominantes, essas mulheres eram rotuladas “como sendo ‘vadias’, ‘cheias de vícios’, pessoas com ‘baixos padrões morais’” (PINSKY, 2013: 479).

Para o médico, no entanto, tratava-se sobretudo de uma mulher que, sem disposição para o trabalho, entregou-se à vadiagem, indo enfim à autoridade policial “pedir que lhe dessem um destino”. Preta, pobre, separada do marido, doente e submetida a condições precárias de trabalho, Rita valeu-se da polícia para obter assistência pública. Ela permaneceu na colônia em torno de oito anos, sendo transferida para o HN em maio de 1932 por não ser adaptável ao regime colonial.

Por meio dessas histórias clínicas, procuramos evidenciar alguns temas caros à polícia como prostituição/álcool e cocaína/vadiagem, imigração, doença (epilepsia) e desfiliação social. Com a história de Alzira Santos, sublinhamos ainda a relação da polícia com as classes um pouco mais abastadas quando do tema da loucura e, no caso, da destruição da propriedade, ou seja, buscamos mostrar a ação da polícia na repressão e na “assistência pública”. Mas o papel da Polícia do Distrito Federal era, substancialmente, o de um intermediário entre a família e o HN, como veremos, em especial, na próxima seção e na seção “A família na internação”.

#### 4.3.4. Patrões e patroas

Neste ponto do trabalho, a história da psiquiatria se cruza com a história do trabalho no Brasil, mais especialmente a história das trabalhadoras domésticas no Rio de Janeiro.

Para compreender o papel de patrões e patroas no envio de suas empregadas domésticas para o HN, separamos 24 casos de internações sabidamente promovidas por patroa (quinze), patrão (sete) e patrões (duas). Apenas duas pacientes não tinham como instituição internante a polícia: uma criada preta de 54 anos apresentada pela patroa no HN em 1904 e uma ama-seca preta de 26 anos encaminhada para o HN pelo administrador do Hospício de Nossa Senhora da Saúde.

Destas internadas, treze entraram na colônia de 1911 a 1918 (54%) e dez de 1919 a 1932 (42%); uma nos dois períodos (4%).<sup>836</sup> Quanto à cor da pele das pacientes, quatro eram brancas (17%), sete pardas (29%) e treze pretas (54%), ou seja, 83% das pacientes internadas por patrões e patroas eram “mulheres de cor”. Em relação ao estado civil, dezoito eram solteiras (75%), quatro viúvas (17%) e duas casadas (8%), e sobre à idade, onze pacientes tinham de 14 a 22 anos,<sup>837</sup> seis, de 25 a 37, e sete, de 40 a 59. Foi possível identificar mulheres naturais dos estados de São Paulo (duas), Minas Gerais (uma), Pernambuco (uma), Rio Grande do Sul (uma), e, também, do interior do Rio de Janeiro (Piraí). As pacientes internadas por patrões e patroas eram, em geral, mulheres “de cor”, jovens e solteiras, analfabetas, mas, como vimos, foi possível encontrar também pacientes brancas, mulheres com uma certa idade, casadas e viúvas.

Identificamos 33 diagnósticos, tendo em vista que seis internas receberam mais de um diagnóstico: psicose maníaco-depressiva (dez), debilidade mental (seis), estado atípico de degeneração (duas), degeneração inferior (duas), síndrome paranoide (duas), e, com apenas um caso, imbecilidade, degeneração mental, estado lipemaniaco, alcoolismo e psicose tóxica alcoólica, estado de confusão, confusão mental, histeria, epilepsia, parafrenia e arteriosclerose cerebral. Essas pacientes saíram da colônia por óbito (dez), alta (seis), transferência para o HN (cinco), eliminação da matrícula por não se apresentar no prazo final da licença (uma) e eliminação da matrícula por não ter sido capturada no prazo legal de quinze dias (uma). Em um caso não há informação sobre a saída da

---

<sup>836</sup> A internação de criadas, sobretudo de cor, no hospício não começou nesse período. Alguns estudos já se debruçaram sobre a internação de escravos e libertos por seus senhores ou antigos senhores no HN no século XIX (RIBEIRO, 2015; SILVA, 2019).

<sup>837</sup> Uma paciente com duas entradas, aos 21 e 28 anos, foi incluída no grupo das pacientes de 14 a 22.

paciente, porém são encontrados registros de sua estadia na colônia até a década de 1940. Ou seja, 42% das pacientes dessa amostra faleceram, 25% obtiveram alta e 21% foram transferidas da colônia. Além disso, sabe-se que duas das cinco pacientes transferidas para o HN faleceram na CJM na década de 1960.

Antes de analisar os casos clínicos, é importante levantar os principais aspectos da história e da historiografia brasileira sobre o trabalho doméstico. O primeiro estudo sobre o serviço doméstico no Brasil é a já clássica obra de Sandra Lauderdale Graham (1992). Esta historiadora norte-americana assinala que, durante as décadas de 1880 e 1890, a prefeitura do Rio de Janeiro e ministérios dos governos imperial e republicano receberam e avaliaram numerosas propostas para registrar e regular o trabalho doméstico. Tais propostas visavam formalizar as obrigações mútuas já estabelecidas entre criadas e patrões. Segundo Graham, “as obrigações de uma criada importavam em obedecer ao patrão em todas as ordens ‘lícitas’, ser respeitosa e realizar o trabalho com ‘diligência e zelo’”. Já os patrões deveriam oferecer “‘bom tratamento’, quarto e comida e um acordo sobre o salário. O patrão providenciaria primeiros socorros ou cuidados hospitalares em caso de doença da empregada”. Por fim, “os contratos iriam assegurar aquele elemento indefinível, mas fundamental da conduta correta: uma criada deveria ‘respeitar aos amos’ e, por qualquer ‘falta de respeito’ ou por ser ‘insolente e insubordinada’, poderia ser legitimamente punida ou despedida” (GRAHAM, 1992: 141-142). Essa é a percepção acerca do par proteção e obediência, ou seja, em troca de trabalho e obediência as empregadas receberiam proteção.

A autora aponta que não houve consenso a respeito de qual autoridade pública iria supervisionar e fazer vigorar os regulamentos. Alguns propuseram que esse poder coubesse à polícia. No entanto, era forte o receio de que a instituição policial exercesse uma interferência intolerável na privacidade do lar, na esfera de dominação dos patrões (GRAHAM, 1992: 147). Nesse ponto, podemos destacar que “a autoridade masculina não terminava no círculo imediato da família, mas se estendia a todos os membros da casa. O chefe de família tinha, de acordo com a lei portuguesa, o direito de castigar fisicamente seu ‘criado, discípulo, mulher, filho ou escravo’” (GRAHAM, 1992: 24). As esposas aparecem como encarregadas de tomar conta das criadas (GRAHAM, 1992: 63-65).

Graham explora ainda outro par de oposições: casa-rua. Segundo nossa autora, as imagens da casa e da rua marcavam todos os contextos da vida doméstica diária. No caso, a casa representava os espaços privados, protegidos e estáveis, que contrastavam com os lugares públicos, sujeitos, imprevisíveis e perigosos da rua (GRAHAM, 1992: 16; 28).

Embora essas categorias fossem assumidas por criados e senhores, “os significados convencionais podiam ser revertidos ou se tornar ambíguos: para os criados, a casa podia ser um local de injustiça, punição ou trabalho excessivo, enquanto a rua podia ser procurada como um local de maior liberdade”. Os senhores, por sua vez, assumiam “os riscos inescapáveis de trazer criados desordeiros para os espaços ordenados da casa” (GRAHAM, 1992: 16). A oposição casa-rua também servia para diferenciar as criadas que “conheciam as ruas” das que eram empregadas sob a condição de não sair à rua (GRAHAM, 1992: 31). Estas últimas, classificadas como “de portas adentro”, eram muito mais controladas. Já as que serviam “fora de casa”, supostamente não virgens, passavam momentos importantes de sua vida pessoal nas ruas (GRAHAM: 1992: 31, 45-51, 54-60, 63-64). No caso desta pesquisa, as histórias clínicas indicam que as pacientes internadas por seus patrões e patroas atuaram sobretudo como “criadas de portas adentro”, ou seja, nos serviços domésticos internos, sendo, ao mesmo tempo, mais supervisionadas e “protegidas”.

Sobre os regulamentos dos serviços domésticos, o pesquisador Adailton Pires Costa aponta que, após várias tentativas no pós-abolição, finalmente um regulamento foi aprovado em 1896 (Decreto n. 45, de 24 de outubro de 1896 e Decreto n. 284, de 15 de junho de 1896); este, porém, não saiu do papel. Pouco mais de uma década depois, em 1907, “uma nova proposta de regulamento para identificação dos trabalhadores de serviços domésticos da capital federal aparece no Regulamento do Serviço Policial do Distrito Federal (Anexo do Decreto n. 6.440/07), que ampliou o Gabinete de Identificação e criou o cargo de identificador”. No artigo 183 desse regulamento foi prevista a constituição “de ‘um registro especial, com matrícula facultativa para os criados e demais pessoas empregadas no serviço doméstico’, sob a condição de apresentação de atestado de bons antecedentes”. Caberia ao Gabinete de Identificação e de Estatística da Polícia do Rio de Janeiro, que tinha sido criado pelo Decreto 4.764 de 1903, a responsabilidade pela identificação dos trabalhadores domésticos (COSTA, 2018: 151-152). Costa observa que, de acordo com informações dos jornais da década de 1910, as matrículas e cadernetas não tiveram a adesão que tal Gabinete esperava (p. 166). As autoridades do final da escravidão e do início da República consideravam a identificação obrigatória prevista nesses regulamentos uma forma de atuação do aparelho policial em resposta à crise dos criados. A identificação controlaria “a liberdade de locomoção e de (não) trabalho no espaço urbano obtida com o fim do regime escravista pelos ‘criados de servir’” (p. 226).



Fazendo parte da emergência do trabalho/serviço doméstico na historiografia brasileira das últimas décadas, as pesquisas de Flávia Fernandes de Souza têm também como foco a cidade do Rio de Janeiro. No seu último trabalho, “Um conflito que se agrava dia a dia”, a autora defende que a ideia de que a prestação de serviços domésticos estava mergulhada numa crise “surgiu, mais claramente, no contexto da abolição da escravidão e da imediata pós-emancipação, quando ocorria também um declínio de tradicionais formas de domínio senhorial, como o controle privativo de caráter patriarcal e paternal” (SOUZA, 2022: 309). Segundo Souza, dentre as inúmeras ansiedades e preocupações surgidas entre aqueles que se serviam da criadagem estavam:

A manutenção da submissão dos empregados, como subordinados e dependentes, e a permanência dos mesmos nos empregos e, portanto, de vínculos de suposta familiaridade e de proximidade com as famílias. Isso porque os criados domésticos então disponíveis na cidade do Rio de Janeiro, nas décadas imediatas à Abolição, pareciam demonstrar grande disposição em usufruir de sua liberdade, que poderia se expressar de várias formas (por meio da resistência aos excessos de trabalho; da exigência de pagamento de melhores salários ou de dormir fora do local de trabalho; da autonomia de sair do emprego ou de trocar de patrão; do repúdio a mecanismos de controle e à própria disciplina laboral) (SOUZA, 2022: 309).

Souza compreende que a indignação patronal ocorria, especialmente, porque a perda de prerrogativas como o controle sobre a vida dos empregados e a garantia de sua ampla subordinação “se traduzia na possibilidade de o trabalhador doméstico negociar a venda da sua força de trabalho ou de resistir, mais abertamente, à exploração do seu trabalho”; e infere que, diante do desenvolvimento do trabalho livre, os trabalhadores domésticos tentavam tirar algum proveito da estruturação do mercado de trabalho assalariado. Portanto, para a autora, a “crise dos criados” ou a “questão da famulagem”, responsável pela estigmatização dos trabalhadores domésticos, “constituiu basicamente um dos mais gritantes sintomas das mudanças nas relações sociais e nos conflitos do mundo do trabalho” (SOUZA, 2022: 309).

Outros dois autores importantes para o estudo do trabalho doméstico no Brasil são Henrique Espada Lima e Henrique Maciel Silva. No artigo “Sob o domínio da precariedade: escravidão e os significados da liberdade de trabalho no século XIX”, Lima (2005) apresenta inicialmente uma discussão sobre o trabalho, considerando a introdução de regras legais relativas aos “contratos de locação de serviços” entre patrões e empregados. Em seguida, discute os significados do trabalho “livre” na cidade do Desterro, Santa Catarina, no século XIX. O autor percebeu que a grande maioria das

alforrias dadas na última década da escravidão no principal cartório do Desterro continha alguma cláusula de prestação de serviços. Nessa perspectiva, acredita que a transformação do cativo “em um contrato para o pagamento de uma dívida poderia também significar a tentativa de garantir de algum modo a continuidade de uma ocupação que garantisse a subsistência e uma menor incerteza frente ao futuro” (LIMA, 2005: 307).

Para Lima, a nova ordem do contrato não poderia se estabelecer como fundamento de uma ordem social estável, já que o seu funcionamento efetivo não apenas produzia, mas exigia uma instabilidade constante para viabilizar-se. Na altura em que o trabalho se torna o elemento integrativo por excelência da nova ordem, “ele é privado das condições efetivas para exercer esse papel”, e é aí então que emergem a luta dos trabalhadores “contra a precariedade da condição salarial e a constante ameaça de desfiliação social que se coloca em seus limites” (LIMA, 2005: 295). Buscando desmistificar “a imagem da sociedade contemporânea como o resultado da ascensão constante de uma organização social baseada na ‘racionalidade’ e na ‘liberdade’”, Lima expõe que, nas sociedades escravocratas do século XIX, “‘liberdade’ e ‘escravidão’ são termos sobretudo jurídicos que se referem à propriedade e não são automaticamente traduzíveis como ‘trabalho livre’ e ‘trabalho escravo’” (LIMA, 2005: 299). Nesse sentido, indica que a abolição da escravidão nas Américas “significou antes de tudo a extinção do direito de propriedade em seres humanos” (LIMA, 2005: 297). O autor defende que “a única certeza dos libertos era a de estarem jogados em uma nova ordem social marcada pela precariedade”, que “poderia aparecer de modo abrupto e irremediável a cada esquina: através da doença e da indigência, do acidente de trabalho e da invalidez, da viuvez, da orfandade ou do abandono, da velhice solitária e desassistida” (LIMA, 2005: 308).

Na obra *Nem mãe-preta, nem Negra Fulô: histórias de trabalhadoras domésticas em Recife e Salvador (1870-1910)*, Henrique Maciel Silva evidencia a formação de classe das trabalhadoras domésticas ou dos criados de servir. Segundo o autor, “mulheres livres pobres, libertas, muitas delas negras e pardas, nos anos finais da escravidão e na pós-emancipação, partilharam experiências fundamentais à sua formação de classe cuja identidade era, de modo ambíguo, ao mesmo tempo próxima e descolada do *ethos* escravista e patriarcal” (SILVA, 2016: 31). Maciel Silva demonstra que, embora as empregadas domésticas tivessem diferenças consideráveis (origem, cor/etnia, idade/geração, condição jurídica e situações de trabalho), “elas se percebiam como um grupo de trabalhadoras das camadas subalternas que passavam por um conjunto de experiências mais ou menos comuns”:

Provinham, em muitos casos, de lugares pobres ou assolados por secas; estavam com vínculos familiares cortados ou só parcialmente constituídos; possuíam poucas brechas para exigir dignidade no exercício de suas atividades ou de mudar de ofício; tinham uma dificuldade (ou pouco interesse) comum em estabelecer relações sexuais que culminassem em um casamento formal; viviam sob os riscos constantes da desonra (fossem ou não escravas); a maioria delas era formada por mulheres pretas e mestiças com vínculos pessoais mais ou menos próximos à escravidão; e todas tinham, durante suas infâncias, sido socializadas para o exercício de atividades domésticas (SILVA, 2016: 320).

Na visão do autor, a coleção de semelhanças, se não constitui uma classe no sentido marxista, não deixa de atestar a existência de um mecanismo social nivelador, produtor “de experiências comuns e de um *habitus* a elas parcialmente correspondente” (SILVA, 2016: 320). Além disso, argumenta que as experiências das trabalhadoras domésticas de Salvador e Recife apontam “para níveis de exigência de alguma reciprocidade entre elas e patrões e patroas que podiam até conciliar com práticas paternalistas tradicionais de retribuição, mas que tinham já o sentido de busca por autonomia e por alguns direitos” (p. 436). Ao contrário de Lima (2005), que vê os contratos de locação de serviços como imposições consentidas em situação de precariedade, Maciel Silva defende que, durante o século XIX, os libertos já tinham alguma experiência para escolher formas de trabalho assentadas mais nos costumes e que, inclusive, a massa de trabalhadores urbanos já estava satisfeita “com o modo como a Monarquia interveio no processo que culminou com a abolição da escravidão” (p. 425). Para o autor, considerar a possibilidade de uma “deterioração” pode levar o pesquisador a ignorar “os benefícios, ainda que potenciais, da informalidade e da construção de relações mais flexíveis de trabalho para os libertos” (p. 425). Maciel Silva conclui que, em um contexto marcado por formas de controle e domínio baseadas cada vez mais em direitos formais e sob suspeitas, trabalhadoras domésticas “negociavam com patrões e patroas, pensavam em direitos, agenciavam suas vidas, acionavam experiências diversas, faziam escolhas. Não eram, portanto, a mãe-preta e a Negra Fulô. Mas muitos gostariam que ainda fossem, porque estas, afinal, não têm história, não têm classe” (p. 439).

Na área da história da psiquiatria, podemos nos referir à obra de Jonathan Ablard (2008). Este historiador norte-americano verificou, a partir de documentos clínicos, que um número considerável de empregadas domésticas foi internado no Hospital Nacional de Alienadas (instituição psiquiátrica destinada às mulheres na Argentina) por seus empregadores. Ablard observa que “o confinamento de empregadas domésticas foi

reforçado pelos princípios da *pátria potestad*, um conceito legal que deu ao chefe de família masculino amplos poderes discricionários dentro da casa”. Assim, enquanto os patrões desfrutavam do status de parentes quando iam fazer suas queixas, as empregadas, marcadas em termos de gênero, classe e nacionalidade, tinham dificuldades de controlar seus destinos. O autor observou ainda que “o internamento de empregadas domésticas estava frequentemente ligado ao comportamento que o chefe da família considerava sexualmente perigoso, aberrante ou simplesmente desagradável”, e que havia muitos empregadores que usavam a internação para se livrarem de um criado problemático, mas muitos outros atuavam de acordo com o que acreditavam ser melhor para o empregado (ABLARD, 2008: 144).

É com estes olhares que passamos a analisar as histórias clínicas de dez pacientes internadas no HN por patrões e patroas e depois transferidas para a colônia. O primeiro caso é o da paciente Luiza Palmeira<sup>838</sup> (preta, natural de Pernambuco, pais falecidos, solteira, cozinheira, nenhuma instrução, 46 anos em 1909, internada no HN em julho de 1909, sendo transferida para a colônia em agosto de 1911, diagnosticada com psicose maniaco-depressiva), que foi observada pelo médico Plínio Olinto, a quem contou “que sua patroa deixou-lhe de pagar os salários, pelo que resolveu buscar pelos seus direitos, saindo para a rua e vindo até o hospital, viajando a pé, passando fome, através de matagais etc.”. Dizia que era muito rica, que era empregada do governo, que na colônia estava em sua casa e que a todo o momento querem lhe roubar. No exame direto, o médico apontou que a paciente apresentava a fisionomia severa, agitação, atitude hostil, gestos desordenados, fuga de ideias, desorientação (tempo e espaço) e memória bastante comprometida. Ainda segundo o médico, as sensações e percepções da paciente eram “difíceis, parecendo ter ilusões e alucinações do ouvido”. Apresentava “um leve delírio de grandezas e conseqüente delírio de perseguição muito baixo em relação com o seu nível intelectual. Diz-se perseguida pela polícia, mas que ela não teve general porque é escrava só de Deus e a ninguém obedece”. Na colônia, seu procedimento vinha sendo bom, “está sempre falando, porém sem agredir ninguém, procurando ervas secas para preparar cigarros e tentando trançar cordões”.

---

<sup>838</sup> N. 28, Livro 1 de Observação. Procedeu do 13<sup>a</sup> DP e foi internada pela RCP. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Vale destacar que não há referência na observação médica à patroa como internante. Sabe-se apenas pelo livro de matrícula que Luiza foi internada pela RCP. É possível que ela tenha sido internada pela polícia devido à solicitação da patroa ou mesmo a seu pedido. Mas, em razão da importância do conflito com a patroa, resolvemos incluí-la no grupo das pacientes internadas por patrões e patroas.

É possível perceber que, levando em conta que Luiza tinha 40 anos em 1909, possivelmente ela nasceu em 1869, ou seja, dezenove anos antes da abolição da escravatura. Segundo Henrique Espada Lima, com o fim da escravidão, o princípio de “liberdade” ganha um novo sentido: “passa a carregar a promessa, absolutamente nova, de acesso a direitos universais, que implicavam uma outra forma de pertencimento que não passaria mais pela subordinação, mas pela ideia de filiar-se a uma comunidade de direitos e de deveres cívicos” (LIMA, 2005). É nesse sentido que entendemos a expectativa e a luta de Luiza por seus salários atrasados e, também, sua fala de que “é escrava só de Deus e a ninguém obedece”. Ao dizer isso, ela parecia perceber uma continuidade entre o trabalho escravo e o da empregada doméstica e resistir a qualquer tentativa de tratá-la como se fosse cativa.

Ao registrar o comportamento altivo da paciente, o médico parecia corroborar com as reclamações de patrões e de intelectuais da época (SOUZA, 2022: 302). Segundo Flávia Fernandes de Souza, na cidade do Rio de Janeiro, no período de 1890-1920, surgiram inúmeras preocupações entre os que se serviam da criadagem. Entre elas estava a “exigência de pagamento de melhores salários” (SOUZA, 2022: 309). Dessa maneira, as exigências “descabidas” da criadagem sugerem ““um relativo aumento do poder de barganha dos trabalhadores’, particularmente no caso dos ex-escravos”, e podem ser vistas, ao mesmo tempo, como formas de resistência à submissão e de negociação – ainda que entre partes desiguais – da obediência (SOUZA, 2022: 304-305). Nesse sentido, a frase “é escrava só de Deus e a ninguém obedece!”, atribuída à paciente pelo médico, é especialmente significativa do “rompimento dos laços escravistas e o declínio de antigas formas de domínio privado, de cunho patriarcal e paternalista – as quais influenciavam, também, as relações de trabalho dito livre” (SOUZA, 2022: 309).

Cabe assinalar que não sabemos se, de fato, a patroa de Luzia deixou de lhe pagar os salários devidos. Mas sabemos que o assunto do pagamento da criadagem, por vezes, “vinha à tona como parte dos problemas presentes nas relações de trabalho doméstico” (SOUZA, 2022: 305). Souza aponta que, além do pagamento de criados assalariados, em razão da escravidão, não ser uma prática amplamente generalizada no século XIX, “em muitos casos o trabalho dito livre conformava formas de exploração muito próximas da compulsoriedade e que não implicavam pagamentos de salários, com absoluta periodicidade”. Mesmo no caso de criados livres e libertos, os pagamentos “poderiam envolver subremunerações que compreendiam apenas a moradia, a alimentação, o

vestuário, o cuidado no caso de doenças ou o auxílio na criação de filhos menores” (SOUZA, 2022: 305).

Assim como Henrique Maciel Silva fez em sua análise das trabalhadoras domésticas de Recife e Salvador, nas décadas pré e pós-abolição, entendemos que é possível conduzir as domésticas internadas na colônia, como Luiza que reclamava seus salários, para “o terreno da luta de classes e dos significados da cidadania” (SILVA, 2016: 434). Como observa o autor, “as domésticas foram criando espaços institucionais de luta, percepções mais claras de como agir de modo mais coeso, de como forjar experiências novas para combater experiências arcaicas” (SILVA, 2016: 433). Nessa perspectiva, as trabalhadoras domésticas internadas na Colônia de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, também não eram as mães-pretas ou as Negras Fulô que muitos gostariam que elas fossem. A paciente Luiza bem podia ser uma das muitas ex-escravas que permaneceu no serviço e residindo na casa de seu ex-senhor, mas que não estava disposta a se contentar com sua situação anterior.

O que uma mulher preta, com mais de 40 anos, como Luiza, poderia, de fato, fazer caso seus empregadores deixassem de lhe pagar os salários devidos? Se ela procurasse a polícia para se queixar disso, ela seria escutada? Provavelmente não, ainda mais se se tratasse de um patrão branco. Para além da doença, ou melhor, por entre a doença, é possível perceber as hostilidades do ambiente onde realidades e delírios de perseguição (patronal e policial) e, também, de privação (fome) se conectavam. Sua história parece ser a de uma empregada doméstica preta que enlouqueceu lutando por seus direitos. Ela permaneceu por quase sete anos na assistência psiquiátrica, dos quais quatro anos e dez meses foram na colônia, onde faleceu de congestão cerebral em maio de 1926.

O segundo caso é o de uma lavadeira nascida no Rio de Janeiro por volta de 1869. Maria da Glória<sup>839</sup> (branca, brasileira, viúva, doméstica, nenhuma instrução, 40/44 anos, diagnosticada com psicose periódica – forma depressiva) foi observada na colônia por Plínio Olinto, a quem informou que tinha os pais falecidos (a mãe de parto), irmãos fortes, e não teve filhos. Contou ainda “que foi internada porque teve uma altercação com a sua patroa quando lavava roupa. Já de uma feita esteve na Santa Casa donde também foi levada para o hospital, afirmando também que não estava doente”. No exame direto, o médico apontou que a paciente tinha boa compleição, atenção pouco fixa, associação de ideias lenta e difícil, memória muito diminuída, mas não de todo comprometida. Que

---

<sup>839</sup> N. 66, Livro 1 de Observação. Internada pela RCP, ingressou no HN em setembro de 1909 e foi transferida para a colônia em setembro de 1911.

nunca teve ataques, e não apresentava desorientação quanto ao meio nem delírios, ilusões e alucinações. Em síntese, segundo o médico, “o seu estado mental mereceria alta se a doente tivesse para onde seguir após a saída. Ela mesmo põe dificuldades em conseguir paradeiro sem falar aos seus”.

Não sabemos exatamente como se deu a alteração entre Maria da Glória e sua patroa no momento em que ela lavava roupa. Mas sabemos, através da historiografia, que conflitos entre patrões e patroas e empregadas no contexto da lavagem de roupa não eram incomuns. Segundo Flavia Fernandes de Souza, na cidade do Rio de Janeiro entre 1890 e 1920, as relações de trabalho se tornavam cada vez mais monetarizadas. Nesse processo, a noção de infidelidade confundia-se, em muitos casos, com crimes de furto e roubo, sendo o criado infiel “aquele que, abusando da confiança do patrão e/ou de seus familiares, bem como do acesso à intimidade de um lar, roubava ou furtava dinheiro e objetos valiosos ou facilitava que terceiros pudessem executar tais práticas ilegais nos domicílios”. Souza imagina que, no caso do serviço doméstico, “o uso de objetos ou o consumo de certos produtos e alimentos pudesse ser considerado, por parte dos trabalhadores e em certas circunstâncias, uma ‘prerrogativa’ do trabalho de servir, ainda que fosse uma prática reprovável do ponto de vista patronal”. A autora cita como exemplo uma crônica publicada por Gil, em 11 de setembro de 1893, na folha *Cidade do Rio*: ‘Se tratarmos das lavadeiras, levamos em conta o sabão que pagamos para que elas, em vez das roupas de nossa casa, lavem as do seu uso e as do seu homem; levamos em conta as camisas e mais peças de roupa que nos faltam e que vão enriquecendo o pecúlio delas (...)’. Conclui, assim, que as lavadeiras foram classificadas “como pessoas que agiam às escondidas, de má-fé e dissimuladamente, contra os bens dos patrões, o que fazia com elas se tornassem ‘inimigas da propriedade’” (SOUZA, 2022: 307).

Sandra Lauderdale Graham aponta que as lavadeiras, assim como as carregadoras de água e as criadas responsáveis pelas compras no mercado ou de vendedores locais, faziam parte, principalmente até fins do século XIX, do grupo das criadas de rua (portas afora), que “cruzavam de um lado para outro todo o espaço físico da cidade” (GRAHAM, 1992: 54). Nesse contexto, “a vida da rua engajava as criadas em uma comunidade maior que o lar ou a vizinhança” (p. 66). Com o passar do tempo, à medida que as idas ao chafariz ou às bicas se tornavam desnecessárias, as domésticas tinham menos desculpas para sair às ruas e passavam então mais tempo no espaço da casa, em quintais ou pátios cercados por muros, “com sua oferta ambivalente de proteção, a qual também admitia a presença crítica e intrusa da dona de casa” (p. 71). Aprofundando a questão, Henrique

Maciel Silva sublinha que “as lavadeiras construíram um tipo de identidade relativamente distante e autônoma diante do grupo patronal. Seus clientes estão ausentes, e elas estão mais imiscuídas no meio popular do que as criadas que viviam nas casas de patrões” (SILVA, 2016: 345).

Como vimos acima, Plínio Olinto considerou que a própria paciente dificultava a comunicação do pessoal da instituição com seus parentes, possivelmente irmãos, já que ela não tinha pais, marido ou filhos. É possível que, diante da possibilidade de viver de favores por não ter, de fato, quem a acolhesse e, também, da incerteza em relação a uma nova colocação no mercado de trabalho (afinal ela tinha 44 anos e pelo menos dois anos de internamento), Maria da Glória “não falasse dos seus”, dificultando, assim, sua saída da colônia. A instituição psiquiátrica teria um papel fundamental na garantia da subsistência dessa trabalhadora “desfiliada”. Na colônia, Maria da Glória trabalhou na costura, depois no jardim, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico desfavorável quanto à restituição completa. Ela permaneceu por mais de 23 anos na assistência psiquiátrica; desses, 21 anos e meio foram na colônia, onde faleceu em março de 1933 de arteriosclerose, cardiorenal, uremia.

O terceiro caso clínico é o de uma lavadeira e engomadeira diagnosticada com psicose tóxica alcoólica. Leocádia Ramos<sup>840</sup> (preta, brasileira, natural do Rio Grande do Sul, solteira, doméstica, quase analfabeta, 50 anos) foi transferida para a colônia junto com a seguinte nota clínica do HN: “o ofício desta alcoolista era lavar e engomar. Na Seção Esquirol, porém, não chegou a trabalhar, pois esteve durante bastante tempo com uma flebite consecutiva a punção venosa (?) em veias da dobra do cotovelo esquerdo. Ainda não tem feitas as Reações de Nonne”. Na colônia, foi observada em 22 de dezembro de 1919 por Waldemar de Almeida, que registrou o seguinte: “É de Cachoeira, no Rio Grande. No 2º ano da República veio para o Rio. Sempre esteve empregada como criada de servir. Não tem família aqui. Foi para o Hospital Nacional porque o patrão lhe disse que ela estava doida. Chamaram a Assistência e lhe fizeram uma sangria (tem, de fato, cicatriz (?))”. Ainda segundo Almeida, a paciente era há muito tempo tabagista e confessava “o abuso anterior de bebidas alcoólicas”. Apresentava-se “bem-humorada,

---

<sup>840</sup> N. 1.406, Livro 11 de Observação. Procedeu da Santa Casa e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em agosto e na colônia em outubro de 1919. Trabalhava na lavanderia, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico favorável. Permaneceu quase nove meses na assistência psiquiátrica, sendo seis meses na colônia, de onde saiu com alta em abril de 1920.



orientada; é de nível mental baixo, sem cultura; obediente, sociável, adaptando-se ao meio, na lavanderia. As demais faculdades sem alteração”.

Leocádia nasceu por volta de 1869, tendo se mudado da cidade de Cachoeira, no Rio Grande do Sul, para o Rio de Janeiro em 1890, trazendo consigo provavelmente o sonho de um futuro melhor, com novas redes de solidariedade e interdependência. Quase trinta anos depois, ela foi rotulada de doida por seu patrão e submetida a uma sangria<sup>841</sup> pela Assistência. Cerca de quatro meses após ser observada na colônia, a paciente obteve alta médica. Às vezes, como parece ter sido o caso aqui analisado, quando se tratava de uma interferência excessiva dos padrões na vida de mulheres trabalhadoras por motivos fúteis, os médicos concediam a alta. Leocádia não tinha família no Rio de Janeiro, mas nem por isso parecia estar condenada a um abandono, sem alguma solidariedade popular. Ela permaneceu na assistência psiquiátrica por quase nove meses, dos quais seis meses foram na colônia, de onde saiu com alta em abril de 1920.

O quarto caso é o de uma cozinheira, nascida em Minas Gerais por volta de 1886, e diagnosticada com alcoolismo. Cândida da Conceição<sup>842</sup> (preta, brasileira, viúva, 29 anos, analfabeta) foi observada em novembro de 1932 por Gustavo de Rezende, a quem informou que perdeu os pais em tenra idade, sendo criada por uma família. Contou ter nascido em Barra do Piraí e vindo para o Rio depois que ficou moça. Teve um casal de filhos que ainda vivia e, apesar de negar os hábitos alcoólicos, era muito alcoolista, segundo o médico. Foi internada no HN por seu patrão. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava “rindo muito, pilheriando, reticente nas respostas procurando negar até fatos evidentes”, e que os processos dissociativos se faziam de acordo com seus conhecimentos, que eram limitados. Era analfabeta, morava em um meio pouco culto e há dezesseis anos se achava internada na colônia, “onde se tem conservada inativa, passando os dias no pátio onde não faz senão rir, rir e em solilóquio”. Tinha a memória lacunosa e o juízo e o raciocínio perturbados, “tem ideias infantis, admite conceitos absurdos e a sua atitude por vezes concentrada e seguida de solilóquios permite-nos inferir que a paciente ainda se acha presa de alucinações auditivas. Tanto mais que

---

<sup>841</sup> Segundo Rodrigo Dantas, “a sangria foi um recurso terapêutico amplamente usado pelas mais diversas práticas de cura, inclusive reconhecida pela medicina acadêmica da época. A prática constituía basicamente em fazer incisões no corpo do doente e deixar sangrar. Baseada nos princípios do paradigma da medicina hipocrático-galênico, segundo o qual a doença era causada por uma desarmonia entre os humores do corpo, ao deixar o excesso do sangue sair, o curador faria o corpo do doente voltar a um estado inicial de harmonia trazendo de volta a sanidade ao enfermo” (DANTAS, 2013: 13). Para saber mais sobre essa prática terapêutica, ver PIMENTA, 1998; DANTAS; PIMENTA, 2011; DANTAS, 2013.

<sup>842</sup> N. 832, Livro 5 de Observação. Procedeu do 13º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em setembro de 1915, sendo enviada para a colônia em janeiro do ano seguinte.

por vezes dá respostas, sem que ninguém ao seu lado lhe dirija a palavra”. Apresentava humor alegre, afetividade um tanto embotada, “não se preocupa com o meio, e interrogada sobre seus filhos diz querer ir para junto deles, sem que no seu exterior se traduza qualquer emoção”, vontade prejudicada e iniciativa quase inexistente, “predominam os automatismos, notam-se impulsos e estereotípias principalmente de atitude”. No campo troficidade, o médico registrou que a paciente tinha “pele própria da sua raça. Negra, cabelos pretos, crespos e curtos”.

De acordo com as observações do pessoal de vigilância (Pavilhão Juliano Moreira, da CGR), documento preenchido pela enfermeira Iracema Rezende Martins, a doente fumava cigarros, se comportava bem com suas vizinhas de leito e pavilhão, não trabalhava, era indiferente com o pessoal da enfermagem e os médicos, não era visitada, não era prestativa, passava os dias sentada, de braços cruzados sobre o abdômen, vivia completamente isolada e se adaptava ao meio, nunca tentou fugir, julgava não ter doença nenhuma, tinha alucinações auditivas e visuais periodicamente e já se encontrava na menopausa. Essa paciente fez parte do levantamento feito pelo médico Ernani Lopes, assim sabemos que ela baixou no Pavilhão Braule Pinto em 14 de maio de 1927, com astenia geral, e aí se verificou Wassermann positivo em 19 de maio de 1928. Foi enviada ao Ambulatório da Gaffrée-Guinle, onde tomou uma série de neosalvarsan (9g e 45 centigramas ao todo) e 25mg de Bi.

É possível que Cândida tenha sido internada por seu patrão devido a atitudes relacionadas ao alcoolismo. Conforme aponta Flávia Fernandes de Souza, entre o final do século XIX e o início do século XX, na capital do Brasil, os criados domésticos eram recorrentemente percebidos “como bêbedos, oportunistas e ladrões, que sempre geravam aos patrões ‘fatais e inevitáveis’ ‘incômodos e prejuízos’”. Da mesma maneira, numa carta aberta publicada no jornal *A Notícia* em 17 de dezembro de 1909, as cozinheiras são classificadas como ébrias habituais ou ladras (SOUZA, 2008: 308).

Segundo Henrique Roxo, “o termo alcoolismo, criado em 1856 por Magnus Huss, significa o conjunto de fenômenos mórbidos suscitados pelo envenenamento pelo álcool. Pode circunscrever-se a simples embriaguez, pode acentuar-se como uma psicose alcoólica” (ROXO, 1938: 282). Para Roxo, a psicose alcoólica aguda deve corresponder ao que se chama *delirium tremens*, um quadro caracterizado por tremor intenso e generalizado e confusão mental alucinatória, sendo predominantes as alucinações visuais e raras as do ouvido (pp. 287-288). Já na psicose alcoólica crônica, ocorre uma modificação profunda do caráter: “o indivíduo perde o critério que tinha, e desaparecem

as noções superiores de ética e estética. Procede mal e pouco se lhe dá do conceito que os outros façam dele. Descura o cumprimento do dever, faltando ao serviço ou executando-o muito mal”. Além disso, “o organismo todo se ressentia da absorção constante de álcool e frequentemente se constatam lesões no fígado, nos rins, estômago ou intestino” (p. 290). Roxo menciona ainda os efeitos positivos da campanha antialcoólica empreendida de modo pioneiro por Ernani Lopes, através da Liga Brasileira de Higiene Mental (p. 296). Ao combater o alcoolismo, e, também, a tuberculose e a sífilis, buscava-se, além de uma descendência saudável, a conservação da força de trabalho existente. Cândida deixou de viver como cozinheira e passou à condição de asilada. Ela permaneceu por pouco mais de 29 anos na Colônia de Engenho de Dentro. Foi transferida em março de 1945 para a Colônia Juliano Moreira, onde faleceu em agosto de 1949.

O quinto caso selecionado é o de uma jovem nascida por volta em 1899 e diagnosticada com debilidade mental. Guilhermina de Souza<sup>843</sup> (parda, solteira, doméstica, 17 anos) informou que seu pai (mestiço) era vivo e morava na roça, perto da cidade de Bananal, em São Paulo, e sua mãe (branca) havia falecido de moléstia do peito há três anos. Tinha quatro irmãos fortes. Contou ainda que “morou na roça, no Bananal, e veio para o Rio em companhia de uma família, que morava no Ipanema e isto já desde 3 anos. Os seus patrões são a família do coronel Antônio José da Silva.”<sup>844</sup> Diz que não sabe por que a mandaram para o hospício”. Teve menstruação aos 14 anos, sendo suas regras regulares. A doente, assim como seus familiares, nunca teve ataques. No exame direto, o médico avaliou positivamente a paciente, registrando o seguinte: “é de meia altura, bem robusta. Tem fisionomia calma, auto expansiva. Tem sempre auxiliado o serviço de enfermagem. Não tem grande desenvolvimento mental, mas a sua memória é fiel. É de natural humilde e afetiva. Diz que pouco sabe ler e escrever. Dorme bem, alimenta-se bastante”.

Esta última informação chama a atenção pelo fato de o alimento aparecer como causa de conflitos entre amos e criados. Conforme observa Souza, uma das exigências

---

<sup>843</sup> N. 1.111, Livro 8 de Observação. O médico que realizou a observação médica dessa paciente não foi identificado. Procede do 30º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em dezembro de 1916, sendo enviada para a colônia em maio do ano seguinte. A polícia devia ser avisada em caso de alta médica. No campo trabalho, consta que a paciente não trabalhava, mas, segundo o médico observador, ela auxiliava no serviço de enfermagem; o tratamento foi o *open-door*.

<sup>844</sup> Isabela Mota e Patrícia Pamplona (2019) apontam que “nas últimas décadas do século XIX, o bairro que conhecemos hoje como Ipanema não passava de um vasto areal distante do Centro, onde estavam situadas as terras do comendador José Antônio Moreira Filho, segundo barão de Ipanema. Em 1894, o barão deu o nome de Vila Ipanema à região e, em sociedade com um amigo, o coronel Antônio José da Silva, inaugurou um novo arrabalde” (MOTA; PAMPLONA, 2019: 455).

dos empregados domésticos tidas como “absurdas” pelos empregadores era “ter acesso a certos alimentos” (SOUZA, 2022: 304). Como vimos, Guilhermina dizia não saber o motivo de ter sido enviada para o HN. Ela não era a única a dizer isso. Pode-se pensar que ou essas pacientes estavam falando a verdade ou escondendo alguma coisa do médico. De todo modo, a quantidade de empregadas domésticas asiladas que afirmavam isso não deixa de evidenciar a autoridade de patrões e patroas para enviar suas criadas para o manicômio. Guilhermina permaneceu por quase oito meses na assistência psiquiátrica, sendo dois meses na colônia, de onde saiu com alta no dia 16 de julho de 1917.

O sexto caso clínico é de uma doméstica, nascida em São Paulo por volta de 1873 e diagnosticada no HN com degeneração inferior e na colônia com debilidade mental. Dionísia Rodrigues<sup>845</sup> (preta, brasileira, solteira, 43 anos e quase nenhuma instrução) foi observada em 30 de novembro de 1917 por Waldemar de Almeida, que registrou que a paciente “foi internada porque teve altercação com a patroa, por motivo fútil, sendo enviada ao hospício”. A paciente teve cinco filhos, restando dois vivos, era tabagista inveterada e fazia uso moderado de bebidas alcoólicas. Ainda segundo o médico, ela possuía “compleição forte, bem nutrida. Caracteres étnicos peculiares a mestiçagem (mulata escura). Estigmas físicos degenerativos”. Estava orientada (tempo, lugar e meio), tinha humor benévolo, fases de excitação psicomotora, atenção ligeiramente desviada, ideação um pouco rápida, fabulação, puerilidade, memória, vontade e afetividade conservadas, nível mental inferior (sem cultivo) e não experienciava distúrbios psicossensoriais. Ela permaneceu por quase dois anos na assistência psiquiátrica, desses, cerca de um ano na colônia, de onde saiu em junho de 1918 transferida para o HN.

As histórias clínicas de Luiza Palmeira (dizia que a patroa deixou de lhe pagar os salários), Maria da Glória (teve uma altercação com a patroa durante a lavagem de roupa), Dionísia (internada em consequência de uma altercação com a patroa por motivo fútil) e de outras que veremos a seguir deixam claro que o espaço doméstico é o local de base para o desenvolvimento das relações de classe. Como observa Maciel Silva, a domesticidade não é “um espaço sem política, porque sem classes” (SILVA, 2016: 436).

As experiências das empregadas domésticas no contexto do pós-abolição deixavam seus sinais na clínica da colônia. O tema da “crise dos criados” certamente não era estranho aos médicos. Waldemar de Almeida registrou que a paciente Dionísia

---

<sup>845</sup> N. 1.179, Livro 8 de Observação. Procedeu do 12º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em setembro de 1916, sendo enviada para a colônia em julho do ano seguinte.

Rodrigues havia sido enviada para o HN “porque teve altercação com a patroa, por motivo fútil”. A posição dos médicos no conflito entre amos e criados não fugia muito da abordagem institucional e dependia muito da capacidade de trabalho das pacientes. A terapia pelo trabalho buscava assegurar uma mão de obra obediente fora ou aproveitável dentro. No caso, a paciente em análise não parecia corresponder a nenhuma das duas opções, pois foi transferida para o HN. Como vimos no primeiro capítulo, as pacientes transferidas para o estabelecimento da Praia Vermelha, em geral, eram aquelas que, além de manifestarem agitação psicomotora, não se dedicavam a nenhum serviço na instituição. As altas, no caso das empregadas domésticas internadas por seus patrões e patroas mas consideradas dóceis pelos médicos, pareciam relacionadas à expectativa de que elas reassumissem o lugar social da trabalhadora doméstica.

O sétimo caso é o de uma jovem nascida em Minas Gerais por volta de 1903. Maria da Conceição<sup>846</sup> (parda, solteira, doméstica, analfabeta, 15 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva) foi observada na colônia em 25 de novembro de 1918 por Waldemar de Almeida, que registrou que a doente se encontrava na capital há dois anos, “onde exerceu em várias casas o mister de doméstica. Usou moderadamente de bebidas alcoólicas. Foi enviada ao manicômio pelo seu patrão porque ‘estava abobada em casa’ (*sic*) e não fazia nada”. Ainda segundo Waldemar, tratava-se de “uma mulher moça, mestiça, compleição forte, estatura mediana, regularmente nutrida, expressão fisionômica meditativa, atitude calma. Estrábica. Língua saburrosa. Dentes bons. Menstruação regular”. Tinha o humor benévolo e demonstrava conhecimento do meio, tempo e lugar. Revelava um indiferentismo afetivo, tendo, no entanto, memória e vontade conservadas. Na colônia, nunca se agitou e “desde que chegou tem trabalhado em vários misteres nos galinheiros e com seu real proveito. É uma doente comunicativa e sociável”. Por fim, o médico referiu que a paciente foi há pouco tempo acometida de gripe, mas se restabeleceu sem complicações.

A frase “estava abobada em casa” teria sido dita, provavelmente, às autoridades policiais pelo patrão ou então reproduzida no interrogatório médico pela própria paciente. De acordo com Souza, pelo fato de as relações sociais escravistas serem, via de regra, guiadas por um simbolismo paternalista, havia a expectativa dos senhores de que os cativos fossem humildes, obedientes e fiéis e, com certa similitude, as mesmas

---

<sup>846</sup> N. 1.288, Livro 10 de Observação. Procedeu do 16º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em fevereiro e na colônia em junho de 1918. A polícia devia ser avisada em caso de alta na colônia. Trabalhava no galinheiro, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável.

expectativas eram acalentadas em relação aos trabalhadores domésticos, durante a vigência da escravidão e mesmo após seu fim. Assim, similarmente ao que ocorria com os escravos, quando as expectativas dos patrões não eram atendidas, as mesmas imagens depreciativas dos cativos – “insolentes, ambiciosos, desobedientes e infiéis” – eram atribuídas aos criados domésticos. A autora imagina que, em função desse entendimento, “aumentaram as preocupações e os cuidados dos empregadores em relação à escolha dos seus empregados” (SOUZA, 2022: 306). Carla Pinsky observa, por seu turno, que, no início do século XX, devido a preconceitos raciais, diferenças sociais e, inclusive, a conflitos entre padrões morais, proliferaram “representações nada lisonjeiras da serviçal: ‘sapeca’, ‘promíscua’, ‘debochada’, ‘burra’, ‘boçal’” (PINSKY, 2013: 498).

Na colônia, como vimos, Maria da Conceição foi descrita por Waldemar de Almeida como uma paciente calma e produtiva (“desde que chegou tem trabalhado em vários misteres nos galinheiros e com seu real proveito”). Ela teria, assim, provado, por meio da praxiterapia, que, ao contrário do alegado pelo patrão, ela era prestativa. Com efeito, palavras não bastariam para que os médicos se convencessem de que as internas eram realmente produtivas. Ter a vontade conservada e trabalhar na instituição parecia crucial para afastar o estigma de vadia, especialmente no caso das pacientes internadas por seus empregadores. É preciso perceber ainda que Waldemar de Almeida, sem se colocar contra esse patrão, livrou a paciente do rótulo de inútil, entendendo que ela poderia trabalhar fora da instituição. Maria da Conceição permaneceu por pouco mais de três anos na colônia, de onde saiu com alta médica em setembro de 1921. Assim como ela, outras pacientes menores de idade somente receberam alta ao completarem 18 anos.

O oitavo caso clínico é o de uma paciente nascida por volta de 1900. Nazareth Araújo<sup>847</sup> (preta, brasileira, solteira, doméstica, 21 anos, diagnosticada com psicose maniaco-depressiva) informou ao médico observador que tinha pais falecidos e que nunca fez uso de álcool. Contou ainda “que se achava empregada em casa de uma família e aí enamorou-se de um rapaz. Contrariada em seus amores pela sua patroa, sentiu-se presa de uma profunda tristeza, que a tomou irascível e com ideias de suicídio, motivo pelo qual foi internada no Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou o seguinte:

---

<sup>847</sup> N. 1.648, Livro 13 de Observação. Apresentada à polícia e internada pela RCP, ingressou no HN em novembro de 1921, sendo enviada para a colônia em maio do ano seguinte. Trabalhava na cozinha, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Em julho de 1922, esteve na enfermaria com perfuração digestiva; em outubro de 1922, foi para a Assistência Heterofamiliar. Permaneceu em torno de um ano e cinco meses na colônia, sendo eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de seis meses obtida em setembro de 1923.

“apresenta-se calma, orientada no meio. Lembra-se dos fatos antigos e recentes. Tem ideias de suicídio. Afetividade presente. Diz ter saudades de um irmão seu que não vê há muito tempo, lastima não ter mais a sua mãe”.

De acordo com a análise das histórias clínicas das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro, as mulheres brancas foram muito mais internadas com históricos de amores contrariados do que as negras, que, geralmente, traziam mais problemas relacionados ao mundo do trabalho. Mas, nesse caso, a oposição partia da patroa. Não sabemos se havia um motivo específico para a patroa ser contra o namoro de Nazareth, se esta havia se apaixonado, por exemplo, por algum membro ou conhecido da família. Por outro lado, como vimos no início desta seção, as criadas tidas como “de portas adentro” eram normalmente muito mais controladas por seus empregadores (GRAHAM: 1992: 31), que tinham receio de que a imoralidade das classes populares penetrasse nos lares.

Com efeito, é possível que Nazareth dormisse na casa de sua patroa e estivesse disponível a qualquer hora, algo de que a dona da casa não estaria disposta a abrir mão. Souza observa que, nessa época, as empregadas domésticas passaram a fazer algumas exigências consideradas “absurdas” pelos empregadores, envolvendo, por exemplo, “o valor do salário e a possibilidade do seu adiantamento, a definição dos horários de entrada e de saída dos empregos, se dormiriam em casa dos patrões ou o que fariam em relação às suas funções”. Além disso, frequentemente pediam “permissões para pequenas ações, como ter acesso a certos alimentos, realizar algumas saídas durante o horário de trabalho ou receber visitas em alguns dias da semana” (SOUZA, 2022: 304).

Por fim, cumpre destacar o protagonismo de Nazareth, que lutou contra a proibição de estabelecer relações sexo-afetivas, lutou contra a solidão da mulher negra, conforme há mais de 30 anos teorizou Beatriz Nascimento em “A mulher negra e o amor”. Neste artigo, a autora aponta que “a mulher negra na sua luta diária durante e após a escravidão no Brasil, foi contemplada como mão-de-obra, na maioria das vezes não qualificada”. Assim, em decorrência do “estigma da escravatura, reproduz-se na mulher negra ‘um destino histórico’” (NASCIMENTO, 2006 [1990]: 128). Nazareth passou pela assistência heterofamiliar, que, como vimos no terceiro capítulo, tinha uma relação direta com o trabalho doméstico dentro e fora da instituição; em seguida, foi eliminada do quadro de pacientes da instituição por não retornar de uma licença médica. É possível que essa licença, como ocorreu em outros casos, tenha sido solicitada por um novo empregador.

O nono caso é o de uma mulher nascida em São Paulo por volta de 1900. Maria Virgínia,<sup>848</sup> preta, brasileira, solteira, doméstica, 27 anos. Procedeu do Hospício de Nossa Senhora da Saúde e foi internada pelo administrador desse hospital. Ingressou no HN em dezembro de 1927, sendo enviada, com o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva(?), para a colônia em maio do ano seguinte, onde foi observada por Gustavo de Rezende, a quem informou que tinha mãe falecida em consequência do parto e pai e dois irmãos vivos; “sua mãe tinha um gênio muito irascível e seu pai fazia uso demasiado de bebidas alcoólicas”. Contou ainda que “nasceu e foi criada em São Paulo na cidade de Taubaté; aos 23 anos veio para o Rio de Janeiro, onde esteve empregada muito tempo como ama seca”. Tendo uma doença cujo nome não lembrava, foi internada por seu patrão no Hospital da Gamboa, onde “se manifestaram perturbações para o lado da cabeça que a puseram fora de si, razão pela qual foi transferida para o Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou que ela se apresentava “calma, rindo por vezes sem motivo”. Sabia ler, escrever e contar, se achava orientada no meio e desorientada no tempo, com orientação autopsíquica, atenção espontânea e voluntária presente, associação de ideias e memória normais e vontade e afetividade conservadas: “tem saudade dos filhinhos de sua patroa, dizendo que ajudou a criá-los; refere-se com carinho a sua patroa, que era muito boazinha”.

O paternalismo, neste caso, funcionou muito bem. A ama-seca descrevia a patroa como bondosa e parecia grata aos ex-empregadores. Assim, em troca de sua obediência e dedicação à família, recebia a proteção dos patrões, no caso, a sua inserção na assistência psiquiátrica (GRAHAM, 1992). Aqui está um discurso de continuidade do antigo paternalismo, “cujo símbolo máximo é a mãe-preta, seguida da mucama de ‘estimação’, a Negra Fulô”, conforme explica Maciel da Silva (2016). Para o autor, “o ‘acontecer’ da classe das trabalhadoras domésticas só seria uma realidade quando as trabalhadoras rompessem com a falsa imagem de membro da família, quando se sentissem distintas do núcleo familiar que as empregou, quando alijassem de si a noção de autossacrifício” (SILVA, 2016: 433).

Sandra Graham argumenta que, na cidade, as preocupações em decorrência da abolição da escravidão foram intensificadas pelo temor do contágio e que foi através das amas-secas que a doença, vista como transmitida pela massa de habitantes do cortiço, chegou sorrateiramente à intimidade das famílias. Além de transmitirem rápida e de

---

<sup>848</sup> N. 2.102, Livro 18 de Observação. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door*, prognóstico s/i.



maneira indetectável todo tipo de pestilências, como febre amarela, cólera e tifo, julgava-se que as amas-secas portavam infecções que lhes eram peculiares, em particular doenças crônicas de pele, e, também, que as crianças infectadas por elas podiam entrar na fase de latência durante anos sem qualquer sintomatologia. Como cuidavam das crianças desde a sua mais tenra idade, as amas-secas tornaram-se para os patrões fontes de perigo e contaminação. A partir de meados do século XIX, apareceram imagens divergentes de amas-secas: “ora significava a figura que amamenta e cuida e ao mesmo tempo refletia o espectro de terrível desgraça” (GRAHAM, 1992: 80).

Segundo Marília Ariza, os discursos médicos e higienistas, enquanto produtos “de uma mentalidade positivista que aspirava ao progresso e à racionalização, encontraram uma expressão muito clara da natureza nociva da escravidão na condenação da amamentação pelas amas de leite e, mais importante, na condenação das próprias amas de leite” (ARIZA, 2017: 415-416). Entre meados e fins do século XIX, não mais vistas “como a doce representação de um tipo de escravidão supostamente ‘afetuosa’”, as amas de leite passaram a ser retratadas por médicos e autoridades governamentais “como influências perigosas para crianças, mulheres cuja conduta tortuosa e defeitos físicos – raça sendo a soma de tudo isso – poderia ser transmitida aos jovens futuros cidadãos através do ato de amamentar”. Paralelamente, o surgimento de uma normatividade burguesa “consagrou a instituição familiar como base da sociedade moderna e elevou a representação da mãe cuidadora, alojada na domesticidade do lar paternalista, a um papel central dentro do modelo de família patriarcal” (ARIZA, 2017: 416).

Essa mulher preta, pobre, migrante de São Paulo, ama-seca e virgem (de acordo com exame feito no âmbito da CGR), foi internada por seu patrão no Hospital da Gamboa, de onde saiu transferida para o HN. Essa era uma internação que se explicava muito mais pelo adoecimento da ama-seca (ou pelo medo deste), tanto que, antes de ir para o hospício, ela havia passado por outra instituição médica e não pela polícia, como a grande maioria das empregadas domésticas aqui analisadas. Essa paciente foi também a única que se referiu com carinho à patroa e seus filhos. Contudo, no final das contas, Maria Virgínia era uma mulher vivendo longe da sua terra natal e sem redes de apoio. Após décadas de asilamento, no âmbito da CJM, foi considerada como oligofrênica e esquizofrênica.<sup>849</sup> Permaneceu na assistência psiquiátrica por quase quarenta anos, dos quais dezessete

---

<sup>849</sup> Prontuário de M. V. Localização: IMAS-JM.

foram na Colônia de Engenho de Dentro, de onde saiu transferida para a CJM em abril de 1945. Faleceu na instituição de Jacarepaguá em 25 de março de 1967.

O décimo e último caso selecionado é o de Maria do Carmo<sup>850</sup> (parda, brasileira, solteira, doméstica, 14 anos, diagnosticada com degeneração mental), que foi observada na colônia por Gustavo de Rezende, a quem informou que tinha a mãe falecida (em consequência de tuberculose pulmonar) e o pai vivo e não possuía irmãos e que “em criança teve sarampo que a deixou cega do olho direito, cataporas e gripes. Foi menstruada pela primeira vez aos 14 anos de idade”. Contou ainda que “foi criada por sua madrinha até a idade de 2 anos, tendo sido então colocada na Casa dos Expostos. Quando contava 10 anos, sua madrinha retirou-a da Casa dos Expostos, empregou-a como auxiliar de cozinheira em uma casa de família, onde esteve pouco tempo”. Esteve empregada em várias casas, sendo que “na última casa em que trabalhou teve uma alteração com a sua patroa, terminando por agredi-la. Na ocasião foi presa e esteve um mês no Prédio Central, de onde foi removida para o Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava calma e orientada (meio e tempo). Tinha atenção espontânea e voluntária presente e associava as ideias de acordo com o seu nível intelectual que era medíocre; sabia ler e escrever e lembrava-se bem dos fatos antigos e recentes. Não apresentava distúrbios psicossensoriais nem alterações do juízo e do raciocínio dignas de nota. Tinha a afetividade presente, pois se mostrava “grata a sua madrinha pelos cuidados que lhe dispensou na sua infância, tem palavras de carinho para ela e deseja vê-la” e a vontade fraca, não sendo “capaz de uma ação decisiva a seu respeito, deseja sair da Colônia mas não procura sequer informar-se como poderia realizar o seu desejo”.

Tratando das instituições femininas e masculinas para órfãos, desvalidos e bebês abandonados no Brasil Colônia e no Império, Irene e Irma Rizzini apontam que a Santa Casa “mantinha no Rio de Janeiro e em Salvador recolhimentos com atendimento diferenciado para ‘meninas indigentes’ e ‘órfãs filhas de legítimo matrimônio’. Além desse divisor social, recorreu-se também ao divisor racial” (RIZZINI; RIZZINI, 2004: 27). Nestes asilos, meninas e moças eram educadas “nos trabalhos domésticos e de agulha

---

<sup>850</sup> N. 2.105, Livro 18 de Observação. Procedeu e foi internada pela 1ª Delegacia Auxiliar. Ingressou no HN em dezembro de 1927, sendo enviada para a colônia em maio do ano seguinte. Inicialmente não trabalhou, depois atuou na costura, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Obteve uma licença de seis meses em dezembro de 1928 e outra de doze meses em abril de 1929 (a requerimento de uma família). Regressou, respectivamente, em março e outubro de 1929. É provável que essas licenças tenham sido solicitadas por alguém que se interessava por ela como empregada. Permaneceu em torno de um ano e nove meses na colônia, de onde saiu com alta melhorada em janeiro de 1930.

e na instrução elementar. De lá só podiam sair casadas (...)”. Porém, segundo as autoras, “há indícios de que o destino mais comum era o de que fossem criadas em casas de famílias, nem sempre contando com o pagamento pelo seu trabalho” (p. 27).

Henrique Maciel Silva verificou que a Santa Casa de Misericórdia de Salvador, num período em que o trabalho doméstico era definido principalmente por relações pessoais e acordos orais, foi responsável por conceber um tipo de trabalhadora doméstica que deveria, pelo menos até a maioridade, estar vinculada às regras da instituição e às exigências do patrão. Na prática, as domésticas possuíam dois tipos de dependência: a que envolvia a instituição, na qualidade de tutora e detentora de sua força de trabalho; e a que envolvia a família do locador, interessada nos serviços domésticos fornecidos e com funções protetoras minoradas, já que a função de zelar pela honra da exposta era da Misericórdia (SILVA, 2016: 97). Mas, como mostra Silva, esse tipo mais ordeiro de doméstica “não era uma massa inerte de vítimas da pobreza e da orfandade”; nesse sentido, a proteção dada pela Santa Casa poderia não encaixar “com projetos pessoais e íntimos que, não obstante a dureza da vida, subsistiam. A transformação de uma menina órfã e desamparada em trabalhadora doméstica não era sem traumas para alguém cuja vida estava determinada por forças exteriores à sua vontade” (p. 106).

É possível que Maria do Carmo, assim como muitas expostas de Salvador estudadas pelo autor, tivesse pouco interesse em se transformar em uma trabalhadora doméstica. Ela foi, na verdade, um exemplo de tutela informal, pois, como vimos, foi inserida como auxiliar de cozinha em uma casa de família por sua madrinha. Maciel Silva acredita que esse padrão de tutela tenha se repetido nas principais cidades brasileiras de fins do século XIX e enfatiza que a “informalidade permitia contratações e dispensas mais rápidas, e mesmo fugas de criadas que se sentissem maltratadas” (p. 106). Entendemos ainda, com o autor, que os gestos de violência das domésticas (como o de Maria do Carmo, que agrediu sua patroa) “dizem muito sobre itinerários de uma formação de classe”. As trabalhadoras domésticas de Recife e Salvador, segundo Silva, “fosse por sua situação de vulnerabilidade, fosse por sua força e coragem, eram envolvidas (e se envolviam) em contextos de violência” (p. 345).

As histórias clínicas que analisamos mostram parte dos conflitos presentes nas relações de trabalho estabelecidas entre patrões e patroas e empregadas domésticas nas duas primeiras décadas do início do século XX, no Rio de Janeiro. Os relatos de resistência por parte das empregadas e de vingança do lado dos empregadores se repetem tanto ao ponto de parecerem a mesma história. Eles escancaram o poder dos patrões, mas

também mostram a luta das empregadas domésticas por direitos e por alguma autonomia. Tanto os patrões como agora as empregadas agiam, como aponta Maciel Silva, como classe. Muitas dessas mulheres vinham de outros estados para trabalhar como doméstica na capital federal. Algumas haviam perdido o contato com os parentes, pois teriam sido entregues aos cuidados de outras famílias desde tenra idade para trabalhar. Não puderam frequentar escolas e, muitas vezes, nem ter suas próprias relações sociais, aí incluído o exercício da própria maternidade. Se tratava, sobretudo, de mulheres pobres, com redes familiares inexistentes ou enfraquecidas, internadas via polícia.

As internações de trabalhadoras domésticas por seus patrões e patroas na assistência psiquiátrica apontam tanto para o caráter altamente pessoal e privado das relações entre tais sujeitos quanto para a queda do paternalismo a partir dos anos finais da escravidão. Assim, essas internações são um exemplo do poder privado de patrões e patroas sobre as trabalhadoras domésticas, mas também da crescente inquietação da classe patronal diante das possibilidades de cidadania para a população pobre, especialmente “de cor”. As internações em análise mostram claramente que o rompimento com o paternalismo estava levando empregadas domésticas ao HN. Os motivos da internação iam desde alterações por motivos fúteis a agressões físicas por parte das empregadas, significando, assim, uma punição ou simplesmente o fim de certa proteção. Além da desobediência, a doença também levou patrões e patroas a internarem suas empregadas no HN, no entanto com menor frequência, de acordo com as histórias clínicas das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro.

Entretanto, apesar do paternalismo não ter mais a mesma força de antes, os patrões ainda podiam contar, em geral, com a polícia e o próprio saber-poder psiquiátrico. Aqui devemos lembrar o quanto uma interferência formal da polícia, através da regulamentação dos serviços domésticos, foi evitada no Rio de Janeiro no período imperial e, também, no republicano. Para que regulamentar os serviços domésticos se os patrões, dentre tantas formas de castigar e “favorecer”, tinham a polícia ao seu lado e instituições como o manicômio para recorrer? Os patrões recusavam, efetivamente, o uso da polícia nos termos da lei.

Marcos Luiz Bretas aponta que, desde a criação das modernas corporações policiais, é presumido que as classes superiores devem ser protegidas e não policiadas, sendo os cidadãos das classes populares o alvo preferido da vigilância policial. As autoridades policiais tinham de agir de modo firme quando tais cidadãos eram acusados, especialmente de crimes contra a propriedade privada das classes sociais dominantes; em

contrapartida, era complicado proceder contra os ricos, que vão começar a se ver envolvidos com a polícia no século XX em função da emergência do automóvel e da criminalização dos entorpecentes (BRETAS, 1997a: 84). Assim, é notável que, ao designarem a empregada doméstica como louca, os patrões evitavam uma interferência policial na privacidade do lar. Nessa lógica, só um lado tinha voz.

Por fim, cumpre destacar que, se a luta é um elemento presente nas histórias clínicas dessas mulheres, a precariedade prevaleceu em vários sentidos, tanto pelo fim que muitas tiveram, que foi a morte dentro de uma instituição psiquiátrica, como pelas violências que elas sofreram fora e dentro da instituição asilar.

#### **4.3.5. Juizado de Menores do Distrito Federal**

Neste ponto do trabalho, a história da infância<sup>851</sup> no Brasil, especialmente os estudos sobre o trabalho doméstico infantil, se encontra com a história da psiquiatria.

Entre 1924 e 1931, foram transferidas para a colônia 59 meninas internadas no HN pelo Juizado de Menores.<sup>852</sup> Sabe-se que destas dezenove eram brancas (32%), trinta, pardas (51%) e dez, pretas (17%), ou seja, 68% eram meninas “de cor”. Quanto à faixa etária, nove pacientes tinham de 12 a 14 anos, 37 de 15 a 17 anos e treze de 18 a 22 anos. No hospício, elas foram classificadas, sobretudo, como portadoras de um estado atípico de degeneração (40%), débeis mentais (24%), epiléticas (8%) e histéricas (8%). Os diagnósticos foram distribuídos da seguinte forma: estado atípico de degeneração (24), debilidade mental (14), epilepsia (5), histeria (5), imbecilidade (2), psicose maníaco-depressiva, debilidade mental (2), e, com uma incidência, delírio episódico; epilepsia e histeria; histeria de conversão; histeria e debilidade mental; oligofrenia e epilepsia; psicose maníaco-depressiva; e síndrome histeroide.

Dessas pacientes, 27 saíram com alta (46%), duas em 1926, treze em 1927, dez em 1928 e duas em 1932. Todas as altas, com exceção das de 1926, foram por determinação do Juiz de Menores. É provável que essas altas sejam um efeito da aprovação, em fins de 1927, do Código de Menores. Seis foram eliminadas após evasão (10%) e quatro por não retornarem no prazo da licença (7%). Portanto, 63% dessas menores conseguiram se livrar da instituição através de alta, evasão e não retornando de

---

<sup>851</sup> Sobre a historicidade do conceito de infância, ver ARIÈS, 1981.

<sup>852</sup> Além das 59 pacientes institucionalizadas pelo Juizado de Menores, em torno de trezentas menores de idade internadas por outras vias passaram pela colônia no período estudado. Fonte: Livros 1 e 2 de Matrícula da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro. Localização: IMAS-JM.

licenças. Por outro lado, dezesseis foram transferidas para o HN entre 1925 e 1938 (27%), duas para a CJM em 1944 e 1945 (3%), três faleceram na colônia (5%) e uma não tem data de saída (2%), havendo, porém, registros de sua permanência na instituição até 1940. É provável que se trate de uma paciente remanejada para o então Instituto de Psiquiatria.

Pelos dados de entrada e saída de pacientes, fica claro que, para a maioria das jurisdicionadas, a internação psiquiátrica foi de curta ou média duração (de um a dois anos). Tanto a internação como a alta médica pelo Juizado de Menores eram medidas características do período em que “a proteção à infância e à adolescência” estava sendo organizada pelo Estado.

Deve-se destacar que apenas um pequeno número do universo de menores jurisdicionados(as) era enviado para o HN. Por meio de uma publicação da revista carioca *Vida policial*, sabe-se que o número de amparados pelo Juizado de Menores, em dezembro de 1925, havia chegado a 2.644 “infelizes”.<sup>853</sup> Ainda segundo esse texto, no mês de outubro de 1925, 125 menores (83 do sexo masculino e 37 do feminino) haviam sido enviados para onze instituições diferentes, a saber: Diretoria de Povoamento do Solo, para serem admitidos em patronatos agrícolas (28), Abrigo de Menores (24), Casa dos Expostos (treze), Escola Quinze de Novembro (oito), Asilo do Bom Pastor (seis), Casa de Prevenção e Reforma (quatro), Escola de Aprendizes Marinheiros (quatro), Casa Maternal Mello Mattos (três), Orfanato D. Sebastião Leme (dois), Hospital Hahnemanniano (dois) e Hospital Nacional de Alienados (dois). Além disso, vinte menores foram entregues a pessoas idôneas e nove restituídos aos pais. Na prática, a entrega de menores a pessoas consideradas idôneas significava, em geral, sua transformação em trabalhadores. É importante ressaltar que o que vemos nas histórias clínicas da colônia, apesar de indicativo sobre o panorama de menores no Rio de Janeiro, é apenas uma pequena amostra da atuação do Estado brasileiro frente ao “problema da infância”.

As histórias clínicas analisadas nesta seção colocam em cena não apenas médicos e pacientes mas também familiares, patrões e o Juizado de Menores. Por isso, para discutir os casos, é necessário pensar o nascimento desse Juizado e, também, a relação do processo de institucionalização da criança no Brasil com o trabalho infantil. No ano de 1927, foi criado no Rio de Janeiro o primeiro Juízo de Menores do Brasil e aprovado o Código de Menores, idealizado por Mello Mattos, primeiro e de mais longa permanência juiz de

---

<sup>853</sup> A AÇÃO do Juízo de Menores. 2.644 infelizes já amparados. *Vida Policial*, ano II, n. 46, 16 de janeiro de 1925, p. 27.

menores do país (1924-1934) (RIZZINI; RIZZINI, 2004: 29).<sup>854</sup> Segundo Irene e Irma Rizzini, o Juizado de Menores “consolidou um modelo de classificação e intervenção sobre o menor, herdado da ação policial, que, através das delegacias, identificava, encaminhava, transferia e desligava das instituições aqueles designados como menores” (RIZZINI, RIZZINI, 2004: 30). Por outro lado, com a instauração da justiça de menores como expressão do espírito científico da época, passou-se a contar com um detalhado inquérito médico-psicológico e social do menor que foi além da ação policial, incorporando “conceitos e técnicas provenientes dos campos profissionais ainda em definição no Brasil, relativos à psiquiatria, à psicologia, às ciências sociais, à medicina higienista e seus desdobramentos” (RIZZINI, RIZZINI, 2004: 31). No campo da psiquiatria, como vimos, a maioria das pacientes jurisdicionadas foram consideradas degeneradas atípicas e, em seguida, débeis mentais.

Na terceira edição de seu *Manual de Psiquiatria*, Henrique Roxo afirmava que o estado atípico de degeneração “nunca será o desvio de um tipo primitivo, ideal, perfeito, e sim a desorganização da harmonia mental que estabelece a proporcionalidade do sentir, pensar e querer e permite que a nossa autocrítica esteja, a cada passo, a intervir em todos os atos de nossa vida de relação” (ROXO, 1938: 738). A debilidade mental também era pensada pelo psiquiatra como representando uma zona fronteira, no caso entre a imbecilidade e a sanidade psíquica. Além disso, segundo ele, era necessário distinguir “o que caiba à ignorância, à falta de instrução, ao atraso do meio, do que pertença à deficiência de inteligência” (ROXO, 1938: 767).

De acordo com Muñoz e Dias (2021), diante da criação do termo “psicopatias constitucionais” na Alemanha, os médicos Juliano Moreira, Afrânio Peixoto e Henrique Roxo conceberam a ideia de “estados atípicos de degeneração” como sinônimo daquela para a primeira classificação psiquiátrica brasileira (1910). Para Roxo, conforme os autores, o degenerado manifestaria “acentuada inferioridade orgânica, frequentemente herdada dos pais, em virtude de sífilis e do alcoolismo dos progenitores”; e os degenerados atípicos não teriam feição típica, pois “o ‘fundamento degenerativo fica um tanto obscurecido diante da predominância dos sinais que lhes são característicos’”. Em 1916, Roxo delimitou a degeneração atípica em cinco grupos: “desequilíbrio mental, depressão constitucional, excitação constitucional, perversões sexuais e delírios transitórios (delírio episódico dos degenerados)” (MUÑOZ; DIAS, 2021: 206). Muñoz e

---

<sup>854</sup> Sobre a história da legislação brasileira dirigida à infância, ver RIZZINI, 2002.

Dias apontam que a degeneração atípica foi instituída para abarcar os casos residuais de degeneração na classificação psiquiátrica brasileira, mas que, nos anos de 1920, houve um crescimento contraditório do uso do diagnóstico, o que “pode ser explicado pelo enquadramento dos anormais indesejados, em termos biopolíticos da época, pois a degeneração atípica abarca os anormais incorrigíveis descritos por Michel Foucault” (p. 206).

Com efeito, em meados da década de 1920, os médicos do HN se mostraram ansiosos para diagnosticar jovens, sobretudo as remetidas pelo Juizado de Menores, com estado atípico de degeneração. Culturalmente, de um lado, havia um certo sentimento de comisseração em relação às menores que acabavam, muitas vezes, sendo exploradas por patrões e patroas inescrupulosos e, de outro, um forte sentimento de rejeição social às jovens insubmissas das classes trabalhadoras urbanas. O fato é que a própria vulnerabilidade delas servia para compor o diagnóstico de estado atípico de degeneração e tratá-las como delinquentes em potencial. Assim, além da incorrigibilidade, os casos aqui analisados nos mostram um quadro marcado, especificamente, pelas tentativas de transformar crianças pobres em mão-de-obra doméstica. As degeneradas atípicas da colônia – muitas vezes internadas por se comportarem mal no abrigo de menores ou terem condutas irregulares na casa de seus patrões – foram descritas pelos médicos como indisciplinadas, insensíveis, agressivas e/ou imorais. Essa prática diagnóstica, pelo menos levando em conta as transferências de pacientes do HN para a colônia, declinou drasticamente ao longo da década seguinte.

Estudando a mão de obra infanto-juvenil no serviço doméstico carioca (1880-1930), Natália Peçanha argumenta que o processo de institucionalização da criança no Brasil fez com que o princípio de proteção se transformasse “em um mecanismo de agenciamento do trabalho infantil”, sobretudo a partir da promulgação da Lei do Ventre Livre. Esta lei, segundo a autora, indicou, ao mesmo tempo, o fim próximo da escravidão e “um mecanismo de assimilação da mão de obra infantil ‘de cor’ em permanência servil – através da tutela” (PEÇANHA, 2018: 106). No entanto, se, por um lado, antigos senhores ou patrões se esforçavam para manter práticas aplicadas durante a escravidão, por outro, os menores resistiam contra os abusos sofridos em casas de família, fugindo, denunciando, agredindo. Ainda conforme Peçanha, apesar dos meninos e meninas “de cor” entrarem de forma mais precoce no mundo do trabalho e da raça ser, no caso brasileiro, um demarcador importante para compreender o trabalho infantil, o principal



fator para a inserção de menores de idade em situações de trabalho era, inicialmente, a classe social (PEÇANHA, 2018: 105).

Patrícia Geremias, por sua vez, a partir dos resultados de sua pesquisa sobre os processos de tutela e soldada do juizado de órfãos de Desterro/SC e das cidades de Itu, Campinas e Rio Claro/SP, em fins de século XIX, explica que “para cada criança tutelada ou ‘dada à soldada’ através dos juzizados de órfãos, milhares viveram informalmente nesses domicílios”, na condição de empregadas domésticas (GEREMIAS, 2015: 1-2). Os resultados indicam que a maioria desses processos não envolvia ingênuos, mas sim crianças livres pobres. Assim, Geremias defende a necessidade de entender “a tutela e os contratos de soldada tendo como referência não apenas a legislação abolicionista de 1871 e a figura do ingênuo, mas o costume, desde o período colonial, de criar filhos alheios em ‘casas de família’ e posteriormente utilizar a mão de obra dessas crianças, principalmente nos serviços domésticos” (GEREMIAS, 2015: 4).

Analisando as disputas em torno dos trabalhadores menores de idade na cidade de São Paulo e sua relação com a estigmatização das mulheres negras como mães infames, Marília Ariza notou que, nos anos de 1880-1890, “as práticas de arregimentação do trabalho informal foram cada vez mais substituídas, embora apenas parcialmente, por acordos de trabalho formal voltados principalmente para trabalhadores menores de idade nascidos de mães escravas ou libertas” (ARIZA, 2017: 408). Ela também percebeu uma concentração de tais acordos nessas duas décadas, o que sugeriria que, além de meios para disciplinar os novos trabalhadores, as tutelas e os contratos de trabalho eram “recursos úteis para preservar os vínculos de dependência previamente estabelecidos em um mundo em transformação” (ARIZA, 2017: 411). Esta visão é corroborada pelo achado de que a maioria dos trabalhadores cujos serviços foram normalizados com o auxílio do Juizado de Órfãos eram escravizados e filhos ou familiares de ex-escravos.

Ainda segundo Ariza, as famílias chefiadas por mulheres negras e empobrecidas “eram compostas por muitos provedores, de mães a filhos”. Para as mães, isso significava não se encaixar nas normas de gênero da classe média. Devido às necessidades de subsistência, elas buscavam continuamente trabalho para seus filhos, o que muitas vezes significava colocá-los informalmente “sob o controle de outras famílias, para quem trabalhariam e com quem viveriam”. Assim, as tutelas legais e a prestação formal de serviços “impediam que as mães escolhessem a melhor forma de trabalho para seus filhos e cobrassem os dividendos desses serviços, uma vez que os poucos salários pagos aos trabalhadores menores de idade eram inacessíveis até que chegassem à maioridade”

(ARIZA, 2017: 417). Contudo, tanto mães como filhos buscaram escapar dessa armadilha, segundo a autora: “se as crianças trabalhadoras desobedeceram às ordens de seus empregadores e fugiram”, suas mães também não ficaram de braços cruzados: “as ajudaram a fugir e constantemente buscaram proteção das autoridades públicas, seja para denunciar os maus-tratos sofridos pelas crianças ou para provar que eram mães de fato merecedoras, cujas os direitos maternos foram injustamente confiscados” (ARIZA, 2017: 419).

É com o auxílio destes olhares que passamos a analisar as histórias clínicas de treze pacientes internadas no HN pelo Juizado de Menores do Distrito Federal e depois transferidas para a colônia.

O primeiro caso clínico é o da paciente Thereza<sup>855</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, 15 anos, internada no HN em outubro de 1926 e enviada para a colônia em abril do ano seguinte). Sua história foi noticiada em, pelo menos, sete jornais de grande circulação, no dia 19 de setembro de 1926, com os seguintes títulos: “Fatos policiais” (*Jornal do Commercio*);<sup>856</sup> “Casos policiais. Menor endiabrada” (*O Paiz*);<sup>857</sup> “Atirou-se da janela da delegacia” (*O Imparcial*);<sup>858</sup> “Rapariga endiabrada quase agrediu a própria mãe, na delegacia tentou suicidar-se” (*Gazeta de Notícias*);<sup>859</sup> “Não queria ir para o Juízo de Menores, e tentou suicidar-se, atirando-se da janela da delegacia” (*Jornal do Brasil*);<sup>860</sup> “Mã filha, tanto fez que obrigou sua mãe a entregá-la ao juiz de menores. Numa última prova de falta de juízo, tentou suicidar-se” (*Correio da Manhã*);<sup>861</sup> “Theresa, a senhorita travessa, entregue à polícia, não deixou o comissário dormir. A custo foi removida para o JM, tentando antes suicidar-se” (*O Brasil*).<sup>862</sup> Abaixo transcrevemos a reportagem do jornal *Gazeta de Notícias*:

---

<sup>855</sup> N. 2023, Livro 17 de Observação. Trabalhou na limpeza da enfermaria, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável.

<sup>856</sup> FATOS policiais. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 99, n. 260, 19 de setembro de 1926, p. 5.

<sup>857</sup> CASOS policiais. Menor endiabrada. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XLII, n. 15.309, 19 de setembro de 1926, p. 18.

<sup>858</sup> ATIROU-SE da janela da delegacia. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano XV, n. 5.681, 19 de setembro de 1926, p. 9.

<sup>859</sup> RAPARIGA endiabrada quase agrediu a própria mãe, na delegacia tentou suicidar-se. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano LI, n. 216, 19 de setembro de 1926, p. 4.

<sup>860</sup> NÃO QUERIA ir para o Juízo de Menores, e tentou suicidar-se, atirando-se da janela da delegacia. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 224, 19 de setembro de 1926, p. 10.

<sup>861</sup> MÁ FILHA, tanto fez que obrigou sua mãe a entregá-la ao juiz de menores. Numa última prova de falta de juízo, tentou suicidar-se. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXVI, n. 9.713, 19 de setembro de 1926, p. 3.

<sup>862</sup> THERESA, a senhorita travessa. Entregue à polícia, não deixou o comissário dormir. A custo foi removida para o JM, tentando antes suicidar-se. *O Brasil*, Rio de Janeiro, ano V, n. 1.591, 19 de setembro de 1926, p. 4.

A viúva, Cláudia M., de 35 anos, empregada na Fábrica Cruzeiro e moradora à rua Souza Cruz n. 9, Andaraí, tem, entre outros filhos, uma filha de nome Thereza M., de 15 anos.

Thereza é uma moça endiabrada que entende passar o dia na rua, pelas casas dos vizinhos, sem o consentimento da sua progenitora, que trabalha dia e noite para o sustento de seus filhos.

As tendências atrabiliárias e de independência da menor já são antigas, tanto que já esteve entregue ao juízo de menores, de onde Cláudia a retirou diante das lágrimas da filha, que ela supunha arrependida e regenerada.

Uma vez em casa, Thereza foi pouco a pouco voltando ao que era, o que determinara a sua intervenção nos domínios do Dr. Mello Matos.

Desta vez, porém, o atrevimento de Thereza para com sua boa mãe subiu de ponto, de molde a fazer com que esta, num instante de desespero, ao ver que sua filha ia por mau caminho, se resolvesse a entregá-la à polícia para ser encaminhada de novo ao juiz de menores. Essa resolução foi tomada por Cláudia anteontem à tarde quando, ao voltar da Fábrica Cruzeiro, soube que sua filha estava ausente de casa havia mais de duas horas.

Ao chegar mais tarde, Thereza, ao ser interpelada por sua mãe, respondeu asperamente e chegou mesmo a empurrar Cláudia de encontro a um móvel.

Furiosa, como uma louca, Thereza, com um guarda-chuva, partiu louças, vidros, espelhos, móveis e o próprio guarda-chuva.

Diante da atitude de sua filha, Cláudia levou-a à presença do comissário Archimedes Pinto Amando, a quem narrou o gênio insuportável da filha, pedindo ao delegado Dr. Tarquínio de Souza Filho para enviar Thereza para o juízo de menores, visto recear que ela se perdesse.

E assim ficou a endiabrada rapariga na delegacia do 16º distrito, onde pernitoitou sob a vigilância dos “prontidões”.

Na manhã de anteontem, porém, Thereza se aproveitou de um momento de descuido dos policiais, e correndo a uma janela da delegacia atirou-se à rua com o intuito de se suicidar.

Mas a altura era pequena e Thereza apenas sofreu ligeiros ferimentos do hemitórax direito e no joelho esquerdo.

O comissário e prontidões a acudiram e foram buscar a moça, chamando a Assistência Municipal.

Depois de medicada, foi Thereza enviada em um carro forte para o juízo de menores, à disposição do Dr. Melo Matos.

No texto precedente, Cláudia, viúva e operária de uma fábrica têxtil, foi reconhecida como uma mulher honesta e diligente que “trabalha dia e noite para o sustento de seus filhos”. Já Thereza, “sem o consentimento da progenitora, passa o dia na rua, pelas casas dos vizinhos”. Arrimo de família e não tendo condições de vigiar os passos da filha, ela a entrega para o Juizado de Menores. Apesar de não atender aos critérios da mãe idealizada, Cláudia foi apresentada de forma positiva nos jornais; aparentemente, o fato dela ter confiado a “criança-problema” ao Juizado contribuiu para isso.

Enquanto mães de menores ingênuos no século XIX lutavam para livrar seus filhos de acordos formais de trabalho, vínculos quase escravistas, conforme mostra Ariza, algumas pacientes da colônia foram entregues ao Juizado de Menores por suas mães. Os anos 1920 foram uma época marcada por mudanças em relação à ideia de maternidade e ao tratamento destinado a crianças e adolescentes. Nesse período, foi criado o Juizado de Menores e foi também fortemente vulgarizada a ideologia da maternidade (FREIRE, 2006). Com isso, mais mães passaram a ser julgadas e se julgar como incapazes de cuidar de seus filhos. Mas o interesse do Estado, através de Juizados de Órfãos ou de Menores, em transformar os filhos de mães pobres, muitas delas negras, em trabalhadores não mudou tanto assim.

Segundo Irene e Irma Rizzini, desde a sua criação até a década de 1980 o Juízo de Menores funcionou como um órgão centralizador do atendimento ao menor no Distrito Federal, tendo diversas funções relativas à vigilância, regulamentação e intervenção direta sobre os menores recolhidos nas ruas ou levados pela família, “mas é a internação de menores abandonados e delinquentes que atraiu a atenção da imprensa carioca, abrindo espaço para várias matérias em sua defesa, o que, sem dúvida, contribuiu para a disseminação e aceitação do modelo” (RIZZINI; RIZZINI, 2004: 29-30). A demanda crescente por internações desde os primeiros tempos do juízo permite perceber que o tema se vulgarizou também entre os segmentos populares, “tornando-se uma alternativa de cuidados e educação para os pobres, particularmente para as famílias constituídas de mães e filhos” (RIZZINI; RIZZINI, 2004: 30). As autoras apontam que, de acordo com o inquérito-estatístico publicado em 1939 pelo Juízo de Menores do Distrito Federal, “mais de 60% dos requerimentos eram por internações. A grande maioria dos requerentes de internações era de mulheres sem companheiro (viúvas, solteiras e separadas, em ordem decrescente). Cerca de 80% eram empregadas domésticas”. Além disso, não eram poucas as internações solicitadas pelos próprios menores (em torno de seiscentos), especialmente os do sexo masculino (79%) (RIZZINI; RIZZINI, 2004: 31).

Podemos destacar que Cristina Rivera Garza, em seu estudo sobre o Manicomio La Castañeda na Cidade do México, entre 1910-1930, também encontrou meninas sendo internadas pelas mães por saírem de casa sem a permissão destas. Garza ressalta que, em “uma sociedade que associava cada vez mais a vida de rua ao vício”, o medo da mãe dessas pacientes “não era isento de fundamentos ideológicos”; por outro lado, “parecia que as filhas se sentiam limitadas pelas orientações morais de suas mães” (GARZA, 2022: 191). Ainda de acordo com a autora, “num meio social em rápida mutação, a capacidade

das mães em transmitir os valores femininos tradicionais (modéstia, obediência, docilidade) revelou-se uma tarefa difícil”, uma vez que “tanto o trabalho quanto a vida pública apresentavam tentações às quais algumas filhas do início do século 20 não conseguiam resistir e, de fato, imediatamente saboreavam” (GARZA, 2022: 191).

Na colônia, Thereza foi observada pelo médico Plínio Olinto, que destacou que ela, “como os demais jurisdicionados pelo juízo de menores, foi recolhida ao asilo por ser indisciplinada. Fugindo do asilo foi enviada para o hospital de onde veio transferida para esta colônia a fim de entregar-se a terapêutica ocupacional”. No exame direto, o médico registrou que a paciente “se tem submetido bem à disciplina da casa. Raramente agita-se, mas não tem cometido desatinos. (...) Não manifesta ilusões nem alucinações nem ideias delirantes”. Ela permaneceu por quase um ano na assistência psiquiátrica; desse período, cinco meses foram na colônia, de onde saiu com alta médica em setembro de 1927.

O segundo caso clínico é o da paciente Zilda de Jesus<sup>863</sup> (parda, brasileira, natural do estado do Rio de Janeiro, doméstica, 15 anos, diagnosticada com debilidade mental, matriculada em julho de 1926 no HN e em julho de 1927 na colônia), que foi observada por Plínio Olinto, a quem informou que tinha pais vivos, sendo sua mãe separada do marido. Dizia “ter sido internada no Asilo de Menores porque o homem que vive atualmente com sua mãe dava-lhe muitas pancadas. Ensinaram-lhe leitura, escrita e contas, mas não consegue aprender nada. No asilo chorava muito, pelo que foi internada no Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou que ela se apresentava “calma, desorientada no tempo e orientada no meio”. Tinha atenção um tanto móvel, juízo e raciocínio deficientes e afetividade presente. Em suma, Zilda sofria violência física por parte do padrasto e acabou sendo internada no Asilo de Menores, de onde foi transferida para o HN porque chorava muito. Ela permaneceu na assistência psiquiátrica por quase um ano e meio, dos quais pouco mais de cinco meses foram na colônia, de onde saiu com alta por determinação do Juiz de Menores em dezembro de 1927.

O terceiro caso clínico é o de Lucinda da Silva<sup>864</sup> (preta, brasileira, solteira, 14 anos, diagnosticada com estado atípico de degeneração, internada no HN em novembro e na colônia em dezembro de 1926), que foi observada na colônia por Plínio Olinto, que apontou que parecia “tratar-se de uma degenerada que abandonada a si, sem educação

---

<sup>863</sup> N. 2.040, Livro 17 de Observação. Trabalhava na capinação, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>864</sup> N. 2.005, Livro 17 de Observação. Trabalhou na copa, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

alguma, mereceu a proteção do Juízo de Menores que a fez internar nesta colônia após uma perambulação por várias casas particulares e estabelecimentos de proteção”. Em tais casas particulares, Lucinda, provavelmente, esteve na condição de empregada doméstica. No exame direto, Olinto registrou que se tratava de “uma doente instável e que por vezes torna-se impulsiva, agredindo quando se vê contrariada” e que seu grau de cultura era quase nulo. Ao contrário da maioria das pacientes aqui analisadas, Lucinda não deixou a colônia com uma alta médica, mas por óbito. A *causa mortis* dessa paciente de apenas 14 anos foi epilepsia e adinamia cardíaca. No entanto, a epilepsia não apareceu como diagnóstico na observação médica, o que indica ser uma morte precoce e, em certo sentido, suspeita de uma paciente menor tida como agressiva, isso apenas 25 dias depois de dar entrada na instituição.

Ao pensar as experiências das adolescentes inseridas como domésticas em casas de família pela Misericórdia de Salvador, Maciel Silva percebe a produção de um fenômeno denominado pelos etnólogos de circulação de crianças, “que consiste na contínua transferência de responsabilidade sobre a criança de um adulto a outro, de lar em lar, de instituição para outra, e também crianças em situação de rua” (SILVA, 2016: 133). A história de Lucinda, que, segundo o próprio médico, perambulou “por várias casas particulares e estabelecimentos de proteção”, foi a história de muitas menores jurisdicionadas internadas na colônia, assemelhando-se assim ao conceito aludido. O autor assinala ainda que o rompimento do contrato de trabalho não pode ser visto como feito apenas por patrões, pois “tanto expostas como expostos sabiam, quando queriam, dificultar a relação para retornar à Santa Casa”. Pela mesma linha de pensamento, é possível imaginar que algumas das pacientes internadas pelo Juizado de Menores no HN tenham desobedecido os valores paternalistas tradicionais de retribuição para retornar aos abrigos, mas acabaram sendo psiquiatrizadas.

O quarto caso selecionado é o de Isaura Bacelar<sup>865</sup> (parda, brasileira, solteira, doméstica, 17 anos, diagnosticada com estado atípico de degeneração, matriculada no HN em novembro de 1926 e na colônia em abril de 1927), que foi internada no HN por ter se agitado no Asilo Bom Pastor, “manifestando um certo nervosismo, talvez mais indisciplina, malcriação, como sempre vem acontecendo com as jurisdicionadas do juízo de menores cuja agitação muitas vezes é transitória”, conforme destacou o médico observador Plínio Olinto. No exame direto, este registrou que a paciente não apresentava

---

<sup>865</sup> N. 2.019, Livro 17 de Observação. Trabalhou na limpeza geral, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança.

distúrbios mentais dignos de nota, mas que “sua permanência nesta colônia lhe será vantajosa quanto aos benefícios colhidos de hábitos de higiene e disciplina”. Por meio da análise das observações médicas, percebemos que quase a totalidade das menores enviadas para a colônia não era considerada crônica, mas foi encaminhada para essa instituição especialmente pela questão da terapia pelo trabalho. Isaura permaneceu na assistência psiquiátrica por dez meses, dos quais cinco foram na colônia, de onde saiu com alta por determinação do Juiz de Menores em setembro de 1927.

O quinto caso clínico é o da paciente Gabriela de Belo<sup>866</sup> (parda, brasileira, solteira, 16 anos, diagnosticada com estado atípico de degeneração, internada no HN em dezembro de 1925 e enviada para a colônia em junho de 1926), também entregue ao Juizado de Menores pela mãe. Na colônia, informou ao Dr. Gustavo de Rezende que seus pais eram então falecidos e “que nasceu em Minas Gerais, tendo vindo para o Rio muito criança, indo empregar-se em uma casa como copeira e arrumadeira. Desta casa saiu para a companhia de sua mãe, que a entregou ao juiz. Foi então internada em um asilo e finalmente enviada para o Hospital Nacional”. No exame direto, o médico destacou que a paciente se apresentava “risonha, achando graça nas coisas mais sérias”, orientada no meio e desorientada no tempo. Tinha atenção regular, associação de ideias normal, nível intelectual medíocre, “frequentou colégios, mas não conseguiu aprender a ler e escrever, dizendo mesmo que a sua cabeça é rude” e “grande tendência à mentira e à pugnacidade, assinalando que se voltar para o asilo mata as empregadas que são freiras”. A afetividade mostrava-se embotada, “referindo-se aos seus parentes com indiferença”, porém era muito ativa no serviço de limpeza geral desde que chegara à colônia. Gabriela não era a única menor jurisdicionada internada na colônia que nutria um sentimento de ódio em relação às freiras, o que seria uma reação às práticas de disciplinamento dessas religiosas. Ela permaneceu na assistência psiquiátrica por quase dois anos, dos quais um ano e quase cinco meses foram na colônia, de onde saiu com alta por determinação do Juiz de Menores em novembro de 1927.

Na trajetória de vida de Gabriela aparecem dois aspectos encontrados na maior parte das histórias clínicas das pacientes internadas pelo Juizado: a necessidade econômica da família e o trabalho doméstico infantil. Os casos narrados a seguir põem em relevo a questão do conflito entre patroas/patrões e meninas inseridas no trabalho

---

<sup>866</sup> N. 1.981, Livro 16 de Observação. Trabalhou na costura, depois na limpeza geral, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável.

doméstico. Pelas histórias clínicas, parece que essas meninas vivenciavam a vida tutelar de modo informal.

O sexto caso clínico é o de Dulcinéia Coimbra<sup>867</sup> (parda, brasileira, solteira, doméstica, 17 anos, diagnóstico de estado atípico de degeneração), internada no HN em abril de 1927 e enviada para a colônia em setembro do mesmo ano. Dulcinéia foi observada na colônia por Gustavo de Rezende, a quem informou que seus pais eram vivos e que “desde 10 anos de idade viveu empregada como copeira e arrumadeira, tendo sempre uma conduta irregular em casa de seus patrões, pelo que o seu último patrão resolveu colocá-la em um asilo”, onde “continuou o seu modo de vida desregrado, sendo então removida para o Hospital Nacional por ordem do Juiz de Menores”. Como aspecto negativo, no exame direto, o médico citou a inteligência medíocre e a afetividade diminuída (“não se interessando a doente pela sorte de seus pais, nem mesmo mostrando desejo de tornar a vê-los”). Teve a reação de Wassermann no soro sanguíneo positiva em 24/09/1927.

Com Natália Peçanha entendemos que a própria conduta irregular – marcadamente o delito de furto – podia ser uma estratégia de resistência utilizada por menores de idade no serviço doméstico como forma de “rompimento da ideia de retribuição com lealdade à ‘proteção’ dada pelos patrões” (PEÇANHA, 2018: 122). Do mesmo modo, fugas e denúncias revelaram-se “resistências efetivas adotadas por muitas/os menores como forma de driblar os infortúnios de uma vida de abandono, violências e explorações” (p. 121). O fato é que depois de um comportamento ruim tanto na casa do patrão como no asilo de menores, Dulcinéia foi enviada para o HN.

Gustavo de Rezende, tal como fez, em geral, com pacientes com históricos de violência doméstica, como veremos no último capítulo, enxergou em jovens como Dulcinéia, em situação de abandono e exploração, uma “afetividade embotada”. E ainda que o contexto familiar e social hostil responsável pelo retraimento da paciente não fosse ignorado, o médico parecia não considerá-lo na hora da avaliação da afetividade, ou melhor, separar esses aspectos “objetivamente”. Além disso, conforme observa Patrícia Geremias, no século XIX, o trabalho infantil era não apenas compreendido “como ‘normal’, mas aceito pela população e incentivado pelas autoridades brasileiras” (GEREMIAS, 2015: 5). O trabalho doméstico infantil, por sua vez, foi visto até recentemente “como uma forma de educação, de um ‘aprendizado para a vida’,

---

<sup>867</sup> N. 2.049, Livro 17 de Observação. Trabalhou na copa, tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.



especialmente para as meninas” (GEREMIAS, 2015: 2). Dulcinéia permaneceu por pouco mais de um ano na assistência psiquiátrica, dos quais pouco mais de oito meses foram na colônia. Deixou a instituição com uma alta médica em 16 de maio de 1928.

O sétimo caso clínico é o de Felisbella Cruz<sup>868</sup> (parda, brasileira, solteira, 17 anos, diagnosticada com debilidade mental, matriculada em dezembro de 1927 no HN e em maio de 1928 na colônia), que foi observada na colônia por Gustavo de Rezende, a quem informou que sua mãe era falecida e que não sabia que fim havia levado seu pai. Dizia ter frequentado colégios, mas não aprendera a ler nem escrever, só sabendo contar até vinte. Viveu no Ceará com seus pais até os 13 anos, “vindo depois para o Rio de Janeiro em companhia de uma família que a tomou para sua empregada. Empregou-se aqui no Rio em diversas casas e o seu último patrão colocou-a no asilo de São Cristóvão por causa de um namoro com um português que a deflorou”. Em seguida, foi retirada do asilo por uma família, em cuja casa “esteve empregada até que ficou doente com inapetência, sonolência, tremores coreiformes no braço esquerdo, pelo que foi internada no Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresenta “calma, orientada no meio e desorientada no tempo”. Tinha atenção espontânea presente, associação de ideias normal, nível intelectual medíocre, memória regular e juízo e raciocínio sem distúrbios dignos de nota. A afetividade se achava presente, “fazendo boas referências de sua mãe, mostrando-se triste pela sua perda e lastimando-se por não ter notícias de seu pai” bem como a vontade, “tem intenção de trabalhar, deseja mesmo sair da colônia para ganhar a vida com seu trabalho honesto”.

Sueann Caulfield ressalta que a cada ano, durante as décadas de 1920 e 1930, “aproximadamente 500 famílias, a maioria pertencente à classe trabalhadora, recorriam à Polícia do Rio de Janeiro porque suas filhas haviam sido defloradas” (CAULFIELD, 2000: 24). Ainda segundo a autora, “na ausência dos pais, em geral os patrões passavam a resguardar a virgindade das jovens” (CAULFIELD, 2000: 234). Tratando de um caso similar, Bretas sublinha que “o poder repressivo de um patrão podia mesmo superar o de um pai” (BRETAS, 1997a: 87). Felisbella permaneceu na assistência psiquiátrica por quase onze meses, dos quais em torno de seis foram na colônia, de onde saiu em com alta por determinação do Juiz de Menores em outubro de 1928.

---

<sup>868</sup> N. 2.098, Livro 18 de Observação. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

O oitavo caso clínico é o de Iracema Martinho<sup>869</sup> (parda, brasileira, solteira, 15 anos, diagnosticada com debilidade mental, matriculada em dezembro de 1926 no HN e em julho de 1927 na colônia), que foi observada na colônia por Gustavo de Rezende, a quem informou não conhecer seu pai e ter perdido a mãe em consequência de uma doença do coração. Dizia ter frequentado colégio, mas não conseguira aprender a ler e escrever. Em relação ao motivo da internação, contou “que se achava empregada em uma casa e lá foi violentada por um moço, pelo que sua patroa a internou num asilo de menores. No asilo começou a comportar-se mal, sendo então internada no Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou que ela se apresentava “calma, orientada no meio e desorientada no tempo”. Tinha atenção instável, associação de ideias normal, nível intelectual inferior, “só sabendo contar até 20”, juízos e raciocínios deficientes e afetividade um tanto diminuída.

Não sabemos quem era o homem que violentou Isaura, se era algum membro da família para a qual ela trabalhava ou não. Mas, ao que tudo indica, a polícia não foi procurada e o caso foi resolvido com o asilamento da ofendida. Segundo Caulfield, nesses casos, a decisão de procurar a polícia estava, em geral, associada à esperança de que uma ação judicial pudesse levar à reparação do defloramento por meio do casamento (CAULFIELD, 2000: 230). A maioria das histórias de defloramento não revela “a dinâmica das relações sexuais entre patrões e empregadas”, sugerindo, no entanto, que “havia muitas empregadas domésticas, a maioria classificada como pretas e pardas, que normalmente não se envolviam em tais relações. Contudo, elas possivelmente tiveram de se defender tanto do assédio sexual de patrões como das suspeitas de seus pares” (p. 297). Ainda segundo a autora, é possível encontrar na documentação evidências “sobre a prevalência da imagem da mulata sensual e da negra prostituída, boas para a cama, mas não para o altar” (p. 298). Podemos destacar que, para Iracema, as categorias casa e rua não significavam o mesmo que para sua patroa: casa como lugar seguro e rua como local perigoso (GRAHAM, 1922: 64; 67); em sua experiência, esses significados se achavam invertidos. Ela permaneceu na assistência psiquiátrica por um ano e meio, dos quais onze meses foram na colônia, de onde saiu com alta por determinação do Juiz de Menores em junho de 1928.

---

<sup>869</sup> N. 2.035, Livro 17 de Observação. Trabalhou na capinação, tratamento foi o *open-door* e o prognóstico desfavorável.

O nono caso clínico é o de Stella da Conceição<sup>870</sup> (parda, brasileira, solteira, doméstica, 17 anos, diagnosticada com debilidade mental, matriculada no HN em janeiro e na colônia em abril de 1927), que foi observada por Plínio Olinto, que apontou que a história dessa paciente “é mesma história de muitas menores jurisdicionadas”: “veio de Terra Nova para trabalhar aqui no Rio. Empregou-se em uma casa de uma família, zangou-se com a patroa, foi levada para o Asilo de Bom Pastor, onde não foi julgada inteligente e donde foi encaminhada para o Hospital Nacional que a transferiu para a Colônia”. No exame direto, o médico pontuou que ela se apresentava calma, orientada e era um pouco esquiva. Trabalhava regularmente na horta e realizava encargos fáceis com segurança. Tinha o nível intelectual reduzido, “parecendo maior o déficit pela redução ainda maior de seu grau de cultura”. Ainda segundo o médico, a paciente emocionava-se facilmente quando alguém falava com ela, não buscava raciocinar e não sabia “responder quanto custa um pão de tostão”.

Do ponto de vista da capacidade intelectual, aos 17 anos era esperado que ela soubesse o valor de um pão. Como vimos, Henrique Roxo defendia que, para classificar alguém como débil mental, era necessário “separar o que caiba à ignorância, à falta de instrução, ao atraso do meio, do que pertença à deficiência de inteligência” (ROXO, 1938: 767). Foi o que fez Plínio Olinto, ao ponderar que a redução do nível intelectual da paciente parecia devida a uma redução ainda mais grave de seu grau de cultura. No entanto, na maioria das observações médicas essas dimensões não aparecem separadas: muitas jovens e mulheres que não puderam frequentar a escola ou o fizeram de forma não assídua devido a extensas jornadas de trabalho foram classificadas como débeis mentais sem que esta realidade fosse levada em conta. Devemos ainda chamar a atenção para a diferença, em termos de quadro clínico, entre pacientes diagnosticadas com debilidade mental provenientes do Juizado de Menores e aquelas oriundas de outras instituições. As primeiras apresentavam, em geral, quadros menos graves. Com Natália Peçanha, também podemos imaginar que a paciente não sabia, por exemplo, o preço de um pão porque seus empregadores se esforçavam para mantê-la “ignorante em relação às circunstâncias do mundo para que ela não tomasse ciência do valor de seu trabalho, não se tornasse esperta com os conselhos de outros na rua, não tivesse a ideia de ir para outra casa (...)” (PEÇANHA, 2018: 109). Ela foi eliminada do quadro de pacientes por não regressar de

---

<sup>870</sup> N. 2.022, Livro 17 de Observação. Trabalhou na horta, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança.

uma licença de seis meses obtida em outubro de 1927. Permaneceu na assistência psiquiátrica por quase nove meses, dos quais em torno de seis foram na colônia.

O décimo caso é o de Maria Augusta<sup>871</sup> (branca, brasileira, solteira, 20 anos, diagnóstico de estado atípico de degeneração, internada no HN em outubro e na colônia em dezembro de 1926), que foi observada por Plínio Olinto, a quem contou que veio de Cantagalo a fim de trabalhar na capital e “aqui chegando empregou-se numa casa de família, onde auxiliava serviços domésticos até que sua patroa, desgostosa com ela, enviou-a para o Asilo Bom Pastor, de onde fugiu, pelo que foi enviada para o Hospital, sendo então de lá transferida para esta colônia”. No exame direto, Olinto registrou que a paciente se apresentava “calma, orientada no meio e no tempo”, mostrando desejos de trabalhar e ameaçando fugir caso não lhe dessem serviço. Não sabia ler nem escrever, tendo o grau de instrução, em geral, muito baixo. Por fim, o médico registrou que “afora seu estado de degeneração que se caracteriza pela diminuição do pudor e outros distúrbios da esfera moral, a doente não apresenta distúrbios mentais dignos de nota, nem reações contra o meio”.

Não sabemos o motivo pelo qual a patroa de Maria Augusta aborreceu-se com ela, mas sabemos que os asilos para menores eram utilizados amplamente por patrões e patroas em casos como esse. Quanto ao tema do trabalho, é possível pensar que a paciente pedia ao médico um serviço na esperança de receber pagamento. Em 28 de dezembro de 1926, a paciente Maria Augusta fugiu da colônia junto com a paciente Dulce Lança. A fuga foi comunicada pela administração da colônia às autoridades,<sup>872</sup> e, logo depois, as duas foram “encontradas vagando sem destino” por dois guardas noturnos e levadas para a delegacia do 13º Distrito, de onde foram retiradas no dia seguinte pelas enfermeiras da colônia Amalia Corrêa Dias e Maria do Carmo da Silva Macedo.<sup>873</sup> Maria permaneceu por pouco mais de onze meses na colônia, de onde saiu com alta por determinação do Juiz de Menores em novembro de 1927.

O décimo primeiro caso clínico é o de Argemira Batista<sup>874</sup> (branca, brasileira, solteira, 14 anos, diagnóstico de estado atípico de degeneração, internada no HN em maio

---

<sup>871</sup> N. 2.006, Livro 17 de Observação. Trabalhou na cozinha, o tratamento foi *open-door* e o prognóstico desfavorável.

<sup>872</sup> FUGIRAM da Colônia de Alienados. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 311, 30 de dezembro de 1926, p. 12.

<sup>873</sup> DUAS alienadas em fuga. Voltaram para o hospital. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano LI, n. 303, 30 de dezembro de 1926, p. 4.

<sup>874</sup> N. 2.053, Livro 17 de Observação. Trabalhava na copa, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico desfavorável.

de 1926 e enviada para a colônia em setembro de 1927), que foi observada por Gustavo de Rezende, a quem contou que tinha mãe viva e pai falecido, que não sabia ler e escrever e que “nasceu no Maranhão e de lá veio para o Rio com 11 anos de idade, em companhia de seus patrões. Como fosse maltratada pela sua patroa, foi queixar-se na delegacia, pelo que foi entregue ao Juiz de Menores que a enviou para o Hospital Nacional”. Como aspecto negativo, no exame direto, citou a desorientação no tempo, o nível intelectual medíocre e a afetividade embotada (“mostrando-se a doente indiferente aos seus parentes, demonstrando má vontade e mau humor ao ser interrogada, negando-se por vezes a dar informações”). A atividade foi considerada normal, uma vez que a paciente vinha trabalhando desde que chegou à colônia.

A menor maranhense Argemira resistiu aos maus tratos infligidos por sua patroa queixando-se à polícia. Natália Peçanha observa que “a própria denúncia de maus-tratos sofridos às autoridades policiais foi um mecanismo utilizado por menores em reação aos seus patrões”. Para a autora, o ato de se dirigir a uma autoridade policial e denunciar seus patrões, “indo contra a noção de ‘obediência’ que tal relação emanava, é um sinal de que as tensões envolvendo as relações entre patrões e criadas/os não podem ser definidas de forma harmônica, como a noção de ‘proteção’ e ‘obediência’” (PEÇANHA, 2018: 122). Argemira obteve alta em 23 de março de 1928, deixando a instituição em 16 de maio do mesmo ano. Permaneceu por cerca de dois anos na assistência psiquiátrica, dos quais pouco mais de oito meses foram na colônia.

O décimo segundo caso clínico é o de Celina Nery<sup>875</sup> (parda, brasileira, solteira, 17 anos, diagnóstico de estado atípico de degeneração, internada no HN em maio e na colônia em julho de 1927), que foi observada por Gustavo de Rezende, a quem informou que tinha pais falecidos e “que há 3 meses veio do Pará com a família de um oficial do exército e chegando ao Rio abandonou a família e foi morar em companhia de uma sua conterrânea”; terminou “aborrecendo-se também aí, foi a delegacia pedir para ser internada em um asilo e de lá levaram-na ao juiz de menores que mandou interná-la no Hospital Nacional”. Ainda segundo o médico, a paciente afirmava “que, logo que chegou ao Rio, entregou-se à prostituição”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava calma, orientada no meio e desorientada no tempo. Tinha atenção regular, nível intelectual medíocre, memória regular e sabia ler e escrevia mal, apesar de falar que

---

<sup>875</sup> N. 2.033, Livro 17 de Observação. Trabalhava na costura, tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

era analfabeta. A afetividade se achava presente, “dizendo ter saudades dos seus parentes que ficaram no Norte”.

Celina era, na verdade, uma jovem desvalida e não delinquente, pois não foi apreendida e institucionalizada contra a sua vontade, mas internada por iniciativa própria (RIZZINI, RIZZINI, 2004: 31-32). Tratando do caso da entrega de uma menor para serviços domésticos a um comissário da polícia, Natália Peçanha observa que alguns oficiais de polícia, “para angariar mão de obra para suas residências, utilizavam-se de suas funções e prestígios. Posição que nem sempre era capaz de ‘domar’ aquela menor que ‘não queria se submeter às suas ordens’” (PEÇANHA, 2018: 122). Outro caso trabalhado por Peçanha também nos remete à história de Celina. Trata-se do caso de uma menor preta, de 11 anos de idade, que se valeu de uma fuga para escapar dos “cuidados” de um capitão. A autora destaca que encontrou em seu estudo “oficiais utilizando-se de seus cargos para obter mão de obra infantil ou envolvidos em reclamações relacionadas a abusos cometidos por eles sobre as/os menores” (PEÇANHA, 2018: 121). Assim como no caso referido por Peçanha, não sabemos ao certo o motivo pelo qual Celina fugiu da casa desse oficial do exército.

O fato de Celina abandonar a casa onde era tutelada para morar em companhia de uma sua conterrânea pode ser vista como uma ação voltada à obtenção de melhores condições de trabalho e, também, amizade. Mas, ao não encontrar essa situação, a jovem órfã de pais e migrante do Pará acaba indo à delegacia pedir para ser internada num asilo. Possivelmente, ela não imaginou que seria enviada para o HN. Ela permaneceu na assistência psiquiátrica por seis meses, dos quais quatro foram na colônia, de onde saiu com alta por determinação do Juiz de Menores em novembro de 1927.

O décimo terceiro caso clínico é o de Catarina de Souza<sup>876</sup> (parda, brasileira, solteira, doméstica, 15 anos, diagnosticada com epilepsia, internada no HN em março de 1925 e enviada para a colônia em abril de 1926), órfã de mãe (morta de parto), mas com pai e quatro irmãos vivos e sadios. Ao ser observada por Gustavo de Rezende, relatou “que foi internada no Hospital Nacional por não parar em empregos e por ser muito malcriada”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava calma e orientada. Tinha bom humor, atenção regular, inteligência medíocre, “dizendo não ter conseguido aprender a ler e escrever por não ter cabeça”, e afetividade embotada, “não

---

<sup>876</sup> N. 1.964, Livro 16 de Observação. Trabalhou na costura, o tratamento foi *open-door* e o prognóstico, favorável. Obteve licenças em março de 1928 e em novembro de 1929.

demonstrando o menor sinal de afeição aos seus, dizendo mesmo que não quer viver na companhia de seu pai, que prefere ficar no Hospital Nacional”.

Em primeiro lugar, é possível pensar que, assim como as expostas da Misericórdia de Salvador estudadas por Maciel Silva, Catarina simplesmente não quisesse compor a classe das trabalhadoras domésticas. Com relação ao seu pai, talvez a paciente entendesse que ele não iria ficar com ela, mas a colocaria sob o controle de outra família para a qual trabalharia e com a qual viveria, o que ela parecia não desejar. Conforme Ariza, para os filhos de famílias empobrecidas (como as chefiadas por mulheres libertas e afrodescendentes em geral), não havia alternativas a um cotidiano de trabalho árduo, pois “o sustento de suas famílias dependia, pelo menos em parte, da renda que conseguiam gerar ou do fardo financeiro que conseguiam poupar morando sob a casa de outra pessoa sob tutela”, o que, em termos práticos, significava “viver às suas próprias custas” (ARIZA, 2017: 417). De todo modo, Catarina não contava com o seu pai para reorganizar sua vida. Ela permaneceu na colônia, a princípio, por quase cinco anos, sendo eliminada do quadro por não regressar de uma licença de doze meses obtida em março de 1931.

As histórias de Argemira (que foi queixar-se do patrão na delegacia), de Celina (que foi à delegacia pedir para ser internada em um asilo), de Catarina (que não queria viver na companhia de seu pai, preferindo permanecer no HN), e de outras pacientes internadas pelo Juizado de Menores atestam que, para muitas meninas submetidas a longas jornadas de trabalho em troca de teto, roupa e comida, ou, na melhor das hipóteses, um salário bem abaixo do “preço de mercado”, os abrigos e até a própria instituição psiquiátrica podiam significar uma estratégia de sobrevivência.

Como vimos nesta seção, as menores jurisdicionadas internadas na colônia carregavam experiências de perda, geralmente da progenitora, abandono e de trabalho negativas. Algumas eram órfãs ou perderam o contato com os pais cedo por terem sido trazidas ainda muito novas do interior do Brasil, sobretudo do Nordeste, para trabalharem como domésticas em casas de família na capital. Chegando aqui, se desentendiam com essas famílias e acabavam, mais cedo ou mais tarde, indo parar, na maioria das vezes, em abrigos para menores. Nesta situação, podiam ser removidas para o HN por se agitar, fazer malcriação, chorar demais, se revelar pouco inteligente, imoral, por se tornar turbulenta etc. Algumas dessas pacientes chegaram a queixar-se dos castigos infligidos por irmãs de caridade. Na colônia, eram tratadas como qualquer outra paciente e, às vezes, até com mais rigor, já que eram consideradas, na maioria dos casos, por um lado indisciplinadas e, por outro, totalmente aptas para o trabalho. A instituição de Engenho

de Dentro, por ser exclusivamente feminina e voltada para o trabalho agrícola e, na prática, também doméstico, parece ter sido considerada um lugar adequado para “corrigir” essas menores que, assim como fizeram na casa de seus patrões e no abrigo, resistiram ao saber-poder psiquiátrico, como veremos melhor no último capítulo, em cartas escritas por três menores jurisdicionadas para o médico Plínio Olinto.

#### **4.3.6. Membros da família e a própria paciente**

Com o objetivo de compreender o papel da família na internação de mulheres na assistência psiquiátrica, separamos 109 casos em que foi possível identificar os parentes ou a própria paciente como solicitantes.<sup>877</sup> O objetivo não foi tanto se debruçar sobre casos singulares, mas buscar entender denominadores comuns nessas internações, ou seja, investigar as questões sociais e culturais que perpassaram a loucura e a internação de mulheres por esses atores sociais no manicômio.

O primeiro resultado da análise aponta para uma maior participação dos parentes homens nas internações de mulheres no manicômio: 65 pacientes foram internadas por parentes homens (60%), 32 por mulheres (29%) e 12 pacientes se internaram (11%). O fator determinante aqui parece ser o pátrio poder que o homem exerce sobre a mulher na família. Os parentes homens eram os seguintes: pai (catorze), pais (dois), irmão (dezessete), marido (dezesseis), filho (seis), sobrinho (dois), padrinhos (dois), tio (um), sogro da irmã (um), genro (um) e cunhado (três). Das mulheres tivemos: mãe (dezessete), irmã (nove), avó (três), filha (uma), tia (uma) e madrinha (uma).

Os pais, assim como as mães e os irmãos, internavam, sobretudo, mulheres solteiras. Estes últimos internavam, em geral, as irmãs solteiras de 30 a 50 e poucos anos, as chamadas “solteironas”. Já as solteiras mais jovens e no início da vida adulta eram, geralmente, internadas pelo pai ou pela mãe, embora por motivos distintos, na maior parte dos casos. As casadas, como era de se esperar, eram institucionalizadas principalmente

---

<sup>877</sup> Essa amostra foi composta por pacientes cujo internante foi identificado nos campos procedência e instituição internante dos livros de matrícula e, também, nas observações médicas dos livros de observação da Colônia de Engenho de Dentro. Das 109 pacientes da amostra, 22 não foram observadas pelos médicos na instituição, ou seja, contamos para a análise qualitativa com 87 casos clínicos. Ao focar especificamente nas pacientes internadas por familiares e voluntariamente, deixamos de fora dez pacientes que tinham no campo procedência e/ou instituição internante nomes de homens com sobrenomes diferentes do das pacientes e cuja ligação com elas não foi possível descobrir. Esses homens podiam ser médicos, patrões, parentes e/ou conhecidos das pacientes. Em um caso, a ligação entre paciente e internante com o mesmo sobrenome foi confirmada pelo site *Family Search*. Em outro, em que a paciente foi matriculada com a filiação completa, foi possível deduzir, levando em consideração o seu último sobrenome, que se tratava do marido. Consideramos como internações voluntárias cinco pacientes cuja procedência era “apresentou-se à polícia”.



por seus maridos e as viúvas eram ligeiramente mais internadas por seus filhos e por conta própria.

Quanto às nacionalidades, havia 94 brasileiras (86%), onze portuguesas (10%), três sírias (3%) e uma espanhola (1%). Sobre o estado civil, os dados foram os seguintes: sessenta e uma solteiras (56%), trinta casadas (27%), dezesseis viúvas (15%) e duas (2%) sem informação, das quais uma, de acordo com a história clínica, era, de fato, casada (formal ou informalmente) e a outra provavelmente também vivia com um homem. As idades variaram de 12 a 62 anos. Outro achado bastante significativo diz respeito à cor das pacientes: oitenta e uma eram brancas (74%), dezoito pardas<sup>878</sup> (17%) e oito pretas (7%). Uma paciente brasileira e outra síria não tiveram a cor informada (2%). Nenhuma mulher preta foi internada pelo marido e apenas uma foi internada por seus pais, irmão, filho, mãe; quatro se internaram por conta própria, apresentando-se à polícia.

Através da análise dos livros de matrícula e dos de observação médica, identificamos 135 diagnósticos, uma vez que vinte e uma internas receberam mais de um diagnóstico: loucura ou psicose maníaco-depressiva/psicose periódica (trinta e quatro), epilepsia (dezenove), debilidade mental (quatorze), histeria (doze), demência precoce (nove), parafrenia (oito), imbecilidade (quatro), alcoolismo (quatro), estado atípico de degeneração (três), psicose de involução (três), sífilis cerebral (três), síndrome histeroide (três), delírio episódico (duas), estado de confusão (duas), psicose alcoólica (duas) e, com um caso cada, catatonia alternante com excitação maníaca, confusão mental de origem autotóxica (menopausa), degeneração mental, delírio sistematizado alucinatório crônico, esclerose cerebral, esquizofrenia, excitação maníaca, histeria de angústia conversão, idiotia, oligofrenia, psicose de origem autotóxica, psicose pré-senil e psicose puerperal.

Como vinte e duas pacientes tiveram mais de uma entrada e saída da Colônia de Engenho de Dentro (49 ocorrências), contabilizamos no total 136 internações. As entradas foram as seguintes (por instituição internante): polícia (cento e sete), diretor geral da Assistência a Alienados (vinte), diretor da Colônia de Engenho de Dentro (cinco), Juizado de Menores (duas), Serviço Aberto do Pavilhão Presidente Epitácio (uma) e diretor da Colônia de Psicopatas de Vargem Alegre (uma). As saídas foram por eliminação da matrícula por não se apresentar no prazo final da licença (quarenta e quatro), eliminação da matrícula por não ter sido capturada no prazo legal de quinze dias

---

<sup>878</sup> Uma paciente foi matriculada na primeira entrada como parda e na segunda como branca; para esta análise, consideramos sua cor parda.

após evadir-se (uma), transferência para o HN (trinta e uma), à CJM (sete), ao IP (uma) ao BPB (uma), óbito (trinta e sete) e alta (quatorze).<sup>879</sup>

Podemos apontar ainda que 34 mulheres (31%) foram internadas entre 1911 e 1918 e as outras 71 (65%) entre 1919 e 1932, com quatro internadas nos dois momentos (4%). A não observação médica de algumas pacientes durante a gestão de Braule Pinto provavelmente impactou esses números. No entanto, por outro lado, a partir de meados da década de 1920, notamos um maior interesse dos médicos na família; o profissional que mais realizou observações médicas na década de 1920 foi o psiquiatra Gustavo de Rezende, que revelava um interesse especial pela família. Na verdade, ao que tudo indica, a partir do advento da higiene mental na colônia a família começou a ser introduzida nas práticas médicas, para ser também higienizada. Nesse sentido, ela ganhou uma importância fundamental na clínica psiquiátrica, permitindo a valorização da investigação das relações familiares e não só dos antecedentes familiares mórbidos.

A historiografia sobre o Manicomio General La Castañeda nos oferece importantes contribuições para a compreensão do papel da família na instituição psiquiátrica. Segundo Andrés Ríos Molina, as famílias e seus loucos tiveram a capacidade de incidir na dinâmica demográfica desse manicômio, no México, entre 1910 e 1920, durante a Revolução Mexicana. Para o autor, a loucura não tinha início com o confinamento mas sim nos conflitos existentes no espaço doméstico, onde o discurso científico era apreendido e manipulado de acordo com necessidades e interesses familiares. Devido a isso, a decisão de quem devia ser confinado não era tomada pelo Estado nem pelos psiquiatras, mas pelas famílias, que contavam ainda com uma precária intervenção do governo para limitar seus atropelos (MOLINA, 2013: 30). María Cristina Sacristán chamou de “desamparo jurídico” a situação vivida pelos psiquiatras mexicanos diante da falta de poder para decidir sobre quem devia ou não ser admitido nesse asilo (SACRISTÁN, 2001: 107). Também se debruçando sobre essas questões, Cristiana Rivera Garza destaca que La Castañeda cumpriu a dupla função de local de controle e local de assistência social. Assim, contribuiu para a ordem urbana da Cidade do México, confinando pessoas consideradas loucas pelas autoridades estatais e, também, se mostrou útil para as famílias impossibilitadas de cuidar de seus familiares portadores de doenças mentais (GARZA, 2022: 151).

---

<sup>879</sup> Nas próximas seções, apontaremos as saídas das pacientes, considerando, para fins analíticos, apenas a última saída de pacientes com mais de uma entrada e saída da colônia.

As características apontadas pelos autores em relação ao manicômio mexicano foram verificadas também em nossa pesquisa sobre a Colônia de Engenho de Dentro, onde o protagonismo da família e a dificuldade dos psiquiatras para estabelecer quem deveria estar dentro e quem deveria estar fora do manicômio são inegáveis. Sobre o “desamparo jurídico” dos psiquiatras do Distrito Federal, é necessário considerar a participação, em especial, da polícia local no processo de internação psiquiátrica, que tinha uma função não apenas repressiva, mas também assistencial. Por fim, cumpre ressaltar que, assim como Garza observou em relação ao Asilo Geral, a instituição de Engenho de Dentro foi marcada tanto por controle social como por demanda familiar.

A mulher branca (74%) foi mais internada pela família do que a negra (24%), que, como vimos anteriormente, foi mais internada por patrões e patroas (83%) e pelo Juizado de Menores (68%). Vimos também que a questão do trabalho atravessou as internações feitas por esses dois últimos atores. Mas o que poderia explicar a maior porcentagem de mulheres brancas e a menor de mulheres de cor internadas pela família? E o que dizer sobre o fato da maioria das internas serem solteiras? Como o estado civil pode nos ajudar a refletir sobre as internações? Afinal, qual o lugar das mulheres brancas e negras na Primeira República no Rio de Janeiro? Antes de analisar os casos clínicos, é importante buscar responder a essas perguntas.

Conforme apontamos no início do capítulo, na década de 1910 e nos anos iniciais de 1920 foram transferidas mais mulheres negras do HN para a colônia; já a partir de meados de 1920, entraram mais mulheres brancas, o que interpretamos como uma manifestação dos processos de exclusão do negro, inclusive do mercado de trabalho, no pós-abolição. Em relação à população branca, afirmamos que o novo ideal de mulher (mãe-esposa-dona-de-casa, a “rainha do lar”), em ascensão na década de 1920, afetou preferencialmente mulheres dessa cor. Mas como a família branca e negra interferiam nesse cenário é o que pretendemos responder agora em diálogo com pesquisadoras da história das mulheres no Brasil. A explicação para a alta taxa de internação de mulheres brancas por seus familiares é corroborada por essas pesquisadoras: essas mulheres, ainda que em geral pobres, viveram mais fortemente a influência da ideologia da domesticidade e da mulher virtuosa. Carla Pinsky enfatiza que “na primeira metade do século XX, parecia não haver dúvidas de que as mulheres eram, ‘por natureza’, destinadas ao casamento e à maternidade” (PINSKY, 2013: 470-471). Embora, por questões de ordem econômica ou por normas e valores diversos, muitas mulheres vivessem de maneira distinta do ideal burguês, todas conheciam as noções correntes de honra e família

(SOIHET, 2004: 365; SCOTT, 2013: 18; PINSKY, 2013: 475). Essas autoras nos mostram que, para as mulheres de famílias pobres, era impossível cumprir todos os preceitos da nova moralidade, já que elas precisavam trabalhar e se deslocar pela cidade. Carla Pinsky, no entanto, chama a atenção para o fato de que “mesmo entre os grupos negros organizados houve alguma adesão a esses preceitos modernos, na busca por uma maior aceitação social” (PINSKY, 2013: 474-475).<sup>880</sup>

Uma hipótese para explicar a baixa taxa de internação de mulheres negras por seus familiares é que “muitas delas viviam em lares sem presença masculina, chefiando a casa e providenciando o sustento dos seus”; a essas mulheres, portanto, “não coube experimentar o mesmo tipo de submissão vivido pelas mulheres brancas de elite até inícios do século XX” e “tampouco seu espaço de atuação foi unicamente o privado” (NEPOMUCENO, 2013: 383). Eram elas as chefes de família, sendo sua maior preocupação encontrar meios de obter renda e não ficar dependente economicamente do companheiro, até porque, como observa a autora, “o quadro de exclusão no mercado de trabalho atingia mais duramente o homem negro, sem muitas oportunidades de se inserir nas brechas do sistema”; assim, a mulher negra acabava duplamente penalizada (pp. 386-387). Encontrando-se “alijadas do mercado formal de trabalho no início do século, fizeram de suas casas unidades de produção movidas pela solidariedade”; e, do mesmo modo, “privadas, por circunstâncias diversas, da presença de um companheiro, improvisaram arranjos familiares, tornando-se mãe e pai de suas proles” (p. 406). Vale

---

<sup>880</sup> Um clássico, nesse sentido, é *A integração do negro na sociedade de classes*, de Florestan Fernandes (2008 [1964]). Neste livro, o sociólogo expõe que, nos anos que sucederam a Abolição, em São Paulo, em um contexto de desorganização da “família negra” e de desvantagem para a “população de cor”, sobretudo para o homem na competição por trabalho, os “negros que subiam” buscavam adotar um “puritanismo peculiar”. Segundo Fernandes, parece que o apego ostensivo a um estilo puritano de vida “responde a necessidades, reais ou imaginárias, que levam o negro e o mulato a se expurgarem de atributos, atitudes e comportamentos que estigmatizam o ‘preto’ na sociedade inclusiva”, o que “constitui um mecanismo de autodefesa e de autoafirmação sociais, cuja função manifesta consiste em evidenciar que se está diante de pessoas ou de grupos de pessoas que pertencem à categoria de ‘pretos só na cor’” (FERNANDES, 1987: 290). A obra de Florestan Fernandes se insere em uma historiografia mais tradicional, que compreende que a própria escravidão negou a possibilidade de negros escravizados e libertos construírem famílias. Ele, inclusive, considera que isso constituiu uma das principais dificuldades de integração do negro à sociedade urbana capitalista. No entanto, no final do século XX, os estudos sobre a família escrava tiveram um ponto de inflexão com a obra de Robert Slenes (1999), *Na senzala uma flor: a flor é a família, os laços familiares e afetivos construídos no cativeiro*. Para Slenes, ao constituírem famílias, os escravos não diminuíram, e sim aumentaram ainda mais sua vulnerabilidade, “transformando-se em ‘reféns’, tanto de seus proprietários quanto de seus próprios anseios e projetos de vida familiar” (SLENES, 2011: 59). Mas nem por isso “foram necessariamente impedidos de criar uma comunidade de interesses e sentimentos e virar um perigo para os senhores. Ao contrário, o refém normalmente tem motivos para identificar-se com outros na sua situação; e não faltam casos, na história, de outros grupos subalternos — também, em certa medida, ‘reféns’ dos poderosos — que encontraram o caminho da solidariedade” (p. 60). Numa nota de rodapé, Slenes aponta que “estudos sobre a família escrava urbana têm sido frustrados pelos índices muito baixos de casamento escravo nas cidades” (p. 73).

destacar que famílias chefiadas por mulheres sós, se não eram exclusividade da população negra, nesta encontravam, porém, a sua mais profunda expressão. Por fim, devemos ressaltar que consideramos que a mulher negra foi internada menos por sua família não porque a família negra era anômala, mas devido à menor submissão e dependência da mulher negra em relação ao homem, se comparada à mulher branca. Assim, por serem comumente arrimos de família, as mulheres de cor parda e, principalmente, preta experimentaram um menor risco de institucionalização por parte de seus familiares.

Uma outra hipótese envolve sexualidade e casamento: das mulheres pobres,<sup>881</sup> mestiças e negras, vivendo dentro de um outro padrão de moralidade, menos rígido em relação ao ideal de castidade, devido às dificuldades econômicas e de raça (SOIHET, 2004: 368); e, ao mesmo tempo, dessas mulheres “não feitas para casar”. Na verdade, esta hipótese e a levantada anteriormente, que diz respeito a trabalho e subsistência, não são excludentes. Novamente é Nepomuceno que nos dá uma pista importante para compreender as experiências das mulheres negras no início do século XX, ao enfatizar que, durante décadas, mulheres não brancas eram marcadas por meio de “rótulos em torno da sexualidade desenfreada e da sensualidade exacerbada” e descritas através de “imagens negativas em torno da suposta ‘ignorância’ e ‘idiotice’ da mulher negra, bem como de sua ‘feiura’, seu cabelo ‘ruim’, seu ‘mau cheiro’ constante”. O dito popular “branca para casar, mulata para f..., negra para trabalhar”, marcante nas primeiras décadas republicanas e ainda hoje presente, mostra as mulheres afrodescendentes, principalmente as mestiças, como alvos do estereótipo de mais sensuais e libidinosas (NEPOMUCENO, 2013: 404). Já Sueann Caulfield, em seu estudo sobre os processos de defloramento, no Rio de Janeiro, de 1918 a 1940, se valendo do mesmo dito que Nepomuceno, “de que, para o homem branco, as mulheres negras e pardas são boas para transar mas não para casar”, conclui, com base em evidências testemunhais, “que esses homens demonstrariam maior tendência a seduzir e mais relutância em casar com mulheres negras que com brancas”, o que, segundo a autora, “provavelmente ajuda a entender o motivo pelo qual suas relações com as primeiras iam dar nas delegacias mais frequentemente que com as últimas” (CAULFIELD, 2000: 293). Na visão da autora, “o conceito de honra sexual podia ser interpretado de forma que mantivesse distinções de cor e classe que haviam sido

---

<sup>881</sup> A autora considera a mulher pobre branca como igualmente sujeita a este outro padrão de moralidade, mas fala sobre dificuldades de raça. Para fins da nossa hipótese, é importante sublinhar a distinção, ainda que não completa, entre mulheres brancas e não brancas.

ostensivamente eliminadas da legislação republicana. Os juristas interpretavam a honra de maneira compatível com noções tradicionais de clivagens raciais e sociais” (p. 315).

Marília Ariza, em seu estudo, como já comentado, observa uma desqualificação das mulheres negras como mães, no final do século XIX na cidade de São Paulo, vinculada ao recrutamento de trabalhadores menores de idade. Segundo a autora, “mulheres solteiras negras ou mestiças chefes de família parecem ter estado mais expostas à destituição de seus filhos, arregimentados para serviços domésticos via interferência judicial, do que qualquer outro grupo parental na cidade” (ARIZA, 2017: 417). Ainda segundo Ariza, “a representação da incapacidade das mulheres escravizadas, forras e negras em geral de cuidar adequadamente de seus filhos fornecia uma base moral para a continuação da dominação sobre a força de trabalho recém-emancipada” (ARIZA, 2017: 418). Assim, além de não se enquadrarem no modelo ideal de família almejado pela sociedade pós-abolição, muitas mulheres libertas e negras tiveram que lutar para manter a guarda dos filhos.

Nessa linha de raciocínio, pensamos que a decisão de institucionalizar um familiar talvez fosse mais difícil para a população afrodescendente, que tinha acabado de se libertar do cativeiro secular e que era alvo de patrões e patroas e, também, de instituições como a polícia e o Juizado de Menores. Tendo em vista a menor amostra de pacientes pardas e, principalmente, pretas internadas por seus parentes e, também, atentando para a historiografia da família negra no Brasil, é possível imaginar que houvesse uma valorização das redes de parentesco que, sob o escravismo e mesmo no imediato pós-Abolição, eram construídas e mantidas por escravos e libertos mediante lutas constantes.

Agora, falta explicar o fato da maioria das internas serem solteiras. Augusta Molinari percebe que muitas das internas do hospital psiquiátrico Quarto al Mare, em Gênova, que deixaram escritos autobiográficos não eram mães nem esposas, eram “mulheres núbéis com histórias antitéticas. Ou solidão e isolamento dentro da família de origem, ou relações sociais não convencionais” (MOLINARI, 2005: 388). Em nossa pesquisa sobre a Colônia de Engenho de Dentro, percebemos o mesmo padrão nos casos clínicos analisados. A partir de agora, por meio da análise das histórias de mulheres internadas por homens e mulheres da família e, também, por vontade própria, buscaremos uma compreensão, dentre outros fatores, de como o estado civil das mulheres influenciou no processo de adoecimento e internamento.

#### 4.3.6.1. Internadas por homens da família

##### Pais:

Catorze mulheres foram internadas pelo pai e duas pelos dois pais, destas, catorze eram brasileiras e duas portuguesas; treze eram brancas, duas pardas e apenas uma preta. Dezesesseis eram solteiras e uma casada/viúva. As idades variaram de 17 a 37 anos. Treze entraram pela polícia, três diretamente no hospício mediante a autorização do diretor geral e uma era pensionista de 3ª classe. Os diagnósticos foram psicose maníaco-depressiva/psicose periódica (cinco), demência precoce (três), epilepsia (duas), debilidade mental (duas), estado atípico de degeneração (duas), histeria (uma) e parafrenia (uma). Essas pacientes saíram da colônia por eliminação da matrícula por não se apresentar no prazo final da licença (seis), por transferência para o HN (três) e para a CJM (uma), alta (três) e óbito (três). Dentre o conjunto de mulheres internadas por seus pais, dispomos das observações médicas de quinze pacientes e selecionamos nove para apresentar a seguir.

A paciente preta desse grupo foi internada no HN pelos pais em razão de insônias. Tratava-se de Isaltina Trindade<sup>882</sup> (brasileira, solteira, doméstica, 20 anos, diagnosticada com debilidade mental). Segundo o médico observador, ela era ativa na colônia, auxiliando nos trabalhos agrícolas, e tinha aparentemente os sentimentos conservados. Isaltina permaneceu na assistência psiquiátrica seis meses, dos quais um mês foi na colônia, de onde foi retirada pela mãe mediante uma licença médica em junho de 1917.

As pacientes pardas eram Joana Rocha<sup>883</sup> (brasileira, solteira, doméstica, 25 anos, diagnosticada com demência precoce) e Emília dos Santos<sup>884</sup> (brasileira, solteira, doméstica, 20/23 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva). A primeira, na observação médica, contou ao Dr. Plínio Olinto “que sempre foi mais ou menos nervosa e que de uma feita seu pai resolveu enviá-la para o Hospital de Alienados em vista da

---

<sup>882</sup> N. 1.094, Livro 8 de Observação (a identidade do médico observador não foi identificada). Procedente do 9º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em dezembro de 1916, sendo enviada para a colônia em maio de 1917. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>883</sup> N. 1.587, Livro 12 de observação. Procedeu do 11º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em janeiro de 1921, sendo transferida para a colônia em maio daquele ano. Inicialmente não trabalhou, depois atuou no jardim, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança.

<sup>884</sup> N. 1.888 e 2.072, Livros 15 e 17 de observação. Na primeira internação, procedeu do ambulatório da colônia e na segunda consta apenas colônia. A parte internante em ambas foi o diretor da colônia. Foi internada em outubro de 1924 e enviada para a parte fechada da colônia em janeiro de 1925. A segunda internação se deu em 11 de novembro de 1927, sendo transferida para a colônia oito dias depois. Foi eliminada em maio de 1926 por não retornar de uma licença de seis meses obtida em novembro de 1925. Por fim, faleceu em agosto de 1928, de tuberculose pulmonar. Permaneceu na colônia em torno de dezesseis meses na primeira internação e de nove meses na segunda. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door*, o prognóstico, desfavorável na primeira internação e favorável na segunda.

maneira por que em casa se portava”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava “calma, orientada no meio e no tempo, porém sempre muito mal-humorada. Responde com enfado as perguntas que lhe são dirigidas, ameaçando de sair da sala quando se insiste no interrogatório”. Ela permaneceu na colônia por quase três anos, saindo após uma licença médica em fevereiro de 1924.

Emília, por sua vez, atribuía a sua doença mental a uma febre muito alta que teve por algum tempo, da qual dizia ter sido tratada por um espírita. Foi internada no HN pelos seus pais. Na sua primeira observação, o médico Waldemar de Almeida registrou que a doente se apresentava bastante deprimida, desorientada no tempo e no meio, com atenção móvel e amnésia anterógrada. A linguagem era “bastante lenta”, tendo “incoerência no falar, fazendo de quando em vez uma salada de palavras, intercalando termos obscenos” e a afetividade, diminuída, “não quer sair desta casa, gosta de seus pais, mas prefere ficar no estabelecimento”. O exame somático revelou “emagrecimento considerável, estertores finos disseminados nos 2 pulmões, submaciez dos ápices pulmonares”. Já na segunda observação, feita por Gustavo de Rezende, a paciente contou que essa nova internação ocorreu porque “voltando ao seu lar, veio a enamorar-se de um rapaz que a seduziu, pelo que ficou grávida e em abril de 1927 deu à luz a um menino. Ultimamente tendo-se acentuado os sintomas do desequilíbrio mental foi novamente internada no Hospital Nacional pelos seus pais”. Relatou que havia menstruado pela primeira vez aos 15 anos, e que “suas regras a princípio se faziam normalmente, em seguida apareceram anomalias, como irregularidades, escassez etc.”. Segundo o médico, a paciente se apresentava calma, orientada, com atenção regular e associação de ideias e memória boas, tinha vontade de trabalhar, mas, por vezes, se revelava muito aflita. Quanto à afetividade, “patenteia-se nas boas referências que faz de seus pais, na sua benevolência para com seu sedutor”. Emília faleceu em agosto de 1928, pouco mais de um ano depois de dar à luz, de tuberculose. Esta enfermidade levou muitas pacientes à assistência psiquiátrica, onde boa parte delas encontrou a morte.

Quatro pacientes brancas e solteiras internadas pelo pai eram órfãs de mãe e revelavam conflitos com suas madrastas: Paulina Gomes<sup>885</sup> (brasileira, doméstica, 19 anos, considerada portadora de um estado atípico de degeneração); Almira da

---

<sup>885</sup> N. 1.813, Livro 15 de Observação. Procedeu do 20º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em maio e na colônia em junho de 1923. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável.



Anunciação<sup>886</sup> (brasileira, doméstica, 17 anos, diagnosticada com histeria); Carolina Maciel<sup>887</sup> (brasileira, doméstica, 21 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva); e Laura dos Anjos<sup>888</sup> (portuguesa, doméstica, quase nenhuma instrução, 17 anos, diagnosticada com demência precoce). A primeira deixou a instituição após uma licença médica, as duas seguintes com alta, e a última, falecida, após 22 anos de internamento.

Paulina (estado atípico de degeneração) contou ao Dr. Gustavo de Rezende que vivia em conflito com a sua família, tendo “rusgas com a sua madrasta, com o seu pai, que era muito violento” e que, “ultimamente, após uma discussão forte, o seu pai resolveu interná-la no Hospital Nacional”. O médico registrou que a paciente apresentava uma anomalia do caráter: “seu humor é alegre, mas irrita-se facilmente e é muito impulsiva” e um embotamento da afetividade: “diz que seu pai é mau, não quer saber deste, não tem afeição alguma”. Já Almira (histeria) disse a Gustavo de Rezende que “frequentou diversos colégios de onde sempre fugia. Viveu sempre mal com sua madrasta, em virtude de suas fugas frequentes seu pai resolveu interná-la no Hospital Nacional”. O médico percebeu alguma deficiência no juízo e no raciocínio, “falta de crítica, ideias eróticas”, afetividade diminuída, “se refere a seu pai chamando-o de cão” e vontade enfraquecida, “não desejando outra coisa senão brincar”.

As duas pacientes identificavam a brutalidade paterna. Como observa Fabrice Virgili, “a imposição pela violência de um poder tirânico masculino e paterno na casa rebaixa todos os membros da família à sua fraqueza física e à sua fragilidade psíquica” (VIRGILI, 2013: 89). Fugas de casa também desafiavam a autoridade do pai sobre as filhas. Nesse sentido é significativo que o nome da paciente Leonor Perez,<sup>889</sup> branca, brasileira, solteira, doméstica, 27/28 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva e internada pelo pai no HN, tenha aparecido em notas sobre pessoas desaparecidas dos

---

<sup>886</sup> N. 2.136, Livro 18 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 17º DP. Ingressou no HN em junho e na colônia em setembro de 1928. Em 5 de junho de 1929, saiu com doze meses de licença por requerimento de uma família. Em 9 de agosto do mesmo ano, regressou antes de terminar a licença, alegando doença. Não trabalhava, o tratamento foi *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>887</sup> N. 1.931 e 1.940, Livro 16 de Observação. Foi encaminhada para a parte fechada da colônia em 29 de outubro de 1925 (dezenove dias depois). Foi removida para o HN no dia seguinte por não ser adaptável ao regime colonial. Em 12 de janeiro de 1926, 74 dias depois, veio novamente transferida para a colônia. Obteve uma licença de seis meses em 4 de maio de 1926, prorrogando-a no dia 4 de novembro de 1926.

<sup>888</sup> N. 1.396, Livro 11 de Observação. Procedeu do 22º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em junho e na colônia em outubro de 1919. Obteve uma licença de 6 meses em julho de 1937, regressou em setembro. Não trabalhava, o tratamento foi clinoterapia e *open-door*, e o prognóstico, sem esperança.

<sup>889</sup> N. 1.680, Livro 13 de Observação. Procedente do 16º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em maio de 1921, sendo enviada para a colônia em maio do ano seguinte. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

jornais *Correio da Manhã* e *O Jornal* de 8 de novembro de 1919,<sup>890</sup> ou seja, em torno de um ano de meio antes de sua entrada na assistência psiquiátrica. Leonor dizia que gostava de seus pais e que queria ir para casa. Mas permaneceu na colônia por quase oito anos, saindo transferida para o HN por não ser adaptável ao regime colonial em março de 1930.

Segundo a nota clínica do HN, após um período de licença médica, Laura (demência precoce) regressou ao HN por “por não ser mais possível sua permanência em casa (impulsos agressivos)”. Nesta nota constava ainda que a mãe da paciente morreu estando internada numa instituição psiquiátrica (o que aconteceria com Laura também) e que o pai da paciente era alcoólico moderado. A paciente contou a Waldemar de Almeida que, desde a puberdade, era irritadiça, tendo, às vezes, crises de raiva e que era “maltratada por sua madrasta, tendo que fazer serviços grosseiros”. Em relação ao motivo da internação, relatou que “teve uma crise de excitação mental, cantava e gritava, razão pela qual foi remetida ao manicômio”. Almeida apontou que a paciente tinha nível mental sofrível, quase inculto, vontade diminuída, afetividade embotada, memória atingida para os fatos presentes, ideias místicas relacionadas à sua participação em sessões espíritas, ideias persecutórias, puerilidade mental, riso imotivado e falsos reconhecimentos e que, na colônia, era agitada e procurava agredir as empregadas. Havia ainda o informe de que a paciente, “num impulso, despreendeu-se das mãos da enfermeira, atirando-se de uma das varandas do refeitório ao solo, tendo sofrido apenas ligeiras escoriações e contusões em 01/05/1920”. Sobre este acontecimento, é preciso assinalar que algumas tentativas de suicídios fizeram parte da experiência de internamento na colônia. Laura, decerto, foi marcada dolorosamente pela perda da mãe “louca” no hospício e pela hostilidade de sua madrasta.

A quarta paciente internada pelo pai com problemas de relacionamento com a madrasta foi Carolina Maciel (psicose maníaco-depressiva).<sup>891</sup> Ela foi apresentada pelo Dr. Plínio Olinto e internada no HN pelo diretor-geral da Assistência a Alienados. A observação feita por Gustavo de Rezende diz o seguinte:

A doente informa que sua mãe era muito nervosa e que, tendo sido infeliz com o casamento, ficou em tal estado de neurastenia que, pouco antes de morrer, apresentou graves perturbações mentais. Seu pai sofre de ataques epiléticos. A doente diz ter sido saudável e que após ter sido menstruada pela primeira vez, o seu catamênio foi sempre irregular e muito reduzido e que ultimamente esteve em tratamento por causa destes distúrbios catameniais. Entregava-se a prática de desportos e

---

<sup>890</sup> DESAPARECIDOS. *O Jornal*, ano I, n. 145, 8 de novembro de 1919a, p. 4; DESAPARECIDOS. *Correio da Manhã*, ano XIX, n. 7.558, 8 de novembro de 1919b, p. 4.

<sup>891</sup> N. 1.931, Livro 16 de Observação.

levava uma vida muito desregrada, passeando muito de automóvel e procurando distrair-se de toda a maneira possível para esquecer a mágoa que tinha da separação de seu pai, que abandonara sua mãe para viver maritalmente com outra mulher, da qual houvera uma filha. Não há ainda um ano sua mãe faleceu e foi então obrigada a viver na companhia de seu pai e de tal mulher que lhe fazia toda a sorte de pirraças e procurava diminuí-la a todo instante diante de sua irmã natural; esta causou-lhe tantos desgostos que deixou de comer e passava as noites em claro, escrevendo ou chorando. Conta a doente que por ocasião de um carnaval habituou-se a cheirar éter e diz mesmo ter experimentado cocaína algumas vezes e também usou uísque, por algum tempo. Foi internada nesta colônia pelo seu pai.

Pela observação precedente é possível notar que a paciente pertencia a uma classe social mais elevada. Afinal, suas distrações eram desportos, passear de automóvel, cheirar éter, usar cocaína e uísque e escrever. Na passagem em que ela diz ao médico que “passava as noites em claro, escrevendo ou chorando”, é possível perceber o aspecto catártico da escrita. No exame direto, Gustavo de Rezende apontou o seguinte:

Apresentava-se sempre agitada, com euforia e fuga de ideias, mas orientada no meio e no tempo. A sua memória ressentia-se de algumas lacunas, mas somente quanto aos fatos posteriores a sua doença atual. Tinha ideias de grandeza, sonhando ser importante, tentava mentir amor à ciência, de quando em vez surgiam ideias eróticas, embora se notasse sempre a presença do pudor. Afetividade mostrava-se presente, a doente chorava muito, sempre que se lembrava da sua mãe, e dizia que a adoraria sempre, porque sua mãe tinha sido muito sua amiga e tinha sido mártir de seu pai. Dizia gostar de seu pai, mas que não queria vê-lo porque ainda tinha mágoa dele.

Carolina é certamente uma das pacientes que mais se aproximou da figura da mulher moderna descrita por Carla Pinsky (2013). Ela não deixava de aproveitar a margem de independência e autonomia que sua vida cotidiana lhe possibilitava. O médico apontou, como vimos, que a paciente manifestava ideias eróticas. Podemos pensar que Carolina tenha referido algo sobre sua sexualidade que o médico não registrou e codificou como “ideias eróticas”. Em seguida, ele afirmou notar a presença do pudor. Esse viés de ponderação parece estar relacionado à própria condição social dessa mulher branca apresentada na assistência psiquiátrica pelo diretor Plínio Olinto. A verdade é que, por muito menos, mulheres pobres e, especialmente, negras foram consideradas libertinas e degeneradas.

Carla Pinsky comenta que, apesar das vozes que achavam os novos hábitos frívolos ou mesmo imorais e reclamavam “maior vigilância sobre as moças, agora ‘mais expostas’ e alvo ampliado das atenções”, paulatinamente, “a mudança se instaurou e uma nova imagem, a da ‘jovem moderna’, que circula com mais independência, manifesta

gostos pessoais, consome determinadas modas e emite opiniões, passou a ocupar, com os devidos ajustes nas balizas morais dominantes, a galeria dos modelos aceitáveis” (PINSKY, 2013: 476).

Também é relevante que o interesse da paciente pela ciência tenha sido classificado pelo médico como uma ideia de grandeza, ou seja, como uma condição patológica. Como discutiremos no próximo capítulo, Plínio Olinto julgava que as mulheres não se aprofundavam muito na ciência porque as suas associações de ideias se faziam “mais por séries lineares segundo atributos comuns, do que pelo conteúdo das ideias, propriamente, segundo atributos que se prendem ao núcleo de um complexo donde irradiam”.<sup>892</sup> No texto de onde é extraída essa citação, “O homem e a mulher”, de 1922, o médico chama o feminismo de masculinismo e defende que é como esposa e mãe que a mulher se destaca na concorrência com o homem. Na instituição, Carolina não trabalhou, e foi tratada na primeira internação com balneoterapia, opoterapia (soro lipotônico sedativo feminino), luminal e bromureto de sódio e, na segunda, com clinoterapia. Ela foi marcada dolorosamente pela separação de seus pais, pela doença e perda da mãe e pelos conflitos com seu pai e madrasta.

É importante mencionar que algumas questões aqui apontadas foram observadas pelo psiquiatra mexicano Edmundo Buentello, no âmbito dos centros de higiene mental, criados em meados da década de 1930 no México, para, segundo Andrés Ríos Molina (2022), “detectar os fatores que podiam ‘prejudicar a personalidade moral e intelectual da criança, o que pode levar a doenças mentais ou desadaptação social’”. Buentello, citado por Molina, destacou a existência dos seguintes fenômenos: “indisciplina, o chamado comportamento incorrigível, pequenos furtos aos pais, a vadiagem, a má seleção de companhias, as reações violentas contra o lar desorganizado por múltiplas causas, psicose reativa contra a madrasta ou o pai alcoólatra, como [Alfred] Adler entendia etc.” (MOLINA, 2022: 70). Molina explica que, enquanto o Departamento de Psicopedagogia e Higiene, criado em 1925, se concentrava mais nas crianças “anormais”, o principal alvo do Instituto Nacional de Psicopedagogia (INP), inaugurado em 1936, eram as “crianças-problema”, categoria que, na visão do médico Fernando Elizarraráz, se definia por comportamentos problemáticos e, também, a partir de uma inadequabilidade da criança ao ambiente familiar e escolar (MOLINA, 2022: 69). Esse tipo de criança, segundo o

---

<sup>892</sup> OLINTO, Plínio. *O homem e a mulher, estudo psicológico*. Conferência promovida pela Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, Rio de Janeiro, Jornal do Commercio, 1922, pp. 7-8.

autor, “antes de ser um ‘problema’, foi chamado de ‘incorrigível’, categoria com a qual algumas crianças foram classificadas no Tribunal de Menores Infratores” (p. 69).

Por fim, apresentamos o caso de duas professoras que, assim como Carolina, apresentavam uma condição social mais favorável do que as outras pacientes. A paciente Elisabeth Passos<sup>893</sup> (branca, brasileira, solteira, 26 anos, diagnosticada com parafrenia) tinha pais vivos e com saúde, além de três irmãos e cinco irmãs. Frequentou escolas primárias e cursou a Escola Nacional de Niterói,<sup>894</sup> onde, aos 19 anos de idade, recebeu o diploma de professora pública do estado. Em seguida, exerceu o magistério em uma escola durante dois meses, porém deixou a profissão por se sentir fatigada e em razão dos primeiros distúrbios mentais. Estas e outras informações estão na observação feita por Gustavo de Rezende. Sobre o percurso da doença, o médico registrou o seguinte:

Começou a irritar-se com uma de suas amigas, sobreveio insônia alternada com sonos agitados. Em seguida apareceram alucinações auditivas que consistiam em injúrias, vozes de seus inimigos etc. Aos 22 anos de idade, agravando-se o seu estado de alucinação mental, foi internada no Hospital Nacional, onde esteve durante 3 meses, findos os quais contraiu a infecção tífica pelo que foi retirada do Hospital Nacional pelo seu pai. Curada desta infecção, o seu estado mental melhorou consideravelmente, desaparecendo os seus distúrbios mentais a ponto de parecer normal. Durante alguns meses não demonstrou qualquer desequilíbrio psíquico, apesar de perdurar uma amenorreia absoluta durante todo este tempo. Finalmente decorrido este período de lucidez voltaram as perturbações mentais com mais violência do que precedentemente e se conservando até hoje. (...). Tem distúrbios psicossensoriais que se traduzem por alucinações auditivas e visuais; tem ideias persecutórias; ouve vozes que preveem os perigos que a esperam; vê vultos de mulheres e pretos. Diz ser desonrada publicamente depois de ter sido agredida pelos espíritos que lhe quebraram uma costela. Sente-se hipnotizada pelos inimigos. Vê fagulhas que saem da terra para acabar [com] seus dias, apesar de toda a sua inocência, não obstante ter um ideal nobre. Querem dar-lhe um tiro por debaixo da terra ao mesmo tempo que a caluniam. Os seus perseguidores dizem-lhe ao ouvido nomes feios.

---

<sup>893</sup> N. 2.112, Livro 18 de Observação. Foi internada com autorização do diretor-geral da Assistência a Psicopatas. A classe era SA [Serviço Administrativo?]. Foi internada em 5 de junho de 1928 e enviada para a colônia dez dias depois (sendo alojada no PPEP). Obteve licença de doze meses em 4 de outubro de 1929, regressou em 8 de março de 1930, indo direto para a enfermaria, de onde saiu em 2 de maio deste ano. Obteve nova licença de seis meses em 23 de dezembro de 1930, prorrogou-a em junho e dezembro de 1931, janeiro e dezembro de 1933 e, por fim, em janeiro de 1935. Não trabalhava e o tratamento foi *open-door*, prognóstico s/i.

<sup>894</sup> Constam no jornal *O Fluminense* de 24 de janeiro e 5 de março de 1920 duas menções a E. P., que teria sido aprovada plenamente no exame oral e prático de pedagogia do 4º ano da Escola Normal de Niterói realizado em 23 de janeiro de 1920 e aprovada simplesmente nos exames orais e práticos do 4º ano de História Natural, realizados em 4 de março de 1920 (ESCOLAa, 1920, p. 1; ESCOLAb, 1920, p. 1).

Os sintomas e a evolução da doença foram descritos detalhadamente pelo médico (fadiga, irritação, insônia, sonos agitados e, em seguida, alucinações). Para além dos sintomas psiquiátricos, podemos imaginar que as questões profissionais também poderiam relacionar-se com o sofrimento psíquico da paciente. Segundo Carla Pinsky, “mesmo com a maior aprovação social da ‘mulher que trabalha’, essa figura continuava hierarquicamente inferior à da ‘boa esposa’, mãe e ‘dona de casa ideal’” (PINSKY, 2013: 508). Pinsky aponta que, entre as normalistas, “havia as atraídas pelo magistério como uma alternativa para além das tradicionais atribuições femininas”, mas ainda assim elas “estavam sujeitas às imposições de todo o tipo (censuras e autocensuras, contenção de gestos e expressões) para que sua profissionalização não comprometesse sua feminilidade e para que elas pudessem servir de exemplo moral para alunos e alunas, que têm na professora uma ‘mãe espiritual’” (PINSKY, 2013: 504). Em função das licenças médicas que obteve de fins de 1930 a começos de 1937, Elisabeth permaneceu, de fato, na colônia por quase dois anos. Foi eliminada do quadro de pacientes em 22 de fevereiro de 1937 por não retornar de uma prorrogação de licença obtida em janeiro de 1935. As licenças e, também, o fato de a paciente ter sido retirada do HN numa internação anterior pelo fato de ter contraído, ali, infecção tífica mostram preocupação do pai com a paciente.

A paciente Sarah Burgun<sup>895</sup> (branca, brasileira, solteira, professora, 38 anos, diagnosticada com estado atípico de degeneração) foi levada ao HN por seu pai S. Burgun e internada como pensionista de 3ª classe, passando depois para a classe das indigentes. Cerca de oito anos antes de ser internada no HN, ela passou pelo Hospital Evangélico, onde teria sido espancada. Essa história foi noticiada, entre os dias 18 e 24 de dezembro

---

<sup>895</sup> N. 1.891, Livro 16 de Observação. Foi internada em fevereiro de 1923 no HN e transferida para a colônia em março de 1925.

de 1914, em diversos periódicos cariocas<sup>896</sup> e até no *Correio Paulistano*.<sup>897</sup> Inicialmente, as reportagens apresentavam uma grave denúncia contra o Hospital Evangélico, onde Sarah teria sido brutalmente espancada pela diretora do estabelecimento. Em seguida, as reportagens se posicionavam a favor da diretora do hospital, contando inclusive com duas cartas, uma do pai da paciente e outra do médico assistente no Hospital Evangélico, Dr. João Vollmer, e ainda uma entrevista com o médico-legista da polícia, Dr. Antenor Costa. Da condenação do hospital passava-se à desqualificação da vítima de agressão. O delegado do 17º Distrito, Dr. Machado Coelho, depois de ouvir os depoimentos prestados pelos denunciadores, vizinhos do Hospital Evangélico, abriu um inquérito para apurar a denúncia contra D. Maria Martins Pereira da Costa, diretora do hospital, por espancar e maltratar Sarah Burgum, ali internada pela terceira vez. Ao delegado, Sarah, que apresentava várias equimoses nas mãos e braços, declarou que realmente era espancada, ora pela diretora ora por enfermeiras, e que D. Maria da Costa chegou a espancá-la com uma escova de roupa e prendê-la diversas vezes no quarto, completamente nua. No

---

<sup>896</sup> UMA NOVA CASA de torturas? Graves acusações contra o Hospital Evangélico. Uma jovem barbaramente espancada (...). *A Rua*, Rio de Janeiro, ano I, n. 261, 18 de dezembro de 1914a, p. 1; UMA NOVA CASA de torturas? Polícia ouve vítima e a sua enfermeira. O inquérito foi concluído. *A Rua*, Rio de Janeiro, ano I, n. 262, 19 de dezembro de 1914b, p. 1; Uma nova casa de torturas? Complica-se o caso de Miss Burgum. Uma outra denúncia. *A Rua*, Rio de Janeiro, ano I, n. 264, 21 de dezembro de 1914c, p. 8; DENÚNCIA GRAVE: Uma jovem espancada no Hospital Evangélico. A polícia agindo. *A Notícia*, Rio de Janeiro, ano XXI, n. 307, 18 de dezembro de 1914a, p. 2; DENÚNCIA GRAVE: Uma jovem espancada no Hospital Evangélico? O que apurou a “Notícia”. *A Notícia*, Rio de Janeiro, ano XXI, n. 308, 19 de dezembro de 1914c, p. 1; O CASO do Hospital Evangélico. *A Notícia*, Rio de Janeiro, ano XXI, n. 309, 20 de dezembro de 1914b, p. 2; O CASO do Evangélico. Os crimes da falsa caridade. Louca sem ser louca, passa horríveis torturas no hospital purgatório. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XIV, n. 5.777, 19 de dezembro de 1914, p. 3; O CASO do Hospital Evangélico, parece, não passa de uma mesquinha vingança. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XIV, n. 5.778, 20 de dezembro de 1914, p. 2; DOENTE torturada? Uma grave denúncia contra um hospital evangélico (...). *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XXXIX, n. 352, 19 de dezembro de 1914a, pp. 1-2; DOENTE torturada? A ação da polícia. Miss Burgum é uma demente – O inquérito está direito? – Uma entrevista e duas cartas. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XXXIX, n. 353, 20 de dezembro de 1914b, p. 6; O CASO do Hospital Evangélico. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 11.030, 19 de dezembro de 1914a, p. 1; UM FATO grave. Espancamento de uma louca? – No Hospital Evangélico. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 11.030, 19 de dezembro de 1914, p. 5; O CASO do Hospital Evangélico. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 11.031, 20 de dezembro de 1914d, p. 4; NO HOSPITAL Evangélico é diabolicamente martirizada uma infeliz demente. A polícia efetua uma diligência. *A Noite*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 1.073, 18 de dezembro de 1914, p. 2; O CASO do Hospital Evangélico. *A Noite*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 1.074, 19 de dezembro de 1914b, p. 2; O CASO do Hospital Evangélico. *A Noite*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 1.075, 20 de dezembro de 1914e, p. 2; LOUCA e Mártir. As torturas de uma infeliz demente. No Hospital Evangélico. *A Época*, Rio de Janeiro, ano II, n. 847, 19 de dezembro de 1914a, p. 2; LOUCA e Mártir. As torturas de uma infeliz demente. No Hospital Evangélico. *A Época*, Rio de Janeiro, ano II, n. 848, 20 de dezembro de 1914b, p. 2; UMA MOÇA, enferma, é barbaramente espancada no Hospital Evangélico. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano III, n. 718, 19 de dezembro de 1914, p. 3; PROSEGUE o inquérito sobre o caso do Hospital Evangélico. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano III, n. 718, 19 de dezembro de 1914, p. 5; GRAVE denúncia. No Hospital Evangélico. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXIV, n. 358, 24 de dezembro de 1914, p. 8.

<sup>897</sup> RIO DE JANEIRO. O caso do hospital Evangélico. *Correio Paulistano*, n. 18.473, 20 de dezembro de 1914, p. 7.

entanto, as cartas dirigidas aos jornais diários, em 19 de dezembro de 1914, pelo pai de Sarah, um renomado engenheiro, e pelo médico assistente, afirmando a improcedência da denúncia e elogiando a diretora do hospital, mudaram completamente o rumo do caso. Abaixo transcrevemos a carta do pai de Sarah:

Sr. redator, a bem da verdade e do bom nome do Hospital Evangélico e da reputação de Mme. Maria Martins Pereira da Costa sou constrangido a pedir agasalho em vossa conceituada folha para os seguintes fatos:

I – Durante treze anos aproximadamente acha-se minha filha sofrendo de uma pertinaz enfermidade nervosa que lhe provoca paroxismos de grande excitação durante os quais chora, grita e se lamenta de tal forma que muitas vezes me tenho visto na dura necessidade de removê-la de casa, não só para sossego de minha família como para o dos vizinhos;

II – Em janeiro do corrente ano, a conselho do Dr. Vollmer, seu médico assistente, internei-a no Hospital Evangélico, onde permaneceu vários meses, sendo sempre bem tratada.

Tendo voltado à casa por algum tempo, tornou-se necessário interná-la novamente no hospital, em agosto, permanecendo desta vez apenas um mês por não poder Mme. Costa tê-la ali muito tempo, visto seus gritos, incomodarem muito os demais doentes que ali se achavam internados. No auge do desespero, tive de recorrer aos bons serviços de Mme. Costa, mais uma vez, em fins de outubro, que me fez a grande caridade de aceitá-la, depois de me haver dito anteriormente não mais poder tê-la ali.

III – Durante o tempo da sua permanência no hospital, neste último período, sempre tive dela notícias, diretamente, por cartas que escrevia ou pelo seu médico assistente que sempre me expôs com a máxima franqueza o seu estado nada lisonjeiro.

IV – É uma verdade também que mais de uma vez, quando em tratamento em minha própria casa, obrigado a usar de certa força para subjugar minha filha, ela feria-se com suas próprias mãos e, portanto, nada me surpreendeu que as autoridades policiais encontrassem em seu corpo algumas equimoses de caráter recente.

Quero crer que, durante esta última estadia no Hospital devido ao estado mais excitado e teimosia de minha filha, madame Costa tivesse sido obrigada, pelas circunstâncias do momento, a usar de mais energia do que nas vezes anteriores, por isso o que foi denunciado pelos vizinhos, embora em parte verdade, estão iludidos quanto à verdadeira natureza do caso e quanto ao trato dispensado pela Mme. Costa à doente.

E, em conclusão, devo declarar que somos devedores a Mme. Costa da grande fineza de ter aceitado para tratamento minha filha, quando a isso não era obrigada e ainda mais, sabendo o grande trabalho e sacrifício que lhe daria. Sou [ilegível] atento, S. Burgun.<sup>898</sup>

Assim, o próprio pai da paciente dizia não se surpreender com o fato de as autoridades policiais encontrarem no corpo de sua filha equimoses de caráter recente, já que ela se feria com suas próprias mãos quando contida por ele em sua própria casa. Da carta escrita pelo médico João Vollmer, destacamos o seguinte trecho:

---

<sup>898</sup> DOENTE torturada?..., 20 de dezembro de 1914b, p. 6.



As equimoses que Miss Burgum apresenta pelas mãos e pelos traços não são mais que resultados de suas próprias violências e em parte talvez da força que Mme. Costa tinha muitas vezes de empregar para subjugar-la, isso aliás acontecia também em sua própria casa quando tratada por seus pais, onde mais de uma vez fui encontrá-la toda arranhada e pisada.

Qual então a causa de uma queixa tão acrimoniosa contra Mme. Costa? A meu ver o fato resume-se, simplesmente, no seguinte:

1. O desejo intenso de Miss Burgum em regressar para o lar paterno, donde foi afastada por estes muito contra a sua vontade;
2. Uma vingança vil por parte de criaturas que se sentiram prejudicadas em seus interesses por ter Mme. zelado os interesses econômicos e as condições de higiênicas do Hospital que administra com o maior desinteresse e até com sacrifício próprio.<sup>899</sup>

(...) Sou com estima admirador respeitoso, J. Vollmer.

Após essas cartas, a fala da paciente foi desacreditada e o uso da força para sua contenção, justificado. Sobre o ponto dois, cabe destacar que a diretora atribuía a denúncia a uma queixa que ela formulara à Saúde Pública, contra a criação de porcos nas proximidades do hospital. Por último, a reportagem intitulada “Denúncia grave: Uma jovem espancada no Hospital Evangélico? O que apurou ‘A Notícia’”, de 19 de dezembro de 1914, enuncia que, após procurar o Dr. Antenor Costa, em sua residência, a fim de esclarecer os fatos, o médico legista da polícia que procedeu ao exame de Sarah não deu nenhuma informação oficial. Apesar disso, a matéria aponta que, através de suas meias palavras, foi possível entender que se ele “não se sentisse tolhido pelo rigor do segredo profissional, diria que não houve espancamento e que as manchas que os braços e mãos de Sarah apresentam são de menor importância. Quanto ao estado de desequilíbrio de Sarah, é um caso positivo”.<sup>900</sup> No final das contas, as marcas no corpo deixavam de ser confiáveis, ao contrário da loucura, vista como inquestionável.

Na Colônia de Engenho de Dentro, Sarah foi observada por Gustavo de Rezende, que registrou que a paciente começou a andar e falar no tempo normal e que “dos dez anos em diante foi sentindo-se fraca, tendo estado em diversos lugares em busca de melhora, o que não consegue. Foi internada no Hospital Nacional pelo seu pai, a conselho de amigos”. No exame direto, o médico destacou que a paciente se apresentava orientada (tempo e meio), com a atenção regular e a memória lacunosa. Tinha a afetividade presente, “pedindo a doente com insistência para ir para junto de seus pais, referindo-se com doçura principalmente a seus pais, a quem tece os maiores elogios” e se mostrava

---

<sup>899</sup> DOENTE torturada? A ação da polícia. Miss Burgum é uma demente – O inquérito está direito? – Uma entrevista e duas cartas. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XXXIX, n. 353, 20 de dezembro de 1914, p. 6. Disponível em [http://memoria.bn.br/docreader/103730\\_04/33637](http://memoria.bn.br/docreader/103730_04/33637)

<sup>900</sup> DENÚNCIA GRAVE..., 19 de dezembro de 1914b, p. 1.

“tímida, emotiva, cheia de lamúrias, dizendo que depois da casa de Deus só há felicidade na casa de família, chora com facilidade, queixando-se dos empregados, da comida e do barulho que há na colônia e diz-se indignada com os amigos de seu pai que mandou interná-la aqui”. A indignação de Sarah em relação à transferência para a colônia se manifestava porque ela não era pobre, indigente, como as pacientes destinadas à instituição de Engenho de Dentro, mas uma mulher de uma classe social mais elevada e que havia passado os dois últimos anos internada como pensionista de 3ª classe no HN. Na colônia, ela permaneceu apenas 32 dias, sendo eliminada do quadro de pacientes por não regressar de uma licença de quatro meses obtida em abril de 1925.

Os pais, como vimos no início desta seção, internavam quase exclusivamente filhas solteiras, por problemas de saúde física e mental e, principalmente, diante de comportamentos de desobediência e agressividade desenvolvidos em casa. Nesse ponto, a figura da madrasta se distingue; jovens órfãs de mãe cujos pais contraíam um segundo matrimônio tinham mais chances de serem internadas por seus pais. A questão da castidade das filhas, cuja responsabilidade de vigiar cabia ao pai, não apareceu explicitamente em nenhuma observação, mas ela pode ter permeado a internação de Carolina que, segundo o médico, tinha ideias eróticas. Há que se mencionar também a internação de Emília, que sofria de tuberculose, depois de ter sido seduzida e engravidado.

### Irmãos

Das dezessete mulheres internadas pelos irmãos, treze eram brasileiras, duas portuguesas e duas sírias; dezesseis eram brancas e uma preta; treze foram apresentadas como solteiras, duas viúvas e duas casadas. As idades variavam de 23 a 55 anos. Apenas três pacientes internadas por irmãos não passaram pela polícia, pois se tratavam de pensionistas de 4ª classe admitidas diretamente no HN. Os diagnósticos foram os seguintes: psicose maníaco-depressiva (seis), parafrenia (quatro), histeria (duas) e, com um caso, histeria e demência precoce/psicose periódica e síndrome histeroide; imbecilidade, debilidade mental; debilidade mental; psicose puerperal e psicose de origem autotóxica, confusão mental, catatonia alternante com excitação maníaca, loucura maníaco-depressiva. Essas pacientes saíram da colônia por eliminação da matrícula por não se apresentar no prazo final da licença (cinco), eliminação da matrícula por não ter sido capturada no prazo legal de quinze dias após evadir-se (uma), por transferência para o HN (duas), à CJM (uma), o Instituto de Psiquiatria (uma) e o Pavilhão Braule Pinto

(uma) e óbito (seis). Dentre o conjunto de mulheres internadas por seus irmãos, dispomos das observações médicas de treze pacientes e selecionamos doze para apresentar a seguir.

Duas pacientes desse grupo foram internadas por terem sido abandonadas por seus maridos. Francisca Dias<sup>901</sup> (branca, brasileira, casada, doméstica, 26 anos) informava ter a mãe falecido de febre tifoide e não sabia dizer se o pai ainda era vivo. Casou-se aos 17 anos e dizia não ter tido filhos. A Gustavo de Rezende relatou ainda não saber “informar como começou sua doença atual, dizendo somente que foi abandonada pelo seu marido e depois foi internada no Hospital Nacional por um irmão seu que a trouxe do Espírito Santo”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava calma e tinha a inteligência viva, embora seja reticente, “nota-se que tem alguns conhecimentos” e afetividade se achava presente, “tem saudades do pai, dos irmãos e tem sentimentos de seu marido que a deixou por outra mulher”. Assim como Francisca, muitas outras pacientes não sabiam explicar como havia começado a sua doença; é possível pensar que muitas mulheres, talvez, simplesmente não se vissem como doentes. No entanto, ela sabia explicar as adversidades da vida e a internação em si.

Cláudia Fonseca observa que a grande mobilidade geográfica dos homens, consequência da busca contínua de emprego, “deixava as mulheres periodicamente em estado de abandono” (FONSECA, 2004: 515) e que, na prática, “o homem que não queria mais viver com sua esposa podia simplesmente sumir, esperando que sua mulher desse conta de sustentar a família” (FONSECA, 2004: 523). Segundo a autora, “em tese, a lei não reconhecia o direito de a mulher, mesmo em estado de abandono, viver com o novo companheiro. A mancebia era condenada, e a mulher amancebada, considerada como ‘sem moral’ (FONSECA, 2004: 526). Já Carla Pinsky, tratando do tema da “boa mãe”, destaca que a máxima de que “casamento leva a filhos, necessariamente”, presente até meados dos anos 60 do século XX, “criava grande expectativa pelo nascimento de uma criança tão logo um jovem casal se unia em matrimônio. A chegada do bebê não só confirmava o sucesso do casamento, mas o êxito da mulher em cumprir seu ‘destino natural’”. Na família de preceitos patriarcais, “um nascimento fazia com que o pai perpetuasse seu nome, tivesse a quem transmitir propriedades e exercesse sua autoridade de ‘chefe’ com mais poder” (PINSKY, 2013: 491).

---

<sup>901</sup> N. 1.265, Livro 9 de Observação. Procedeu da Secretaria de Polícia e foi internada pela Repartição Central da Polícia. Ingressou no hospício em janeiro e na colônia em junho de 1918. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

O fato é que Francisca Dias, descrita pelo médico observador como tendo cabelos brancos precoces e obesidade, não havia se tornado mãe e acabou sendo abandonada pelo marido (que a deixou para ficar com outra mulher). Seu irmão, então, se encarregou de lhe dar um destino. A observação dessa paciente revela a história de uma mulher que, aos 26 anos de idade, não pôde nem tentar se recriar depois de ter sido abandonada pelo marido. Não havia mais lugar para ela na família, restou-lhe a Colônia de Engenho de Dentro, onde provavelmente faleceu. Em 1945, a paciente foi transferida para o Instituto de Psiquiatria, e já contava 27 anos de asilamento.

A outra paciente abandonada pelo marido era Carmen de Jesus<sup>902</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, 26 anos, diagnosticada com debilidade mental). Ela não foi observada na colônia, apesar de ter permanecido lá por mais de nove anos. A única informação que consta no livro de observação é a nota clínica enviada pelo HN apontando o seguinte: “compleição boa, nível e capacidade inferiores; tem saudade de seus filhos; memória conservada; a internação parece prender-se a um abalo emotivo determinado por um caso doméstico (seu marido a abandonou); sabe fazer crochê”. Permaneceu dez anos na assistência psiquiátrica, dos quais nove foram na colônia; faleceu em julho de 1928 de gastroenterite aguda e colapso cardíaco.

Já a paciente Ruba Amir<sup>903</sup> (síria, branca, pais falecidos, casada, doméstica, 38 anos, diagnosticada com psicose puerperal) foi transferida para a colônia junto com a seguinte nota clínica do HN: “é uma síria. Tem uma psicose puerperal. Auxilia na lavagem de roupa”. Na colônia, foi observada em 23 de dezembro de 1919 por Waldemar de Almeida, que destacou a dificuldade de realizar o exame mental uma vez que a paciente compreendia muito pouco a língua portuguesa. Observou, porém, que Ruba se mostrava calma, pouco comunicativa, indiferente, um tanto desatenta, desmemoriada e imprestável para o trabalho, que seu estado geral era bom e o catamênio regular e que tinha riso imotivado e estigmas físicos degenerativos. Ela foi eliminada do quadro de pacientes por não regressar de uma licença de seis meses obtida em abril de 1930. Assim, permaneceu na assistência psiquiátrica quase treze anos, dos quais dez anos e meio foram na colônia.

---

<sup>902</sup> N. 1.322, Livro 10 de Observação. Procedeu da Santa Casa e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em julho de 1918, sendo enviada para a colônia em fevereiro de 1919. Nos primeiros tempos de sua internação, não trabalhou, depois atuou no crochê, o tratamento foi a clinoterapia e o prognóstico, sem esperança.

<sup>903</sup> N. 1.413, Livro 11 de Observação. Foi apresentada à polícia por seu irmão. Ingressou no HN em setembro de 1917, sendo transferida para a colônia em outubro de 1919. Não trabalhava, o tratamento foi *open-door*, sedol e clinoterapia e o prognóstico, favorável.

A outra paciente síria internada pelo irmão trazia a história de uma promessa de casamento não cumprida. Antonella Nader,<sup>904</sup> branca, síria, solteira, 30 anos, classificada como parafrênica, contou a Gustavo de Rezende que “começou por sentir-se muito nervosa, tendo medo de tudo e ouvindo vozes, cuja origem até hoje não sabe explicar. Foi internada no Hospital Nacional por um seu irmão que a levou, enganando-a”. A afetividade da paciente foi vista como presente pois a paciente se referia aos seus pais, que eram vivos e fortes, com carinho, dizia sentir saudades dos irmãos e ter vontade de voltar ao lar. No entanto, ela tinha problemas de humor e ideias persecutórias, “dizendo-se triste porque seu noivo desapareceu sem cumprir a promessa de casamento, no que andou muito mal”.

Na época, o descumprimento de uma promessa de casamento podia simbolizar a desonra da mulher, caso ela tivesse sido deflorada. Mas, mesmo que isso não tivesse ocorrido, a quebra de tal promessa colocava essas mulheres em um não-lugar em muitas famílias e podia, efetivamente, marcar de forma dolorosa a psique. Nessa perspectiva, Cristina Garza aponta que Mariano Rivadeneyra, que escreveu a tese “Apuntes para la estadística de la locura em México” (1887), encontrou ampla evidência de “‘impressões dolorosas’ entre as mulheres que, depois de experimentar tristeza, medo ou amor não correspondido, tornaram-se pavorosas pacientes do Hospital Divino Salvador”, no México (GARZA, 2022: 122). Tratando das mulheres pobres no Brasil urbano, Rachel Soihet observa que muitas das ideias das mulheres dos segmentos dominantes influenciavam fortemente às mulheres populares, que “mantinham, por exemplo, a aspiração ao casamento formal, sentindo-se inferiorizadas quando não casavam” (SOIHET, 2004: 367).

Além disso, Antonella se dizia “perseguida por vozes que lhe repetiam constantemente que ela se achava seriamente doente, que procurasse médico e ainda diziam outras coisas que muito aborreciam”. É interessante observar que o conteúdo da alucinação auditiva dessa paciente se cruza com a questão do paradigma médico. Antonella viveu essa espécie de morte dentro dos muros da assistência psiquiátrica, de onde teve alta por óbito, depois de 43 anos, em setembro de 1967. Segundo dados do questionário “Observações do Pessoal da Vigilância” colhidos pela enfermeira Flávia Maria da Rocha, a paciente era agressiva e se queixava da sua internação, dizendo “que

---

<sup>904</sup> N. 1.906, Livro 16 de Observação. Procedeu da Secretaria de Polícia e foi internada pela RCP. Ingressou no hospício em abril de 1924, sendo transferida para a colônia em agosto de 1925. Trabalhava na costura, o tratamento foi *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

podia estar descansada em sua casa”.<sup>905</sup> Na colônia, era visitada apenas por uma amiga, que era tratada por ela muito bem. Ela permaneceu por quase vinte anos na Colônia de Engenho de Dentro, de onde saiu transferida em março de 1945 para a CJM.

A frustração em relação a um antigo noivo também produziu impressões dolorosas em Maria Odília Pinheiro,<sup>906</sup> branca, brasileira, solteira, operária, 38/40 anos, diagnosticada, na primeira internação, com histeria e demência precoce e, na segunda, com psicose periódica e síndrome histeroide. Segundo Gustavo de Rezende, a paciente informava somente que sua mãe falecera no hospício, “por ter ficado louca em consequência do desgosto de ter perdido dois irmãos. Seu pai morreu de doença do coração”. Dos seus treze irmãos, nove estavam mortos. Maria Odília conta ter vindo já adulta do Mato Grosso, sua terra natal, para o Rio, onde “viveu em companhia de uma irmã, trabalhando em fazer cigarros para a fábrica”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava “calma, desorientada no tempo, orientada no espaço e com orientação autopsíquica, tinha a atenção dispersa e juízo e raciocínio ressentiam-se de um diminuído criticismo, revelando seus distúrbios em falsas percepções e ideias delirantes”. Julga ver um primo que foi seu noivo, ao avistar qualquer velho que esteja perto do seu leito. Diz ser perseguida pelo tal noivo, “que, para amar outra mulher, faz tudo para desgostá-la”. A afetividade foi vista pelo médico como anormal em termos de duração e intensidade e a vontade como fraca. No âmbito da troficidade, Rezende destacou que a paciente tinha a pele no rosto e no pescoço muito enrugada; toda flácida, o tecido conjuntivo subdérmico reduzido, a musculatura um tanto flácida e a arquitetura óssea regular. Faltavam todos os dentes, os cabelos eram quase todos brancos e os pelos pouco abundantes e distribuídos regularmente na axila e no púbis. No rosto e no tórax, observava-se a presença de efélides. Tinha cicatrizes de feridas resultantes de sarna disseminadas no corpo. O destino de Maria Odília acabou seguindo o da progenitora: faleceu na colônia em outubro de 1937 de uma arteriosclerose generalizada, ancilostomíase e caquexia.

---

<sup>905</sup> Prontuário de internação A. N. Localização: IMAS-JM.

<sup>906</sup> N. 181 e 864 (Livro 5 de Observação), não foi observada na primeira matrícula. Foi internada no HN em janeiro de 1911 e outubro de 1912, sendo transferida para a colônia, respectivamente, em setembro de 1911 e janeiro de 1916. Consta que passou ainda pelo hospício em 1904, tendo o diagnóstico de histeria. Na primeira internação, foi apresentada à polícia por seu irmão, que era tenente; na segunda, entrou pelo 19º DP. Nos dois casos, foi internada pela RCP. Não trabalhava. Foi, na primeira vez, eliminada em outubro de 1912 por não ter retornado de uma licença obtida em abril deste ano. Por fim, faleceu em outubro de 1937. Permaneceu inicialmente sete meses na colônia, e depois quase 22 anos. Pelas datas de entrada e saída na assistência psiquiátrica, é possível que tenha ficado no ambiente familiar de 1913 a 1915.

Carmelita Olaso<sup>907</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, 34 anos, diagnosticada com psicose periódica) atribuía a sua internação a conflitos com a mãe relacionados à vizinhança. Em julho de 1927, a paciente contou ao Dr. Gustavo de Rezende que foi internada no HN “pela primeira vez por seu irmão” e a segunda vez a força pela polícia, vinculando “as suas entradas no Hospício Nacional às lutas constantes que tinha com sua mãe por questões de vizinhos”. A paciente informou ainda que tinha o pai vivo, e a mãe e um irmão mortos. Seu irmão era capataz<sup>908</sup> da Saúde Pública e faleceu por ocasião da gripe epidêmica de 1918. No exame direto, o médico apontou que ela se apresentava “calma, risonha, orientada no meio e no tempo”, tinha a inteligência viva, “respondendo às perguntas que lhe são feitas e fazendo observações acertadas” e agitava-se “com facilidade, tornando-se agressiva”; “dorme as noites em sobressalto, despertando por vezes a gritar que homens querem agarrá-la para dormir junto”. Tinha alucinações auditivas, “ouvindo vozes do outro mundo” e ideias persecutórias, “dizendo-se perseguida por homens”. A afetividade achava-se diminuída, por vezes tentava “agredir a sua cunhada, única visita que tem na colônia”. Cabe aqui um parêntese a respeito das visitas: até meados dos de 1930 não havia registro a respeito de visitas às pacientes, e tomando por base as observações do pessoal de vigilância da CGR, as visitas seriam raras. Voltando ao tema da internação, não sabemos que questões envolvendo a vizinhança teriam levado mãe e filha a se desentenderem, mas Carmelita era, de acordo com a mentalidade da época, uma “solteirona” e, ao que parece, apresentou algum comportamento considerado anormal (provavelmente a ideia que era perseguida por homens), na visão de sua família e/ou vizinhos.

Carla Pinsky explica que a expressão solteirona designava a mulher que havia passado da idade de se casar, sendo “estigma, sinal de fracasso e esquisitice num tempo em que o casamento era garantia da ordem social e o destino dourado de toda mulher” (PINSKY, 2013: 490). O imaginário social era carregado de retratos da solteirona: “a frustrada; a despeitada; a ‘caçadora de maridos’; a tia que favorece seus protegidos; a filha que não abandona os pais; a ‘professora severa’, pouco atraente e sem vida social para além dos muros da escola” (PINSKY, 2013: 491). Durante a primeira metade do século XX, as chamadas solteironas estavam “condenadas à abstinência sexual” e, além

---

<sup>907</sup> N. 911, Livro 6 de Observação. Procedeu da “secretaria” e foi internada pela RCP. Ingressou no hospício em agosto de 1915, sendo enviada para a colônia em fevereiro do ano seguinte. Trabalhava na costura (1927), o tratamento era balneoterapia e clinoterapia e o prognóstico foi desfavorável.

<sup>908</sup> O capataz era um funcionário responsável pelas cargas e descargas de gêneros que entravam na instituição.

disso, tinham de “ser discretas e até um tanto sisudas para evitar as más línguas e contentar a todos que insistem em controlar seus passos” (PINSKY, 2013: 490). Carmelita seria uma solteirona “temida pelas ‘bem casadas’ ciosas de seus maridos” de que nos fala Carla Pinsky? (p. 490). De todo modo, é possível perceber que o comportamento dessa mulher classificada com psicose periódica denunciava a tensão entre a rua e a casa, ou seja, entre os espaços privado e público. Carmelita teve alta por óbito em março de 1943 (não consta a *causa mortis*), depois de permanecer na colônia por 27 anos.

Albertina do Nascimento,<sup>909</sup> a única mulher preta desse grupo (brasileira, solteira, doméstica, 42/43 anos, diagnosticada com parafrenia), informou ao médico “que foi levada para o hospital por ser as vergonhas de um seu irmão que resolveu promover o seu internamento”. Na visão do médico, a paciente parecia ter “tido várias crises de agitação com intervalos lúcidos” e atualmente estava procurando dissimular. No exame direto, apontou que ela se apresentava “calma, orientada no meio e no tempo”, mas à noite tem sido surpreendida por alucinações visuais. Parecia afetiva com os seus parentes e, apesar de ser de compleição franzina, gostava de trabalhar e auxiliava os serviços da copa. Foi eliminada do quadro de pacientes em outubro de 1943 por não ter sido capturada após evasão. Não sabemos porque Albertina seria “as vergonhas” de seu irmão, mas é possível supor que se tratasse de uma preocupação com a honra sexual.

Nas internações das viúvas Antônia de Moraes<sup>910</sup> e Eulália Cordeiro,<sup>911</sup> vemos a questão do luto. Antônia (branca, portuguesa, sem profissão, 33 anos, diagnosticada com loucura maníaco-depressiva) tinha o pai falecido de *ictus* apoplético e não sabia informar se a mãe ainda era viva. Contou a Gustavo de Rezende que se casou aos 17 anos, tendo do seu matrimônio seis filhos e um aborto. Aos 22 anos, veio para o Brasil e aos 30 anos “perdeu o marido que morreu sob as rodas de um trem. Com a tristeza da morte do marido começou a ficar com inapetência, insônia e finalmente apareceram sintomas de

---

<sup>909</sup> N. 1.845, Livro 15 de Observação. Procedente do 20º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em junho de 1923, sendo enviada para a colônia em maio de 1924. Obteve três licenças de seis meses ao longo do internamento: em setembro de 1924, setembro de 1926 e dezembro de 1932, retornando sempre muito antes do prazo. Esteve várias vezes na SPC. Trabalhou na copa, o tratamento foi clinoterapia, balneoterapia e sedol, e o prognóstico, sem esperança. Permaneceu mais de dezenove anos na colônia.

<sup>910</sup> N. 1.995, Livro 17 de Observação. Foi apresentada e internada no HN por sua cunhada; era pensionista de 4ª classe. Foi internada em março de 1923, sendo transferida para a colônia em novembro de 1926. Inicialmente não trabalhou, depois se dedicou aos bordados, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico sem esperança. Obteve uma licença de doze meses em setembro de 1929, regressando em dezembro do mesmo ano.

<sup>911</sup> N. 2.067, Livro 17 de Observação. Procedente e internada pelo 22º DP. Ingressou no HN em julho de 1926, sendo enviada para a colônia em novembro de 1927. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door*, e prognóstico, favorável.



desequilíbrio mental, pelo que seu irmão, que a protegia, resolveu interná-la no Hospital Nacional”. No livro de matrícula, consta que a paciente foi apresentada no HN por sua cunhada Walquiria Pinheiro. Pela narrativa do médico, a internação foi entendida pela paciente como um gesto de proteção por parte do irmão. Segundo Gustavo de Rezende, Antônia estava calma e orientada e não revelava presentemente perturbações psicossensoriais nem ideias delirantes. Ela permaneceu quase sete anos na assistência psiquiátrica, sendo pouco mais de três anos na colônia. Foi eliminada do quadro de pacientes da instituição em fevereiro de 1931, por não retornar de uma licença de doze meses obtida em fevereiro de 1930.

Eulália Cordeiro (branca, brasileira, 55 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva) também tinha o pai falecido e vivenciava um doloroso luto, no caso pela mãe. Ela atribuía “a sua doença atual ao [ilegível] golpe pelo qual passou com a morte de sua mãe. É a segunda entrada no Hospital Nacional, tendo sido todas as vezes internada pelo seu irmão”. No exame direto, Gustavo de Rezende ainda apontou que a paciente se apresentava agitada, chorando muito, desorientada (meio e tempo), com a atenção móvel e associando as ideias com dificuldade; o juízo e o raciocínio revelavam imperfeições, tendo “a doente ideias de ruína, de queixumes; dizendo-nos não ter mais prazer na vida, estar sempre aborrecida”. A afetividade mostrava-se um tanto embotada e a vontade diminuída, “passando os dias emotiva, não cuidando da própria roupa”. Ela permaneceu na assistência psiquiátrica por um ano e cinco meses, sendo 36 dias na colônia, de onde saiu transferida para o HN em dezembro de 1927.

Entre as pacientes da amostra analisada duas eram irmãs e foram levadas, no mesmo dia, ao Instituto Médico-Legal. Elisa<sup>912</sup> e Amélia Abreu<sup>913</sup> (brancas, brasileiras e solteiras) foram internadas no HN pela RCP em 31 de janeiro de 1924 e transferidas para a colônia em 24 de março desse ano. A primeira era costureira e tinha 46 anos, já a segunda foi registrada como sendo professora e possuindo 54 anos. Amélia chegou do HN com o diagnóstico de psicose induzida e, na colônia, foi acrescentado o de parafrenia, o mesmo diagnóstico atribuído à sua irmã. O trabalho, o tratamento e o prognóstico também eram os mesmos: costura, *open-door* e desfavorável. Na sua observação médica, Elisa informou que tinha os pais falecidos de arteriosclerose e uma irmã internada na colônia. Sobre sua história, o médico Plínio Olinto apontou o seguinte:

---

<sup>912</sup> N. 1.839 e 2.635, Livros 15 e 23 de Observação.

<sup>913</sup> N. 1.841, Livro 15 de Observação.

Teve perturbações menstruais. Faz datar desta época a sua primeira crise de agitação. Diz que quando estava agitada era amordaçada e coagida a permanecer imóvel. Atribui o seu internamento no hospital ao capricho de um seu irmão que se queria ver livre dela e de sua irmã.

Capricho é uma vontade repentina, súbita, sem justificativa, um arbítrio, ou seja, o irmão dessas pacientes teria tido simples vontade de interná-las no manicômio. No seu exame direto, Olinto caracterizou a paciente como desconfiada e pouco expansiva, o que ele não relacionou aos maus-tratos que ela sofria em casa, mas sim considerou como uma tentativa de dissimular os seus distúrbios mentais. Ao fim e ao cabo, era uma paciente que parecia buscar, de alguma forma, se adaptar ao manicômio, mas que, talvez, por isso tenha gerado certa desconfiança por parte do médico:

Apresenta-se calma, compleição regular, cuidadora de si e de suas roupas. Mostra-se atenciosa, mas desconfiada, pouco expansiva, não fala muito, trabalha vagarosamente, a doente dissimula bastante os seus distúrbios mentais pelo que, no momento da entrada, fica deficiente a sua observação.

Na anamnese de Amélia, era destacado que ela tinha uma irmã internada na colônia “com uma psicose idêntica à sua”. Ao apontar essa semelhança, os médicos, em geral, buscavam salientar a questão das taras hereditárias e não o papel do ambiente. Ainda segundo o médico, a paciente fazia “referência a várias contrariedades que tem tido na família. Esteve já internada na colônia de Barbacena e no Hospital Nacional, de onde veio transferida”. Essa paciente foi assim caracterizada por Plínio Olinto:

Apresenta-se calma, bem orientada, porém um pouco [rosnada] em suas respostas. Toca piano e procura empregar o seu tempo. A doente às vezes permanece longo tempo só, parecendo monologar, sem, contudo, deixar transparecer seus solilóquios.

Elisa ficou fora da colônia de janeiro a junho de 1933, após sair com uma alta melhorada. Quando retornou em junho, já entrou diretamente pelo Serviço Aberto do Pavilhão Epitácio Pessoa. As duas acabaram morrendo na colônia. Em maio de 1928, Amélia faleceu de arteriosclerose generalizada e autoinfecção intestinal e em outubro de 1935, Elisa foi a óbito por tuberculose e apoplexia pulmonar. Amélia permaneceu pouco mais de quatro anos na colônia e Elisa mais de dez anos. Também é importante destacar que as observações médicas dessas irmãs, classificadas como parafrênicas, diferem bastante das observações da maioria das pacientes com esse diagnóstico, inclusive de Antonella Nader e Albertina do Nascimento, que também foram analisadas nesta seção. Em geral, essas pacientes apresentavam ideias delirantes e alucinações e nenhuma das

duas irmãs tinham esses sintomas mas, ao contrário, eram consonantes em denunciar a hostilidade da família. O diagnóstico severo de parafrenia parece ir ao encontro da necessidade do esforço de invalidação de suas falas.

Por último, apresentamos o caso de Joanna da Cunha,<sup>914</sup> branca, brasileira, solteira, 36 anos, classificada como maníaco-depressiva e surda-muda, que foi observada por Gustavo de Rezende, que registrou que a paciente não sabia o alfabeto manual dos surdos-mudos, pelo que não havia sido possível obter qualquer informação quanto aos seus antecedentes pessoais e familiares. O médico anotou que, segundo um parente, seu pai faleceu de tuberculose pulmonar e a mãe de um *ictus* apoplético. No exame direto, apontou que a paciente se apresentava de humor alegre mas, desde que chegou na colônia, “manteve-se inativa, permanecendo sentada a maior parte do dia”.

Em 16 e 17 de fevereiro de 1932, virou notícia de jornal o desaparecimento de apólices no nome de Joanna da Cunha, que havia, inclusive, sido dada como morta no âmbito da Caixa de Amortizações. De acordo com as matérias de jornal, a paciente estava viva, se encontrava “internada na Assistência a Psicopatas, em virtude de ser surda e muda”<sup>915</sup> e tendo como curador um irmão seu desde 1919, o qual, ao requerer da Caixa o pagamento dos juros das apólices federais pertencentes à sua curatelada, descobriu que as apólices em questão haviam sido transferidas para outra pessoa em 1923 pelo juiz de direito da comarca de Barra Mansa (RJ). Ao fim e ao cabo, duas apólices de 200\$000 foram vendidas e outra de um conto de réis foi resgatada.<sup>916</sup> Sem conseguir elucidar o caso e vendo indícios de crime, a 1ª Delegacia Auxiliar encaminhou-o para o exame das autoridades judiciárias.<sup>917</sup> O irmão, de acordo com a reportagem, justificava a interdição pelo fato de Joanna ser surda-muda de nascença. Não era mencionada em nenhum momento a questão da doença mental (psicose maníaco-depressiva), então, possivelmente, ela estava na assistência psiquiátrica apenas por ser portadora de deficiência auditiva. A história de Joanna e também de outras, como Lídia Moreira da Costa, internada por seu sobrinho, mostra a existência, mesmo em uma instituição destinada a alienadas indigentes, de pacientes mais abonadas economicamente.

---

<sup>914</sup> N. 2.061, Livro 17 de Observação. Procedente e internada pelo 20º DP. Ingressou no HN em outubro de 1927, sendo enviada para a colônia 26 dias depois. Obteve uma licença de seis meses em agosto de 1928, regressou em outubro de 1928. Trabalhou na costura, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável.

<sup>915</sup> AS APÓLICES desapareceram. *O Jornal*, ano XIV, n. 4.076, 17 de fevereiro de 1932, p. 14.

<sup>916</sup> COMPLICAÇÕES em torno de umas apólices. *Diário da Noite*, ano IV, n. 629, 16 de fevereiro de 1932, p. 2.

<sup>917</sup> EM TORNO de uma pequena herança: uma grande trapalhada. *Jornal do Brasil*, ano XLII, n. 40, 17 de fevereiro de 1932, p. 12.

Em seu estudo sobre as instituições psiquiátricas na Argentina, Jonathan Ablard percebeu que, além de problemas estruturais e de ordem médica, “a fraca supervisão legal também tornou difícil para os pacientes manter o controle sobre a propriedade e as finanças pessoais”. Ainda segundo o autor, “a ausência de direitos civis plenos para as mulheres e a tradição de depositar parentes do sexo feminino podem ter tornado as mulheres mais suscetíveis a esse tipo de abusos” (ABLARD, 2008: 100). Joanna permaneceu por quase oito anos na colônia, deixando a instituição de Engenho de Dentro transferida para o HN em outubro de 1935 por ser agitada e agressiva.

As internações de mulheres por seus irmãos apontavam para esse não-lugar das mulheres sem marido. Eram mulheres marcadas por promessas de casamento não cumpridas, esposas abandonadas pelos maridos, solteiras faladas na vizinhança, viúvas que vivenciavam lutos dolorosos ou “solteironas”, que, após a morte dos pais, atrapalhavam, de algum modo, provavelmente financeiro, o plano dos irmãos, como parecia ser o caso das irmãs Elisa e Amélia e, também, de Joanna. Se é possível pensar que o fato de Joanna ser surda-muda, de acordo com a visão da época, representasse um fardo para a família, por ela não estar “em condições de encontrar uma ocupação ou um marido”, como observa Molinari em relação a uma paciente do hospital psiquiátrico Quarto el Mare (Genova, Itália) (MOLINARI, 2005: 389), Elisa e Amélia, ao contrário, tinham profissão, mas, de todo modo, tratava-se de mulheres sem marido, cujas vidas estavam completamente à mercê do poder e da “proteção” dos irmãos.

### Maridos

Das dezesseis mulheres internadas pelos maridos, nenhuma era preta, três eram pardas e treze brancas, das quais duas portuguesas. As demais eram brasileiras. Uma mulher branca internada pelo marido foi matriculada como solteira e não como casada. As idades variaram de 23 a 50 anos. Duas pacientes foram apresentadas no HN pelo esposo, sendo admitidas como pensionistas de 2ª e 4ª classes, uma outra paciente procedia da Colônia de Vargem Alegre e as outras trezes entraram com guias da polícia. Os diagnósticos foram: psicose maníaco-depressiva/psicose periódica (três), demência precoce (três), e, com um caso cada um, psicose maníaco-depressiva e sífilis cerebral, psicose maníaco-depressiva e esquizofrenia, histeria e psicose maníaco-depressiva forma maníaca, delírio sistematizado alucinatório crônico, delírio episódico, epilepsia, sífilis cerebral, debilidade mental, parafrenia sistemática e psicose de involução. Essas pacientes saíram da colônia por eliminação da matrícula por não se apresentar no prazo

final da licença (quatro), por transferência para o HN (uma) e para a CJM (três), alta (duas) e óbito (seis). Dentre o conjunto de mulheres internadas por seus maridos, dispomos das observações médicas de treze delas e selecionamos seis para apresentar a seguir.

Antes de apresentarmos as histórias clínicas dessas pacientes, é importante lembrar, em primeiro lugar, que na união conjugal a mulher ocupava um lugar subordinado ao chefe da casa. No Código Civil brasileiro de 1916, “o marido é o representante legal da família e a esposa, sem plena capacidade civil, precisa de autorização do cônjuge para trabalhar e negociar” (PINSKY, 2013: 486). Em segundo lugar, como nos informam Marina Maluf e Maria Lúcia Mott, o referido Código Civil determinava o modo como cada um dos cônjuges deveria ser identificado socialmente: “ao marido cabia prover a manutenção da família, à mulher restava a identidade social como esposa e mãe. A ele, a identidade pública; a ela, a doméstica” (MALUF; MOTT, 1998: 379). Além disso, a mulher era responsável pela honra familiar, o que, segundo as autoras, “significa dizer que o julgamento do comportamento do marido pela sociedade dependia em grande parte do comportamento da mulher” (MALUF; MOTT, 1998: 382). Nesse sentido, revistas destinadas ao público feminino, no início do século XX, ensinavam às leitoras maneiras de se comportar no espaço doméstico e no mundo. Na *Revista Feminina*, lemos o seguinte:

“a esposa, a boa dona de casa sabe perfeitamente quais os gostos do marido, seus pratos preferidos e a maneira pelo qual os quer arranjados. Ela sabe tudo: o lugar que o marido gosta mais de estar, a cadeira escolhida, o descanso para pôr os pés [...]. Quando o marido lê não o interrompe, nem deixa perturbá-lo sem motivo. Mas se ele lhe fala do que a leitura sugere, a esposa mostra-se interessada — ou procura interessar-se pelo assunto — porque em tudo quer ser agradável ao marido, e isso agrada-lhe sem dúvida. Tudo isso são pequeninos nada. Pois esses pequeninos nada é que têm maior importância na vida” (O menu do meu marido, 1920) (MALUF; MOTT, 1998: 389).

Como veremos a seguir, as pacientes internadas pelos maridos mencionaram com maior frequência nas observações médicas sintomas de tristeza e irritabilidade, o que era visto como algo anormal nas mulheres, sobretudo casadas, que deviam assumir, de acordo com a mentalidade dominante, os papéis de esposa submissa e mãe e dona de casa cuidadosa. Além disso, observamos também que algumas pacientes vivenciaram situações de vulnerabilidade, especialmente durante o puerpério e a menopausa.

Esse foi o caso de Josepha Sant'Anna,<sup>918</sup> branca (cafuza), natural de Minas Gerais, casada, doméstica, analfabeta, 23 anos, diagnosticada com psicose periódica. Em outubro de 1920, a paciente foi observada por Waldemar de Almeida, que apontou que ela havia sido internada, pela primeira vez, após uma suspensão do catamênio, sendo que “desta vez seu marido a internou por ter ficado zangada, dois meses depois de um parto”. Josepha tinha, segundo o médico, dois filhos, vivos e fortes e estava “satisfeita no meio; quer ir para casa, para tratar de seus filhos”. Ele registrou ainda que a paciente nunca foi dada ao tabagismo, mas fazia uso de bebidas alcoólicas; que seu estado mental era, atualmente, satisfatório; se apresentava orientada (tempo, meio e lugar), tinha a memória conservada e vontade, atenção e julgamento presentes; trabalhava em costuras com proveito e era “de bom humor, obediente e serviçal”. Portanto, a princípio, essa paciente teria tudo o que a sociedade e o marido esperavam de uma mãe-esposa-dona de casa, mas isso não impediu sua institucionalização em momentos de fragilidade física e emocional. Ela permaneceu mais de dez meses na assistência psiquiátrica, sendo três meses na colônia. Foi eliminada do quadro de pacientes em junho de 1921 por não retornar de uma licença de seis meses obtida em 1º de dezembro de 1920.

Na história da paciente Adelaide Pinho<sup>919</sup> (branca, brasileira, doméstica, 28 anos, diagnosticada, na primeira internação, com psicose maníaco-depressiva e, na segunda, com esta psicose e esquizofrenia), havia a impressão dolorosa causada por um acidente doméstico. Adelaide contou ao Dr. Gustavo de Rezende que se casou aos 15 anos e que tinha duas filhas sadias. Referia-se, segundo o médico, “a um desgosto que teve com um acidente que se deu em sua casa, de que resultou sua filha ficar quase cega; daí por diante vivia chorando, e seu marido resolveu então interná-la no Hospital Nacional”. Rezende destacou que a paciente se apresentava calma, orientada (meio e tempo), lembrava-se “bem dos fatos antigos e recentes, notando-se, porém, que é um pouco reticente e procura esconder os fatos íntimos” e tinha a afetividade presente, dizendo querer ter notícias e, também, ver seus filhos. Em 1939, depois de mais de catorze anos de asilamento, ela foi considerada judicialmente incapaz, sendo decretada a sua interdição e nomeado curador

---

<sup>918</sup> N. 1.506, Livro 12 de Observação. Procedeu da 2ª Seção da Secretaria de Polícia e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em janeiro e na colônia em setembro de 1920.

<sup>919</sup> N. 1.975 e 2.332, Livros 16 e 20 de Observação; o livro 20 não foi encontrado. Procedeu e foi internada pela delegacia do 20º DP. Ingressou no hospício em 29 de dezembro de 1925, sendo enviada para a colônia em junho de 1926 e novembro de 1930 (duas entradas sem sair do circuito de assistência). Obteve uma licença de seis meses em 28 de dezembro de 1926, regressando em 3 de janeiro de 1927, seis dias depois. Saiu transferida em março de 1930 por não ser adaptável ao regime colonial. Trabalhava na costura, o tratamento foi *open-door* e o prognóstico, favorável.

um tutor judicial, de acordo com uma nota da 1ª Vara de Órfãos e Ausentes, publicada no *Jornal de Commercio* em 21 de setembro de 1939.<sup>920</sup> No dia seguinte, no mesmo jornal, era informado que o marido da paciente era considerado inidôneo para atuar como curador.<sup>921</sup> Esse fato sugere que o objetivo do marido não era cuidar dos interesses da esposa “alienada” e das necessidades da família.

Sobre isso, vale notar que o administrador da colônia, Álvaro Cardoso, em um texto de 1930 intitulado “Assistência aos insanos sob o ponto de vista administrativo, social e econômico”, defendia que, além de leis que assegurassem os bens dos alienados, era necessário criar “leis coercivas, de ordem social, tendentes a impedir abusos e atos que afetem os bons costumes e não raro o próprio estado mental do doente”. Nestes casos, encontravam-se, segundo Cardoso, “a doente casada, cujo chefe de família consegue a sua internação a título gratuito em um manicômio, e, aos poucos, se vai afastando da doente até a ocasião em que se lhe afigure propícia para abandoná-la definitivamente, julgando-se assim livre para constituir novo lar, embora sem o amparo da lei e da moral”.<sup>922</sup> Adelaide foi transferida em abril de 1945 para a CJM. Ao todo permaneceu em torno de dezoito anos na Colônia de Engenho de Dentro, quase quatro anos na primeira internação e mais de catorze anos na segunda.

Já a paciente Amália Rocha,<sup>923</sup> parda, brasileira, casada, doméstica, 35 anos, diagnosticada com delírio sistematizado alucinatório crônico, foi marcada pela falta de afeto de seus parentes, especialmente do marido, e pela experiência de ter perdido seis dos seus oito filhos. A Gustavo de Rezende, a paciente informou que não conheceu sua mãe e que seu pai era vivo e forte; e que se casou com 19 anos e teve “1 aborto e 8 gestações a termo, só existindo presentemente 2 filhos; os seus 6 filhos que deixaram de existir morreram com febre alta e dando gritos”. Disse ainda, segundo o médico, “que desde criança o seu humor foi triste, sendo muito sensível, chorando frequentemente, atribuindo a sua tristeza à falta de carinhos dos seus parentes”. Também “julga-se infeliz no seu casamento, pois, além da morte de seus filhos, ainda encontrava o gênio diferente de seu marido, que parecia não gostar dela”. Por outro lado, Amália informou que a sua

---

<sup>920</sup> JUÍZOS de Direito. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 112, n. 301, 21 de setembro de 1939, p. 7.

<sup>921</sup> JUÍZOS de Direito. 1ª Vara de Órfãos e Ausentes. *Jornal do Commercio*, ano 112, n. 302, 22 de setembro de 1939, p. 7.

<sup>922</sup> CARDOSO, Álvaro. *Assistência aos insanos...*, 1930, p. 6.

<sup>923</sup> N. 2.024, Livro 17 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 20º DP. Ingressou no hospício em janeiro e na colônia em maio de 1927. Trabalhou na costura, tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança. Obteve uma licença de seis meses em dezembro de 1928, regressou em março de 1929.

doença “começou depois que passou a frequentar sessões espíritas e a estudar o espiritismo. Apareceram então insônia, inapetência, crises de choro e uma tristeza invencível, um ciúme terrível, ouvindo vozes dos invisíveis e vendo vultos. Por vezes era choro de crianças que ouvia, outras vezes eram vozes chamando-a pelo nome”. Até que “um dia seu marido levou-a um médico para consultar e este pediu exame de sangue, pelo que seu marido a conduziu até o Hospital Nacional”. Rezende apontou que a paciente estava orientada (tempo e meio), era inteligente, “descrevendo diversos acontecimentos de sua vida com minúcia e acentuando certos fatos”, associava bem as ideias, e tinha a atenção boa, a memória regular e o humor triste, “tendo de quando em vez crises de choro”. Manifestava alucinações (auditivas e visuais), “ouvindo vozes que se lamentam, vendo vultos horríveis, pelo que a doente mesma diz que isto lhe é muito penoso”, e ideias melancólicas, “afirmando sempre que é infeliz na vida; foi infeliz com os filhos e com o casamento”. A emotividade se achava exagerada e a afetividade presente, “não cessando de falar de seus filhos, dizendo que sempre gostou de seu marido, não sabendo a que atribuir a sua indiferença para com ela”. A observação de Gustavo de Rezende mostra-se em consonância com a descrição da forma clínica fundamentada por Henrique Roxo no Congresso Médico de Londres (1913). Segundo Roxo, o delírio sistematizado crônico “é uma doença, em que depois de uma fase mais ou menos longa de zumbidos de ouvido e distúrbios multifários da cenestesia, surgem alucinações do ouvido e constitui-se um delírio de perseguição”, um delírio lógico, coerente e perfeitamente sistematizado (ROXO, 1938: 93).

Amália não era a única paciente que sofria violência doméstica, nesse caso principalmente psicológica, e relacionava seu distúrbio mental ao espiritismo. Igualmente, havia um grande interesse por parte dos médicos, nesse período, de relacionar a loucura a essa religião, especialmente devido ao fato de que muitos familiares buscavam, antes de optar pela internação psiquiátrica, no espiritismo a cura para os males de suas parentes. Já a menção ao exame de sangue é um indício de que essa paciente, como tantas outras internas, foi levada enganada para o manicômio. Amália foi, enfim, marcada dolorosamente pela perda de seis dos seus oito filhos e pela indiferença do marido e acabou enlouquecendo. Ela permaneceu na Colônia de Engenho de Dentro dezoito anos, sendo transferida para a CJM em maio de 1945.



A história da paciente Constança Gaspar,<sup>924</sup> branca, portuguesa, casada, doméstica, 50 anos e diagnosticada com psicose de involução, evidencia o papel das relações familiares e, também, com a vizinhança na internação. Constança referiu na observação médica feita por Gustavo de Rezende que “por questões com o marido e com vizinhos, se aborrecia tanto que levava a chorar e a zangar-se. O seu marido dizendo então ir levá-la ao médico, internou-a no Hospital Nacional”. O médico apontou que a paciente tinha o humor triste, “diz chorar muito pensando na vida”, e a afetividade presente, “diz ter saudades do seu marido e pede que a deixem ir para a sua casa”. Ela permaneceu, a princípio, pouco mais de três anos na colônia, deixando a instituição com uma alta médica em maio de 1926. A psicose de involução, segundo Roxo, ocorre quando se inicia a decadência cerebral, o que na mulher passa pela menopausa e no homem pelo climatério. Mal irrigado, o cérebro origina “a tristeza, o pessimismo, a irritabilidade, a dificuldade em prestar atenção às cousas e em fixar na memória o que vai ocorrendo. Frequentemente lamuriosos, vivem os doentes a se queixar de uma ansiedade extrema e a chorar uma miséria que não existe” (ROXO, 1938: 95-96).

Por fim, apresentamos as histórias clínicas de duas pacientes com o diagnóstico de sífilis cerebral. Aurinda Garcia,<sup>925</sup> internada como pensionista no HN pelo esposo (consta no livro de matrícula o nome do esposo), branca, brasileira, casada, sem profissão, 28 anos, foi retirada da assistência psiquiátrica por sua mãe, seis meses após sua transferência para a colônia, mediante uma licença médica, sendo, no entanto, novamente internada no HN, onde faleceu em junho de 1930, conforme consta num obituário do jornal *O Paiz*.<sup>926</sup> Como veremos no último capítulo, não foi incomum familiares solicitarem licenças médicas na colônia para depois reinternarem seus parentes no HN. Ao que tudo indica, ela permaneceu pouco mais de seis anos na assistência psiquiátrica. Segundo Gustavo de Rezende, Aurinda mantinha-se “em um mutismo absoluto” e “completamente indiferente”, “a saliva corre pelas comissuras labiais, seus cabelos sem o menor trato, a roupa em desalinho, tendo a blusa molhada pela saliva. Tem estereotipia de movimentos, o que às vezes é substituído por imobilidade, ficando durante algum tempo de pé em um só lugar, sem se mexer”.

---

<sup>924</sup> N. 1.792, Livro 15 de Observação. Procedeu da 1ª. Delegacia Auxiliar e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em março e na colônia em abril de 1923. Obteve uma licença de seis meses em março de 1924, prorrogou em setembro, e retornou em novembro deste ano. Trabalhava na costura, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança.

<sup>925</sup> N. 2.121, Livro 18 de Observação. Ingressou no HN em janeiro de 1924, sendo enviada para a colônia em agosto de 1928. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>926</sup> OBITUÁRIO de ontem. *O Paiz*, ano XLVI, n. 16.667, 10 de junho de 1930, p. 4.

A outra paciente, além de sífilis cerebral, foi diagnosticada com psicose periódica. Tratava-se de Virgínia Paiva,<sup>927</sup> branca, portuguesa, casada, doméstica, sabia ler e escrever e tinha 48 anos. Virgínia contou a Gustavo de Rezende que se casou aos 25 anos e teve sete filhos a termo, um natimorto e um aborto. A paciente atribuía, em parte, a sua doença à leitura de livros de espiritismo, os quais a impressionaram muito, e entendia que o seu desequilíbrio havia começado “após um ataque que teve, quando se achava em uma igreja, seguindo-se a este ataque insônia, visões, agitação, pelo que foi internada no Hospital Nacional pelo seu marido”. Rezende apontou que ela era um pouco emotiva, tinha a afetividade presente e trabalhava na colônia, “prestando leves serviços, agitando-se, porém, de quando em vez, aparecendo então insônia, teimosia, choro, inapetência”. Segundo Ernani Lopes transcrevia em fevereiro de 1932, a paciente foi diagnosticada, em dezembro de 1926, com lues quaternária pela Fundação Gaffrée-Guinle, sendo então iniciado o tratamento com o “914”. Porém, segundo Lopes, o tratamento precisou ser suspenso na oitava injeção de 0,30, em razão da paciente ter se mostrado muito refratária a ele. Virgínia obteve a primeira licença médica na colônia depois de seis anos de internamento. Ela parece ter sido uma paciente institucionalizada pelo marido e desinstitucionalizada pelos filhos já bem mais velha. Permaneceu, a princípio, vinte anos e meio na assistência psiquiátrica, dos quais quase dezessete foram na colônia, de onde saiu com alta no dia 9 de abril de 1934.

Assim, as pacientes internadas pelos maridos mencionaram com maior frequência nas observações médicas sintomas de tristeza e irritabilidade. Além disso, observamos também que algumas delas vivenciaram situações de vulnerabilidade dentro de seus lares, devido a processos naturais como puerpério e menopausa, a acidentes domésticos e experiências de perdas e lutos relacionados aos filhos e a violências sofridas por parte do marido. A internação aqui era um sinal não apenas de doença mas também de que a mulher não cumprira adequadamente seus papéis de esposa, mãe e dona de casa.

## Filhos

---

<sup>927</sup> N. 1.161, Livro 8 de Observação. Procedeu do 20º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no hospício em outubro de 1913, sendo transferida para a colônia em junho de 1917. Obteve ao todo cinco licenças e duas prorrogações de licença, saindo nos seguintes anos: 1923, 1926, 1930, 1932 e 1933. Esteve na Sala Paulo Costa trinta vezes ao longo dos anos de 1920. O tratamento foi balneoterapia, sedol, luminal e dormiol, depois mudou para balneoterapia, clinoterapia e sedol. Trabalhou na horta e no galinheiro, e o prognóstico foi favorável.

Seis mulheres foram internadas por filhos; três eram brancas, uma parda, uma preta e uma sem informação. Quanto às nacionalidades, havia quatro brasileiras, uma portuguesa e uma síria, esta última sendo quem não teve a cor informada. Quatro eram viúvas, uma casada e outra solteira, ou seja, encontramos mulheres de todas as cores e estados civis sendo internadas por filhos. Além disso, todas elas tinham, como era de se esperar, idade mais avançada (42 a 62 anos). Três pacientes foram institucionalizadas pela polícia, uma pelo diretor da colônia, uma pelo diretor geral (apresentada pelo Dr. Plínio Olinto) e uma paciente, apresentada no HN por seu filho, foi admitida na condição de pensionista (4ª classe, passando depois para a classe das indigentes). Os diagnósticos foram: psicose de involução (duas), psicose maníaco-depressiva (uma), confusão mental de origem autotóxica, menopausa (uma), sífilis cerebral (uma) e debilidade mental, alcoolismo (uma). Apenas duas pacientes não saíram da instituição mortas, sendo eliminadas do quadro de pacientes por não retornarem de licença médica. Dispomos das observações médicas de cinco pacientes, as quais são apresentarmos a seguir.

Nas observações médicas das pacientes Beatriz Borges<sup>928</sup> (brasileira, branca, viúva, 55 anos, diagnosticada com psicose de involução) e Edvirges da Conceição<sup>929</sup> (brasileira, preta, casada, doméstica e tinha 55 anos, diagnosticada com debilidade mental e alcoolismo), observamos debilidade física e mental associada ao envelhecimento e à exposição a situações precárias de trabalho.

Beatriz informou a Gustavo de Rezende que seus pais eram falecidos e que ela “em moça e já depois de se ter casado, teve uma doença que atribuí à feitiçaria e que lhe perturbou a cabeça. Durante esta doença andava de gatinhos (*sic*), fugia para o mato. Foi tratada por um curandeiro”. Referiu-se também ao uso de bebidas durante algum tempo. Casou aos 22 anos e teve nove filhos, dos quais dois morreram, e “sempre trabalhou na lavoura”. Após a morte do marido, “continuou a cultivar a terra de que tirava proventos para a subsistência sua e de seus filhos. Há algum tempo começou a ser levada por uma tristeza invencível por causa das perseguições que lhe moviam os vizinhos induzidos pela inveja”. Depois disso não conseguiu mais laborar, “agravando-se cada vez mais o seu estado de saúde, sempre triste, com insônia, inapetência, pelo que seu filho mais velho

---

<sup>928</sup> N. 2.120, Livro 18 de Observação. Procedeu da Colônia de Engenho de Dentro e a instituição internante foi o próprio diretor dessa colônia. Ingressou no HN em julho e na colônia em agosto de 1928. Não trabalhava, o tratamento foi *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>929</sup> N. 1.683, Livro 13 de Observação. Procedeu do 16º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em dezembro de 1921, sendo enviada para a colônia em maio do ano seguinte. Inicialmente não trabalhou, mas depois atuou na limpeza geral, o tratamento foi o *open-door*, clinoterapia, balneoterapia, luminal, apomorfina e sedol e o prognóstico, sem esperança.

resolveu interná-la no Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou que a paciente tinha o juízo e o raciocínio perturbados, ideias melancólicas, se dizia “infeliz, arruinada, queixa-se de tudo, tem também ideias persecutórias, afirmando-nos que é perseguida por vizinhos que tem inveja de sua capacidade de trabalho, da sua pequena lavoura”. Tinha a afetividade presente, pois “refere-se ao marido em ternos sentidos, diz ter saudades de seus filhos”, a emotividade aumentada, “chora constantemente, fica nervosa com o interrogatório, suspira”, e a vontade um tanto diminuída, “empregando a sua atividade em serviços leves como costura”. Beatriz Borges foi, portanto, uma das muitas internas da colônia que, após ficar viúva, teve que trabalhar duro para garantir a subsistência da família. Ela, que se sentia perseguida pelos vizinhos, parecia, de fato, sentir muito medo de ficar sem meios de trabalho e subsistência. No exame somático, o médico apontou problemas no aparelho respiratório e circulatório. Em julho de 1929, foi eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de seis meses obtida em dezembro de 1928. Permaneceu na colônia quase cinco meses.

Já a paciente Edvirges da Conceição contou a Gustavo de Rezende “que teve muitos filhos e alguns abortos e que trabalhava muito para sustentar seus filhos. Finalmente começou a ter insônia, passando então as noites a cortar roupas, pelo que seus filhos desconfiavam de seu estado mental e a internaram no Hospital de Vargem Alegre”. Fez uso depois de moça de bebidas alcoólicas, “lembrando-se de ter tido uma síncope certa ocasião”. Segundo o médico, a paciente apresentava-se calma, desorientada no meio e no tempo e com ar atoleimado. Tinha a memória lacunosa para os fatos recentes, um número limitado de associação de ideias, o nível intelectual pouco elevado e a afetividade presente. Faleceu em outubro de 1944 de pielonefrite, miocardite e anasarca, tendo permanecido na colônia mais de 22 anos.

Outra paciente que certamente passava por problemas de saúde ligados à idade era Ludovina Maria da Conceição<sup>930</sup> (parda, brasileira, solteira, 59 anos, diagnosticada com psicose de involução). A paciente dizia não saber a razão de seu filho a ter internado, mas, em torno de um ano e meio depois de dar entrada na assistência psiquiátrica, em outubro de 1926, ela foi a óbito na colônia, em decorrência de arteriosclerose cerebral. Já a história clínica de Maria Benvinda de Jesus<sup>931</sup> (parda/branca, natural de Barra do Piraí, no Estado

---

<sup>930</sup> N. 1.902, Livro 16 de Observação. Procedeu e foi internada pelo 18º DP. Ingressou no HN em março de 1925, sendo enviada para colônia em julho desse ano. Não trabalhava, o tratamento foi balneoterapia, clinoterapia, dieta láctea e medicação diurética e o prognóstico, desfavorável.

<sup>931</sup> N. 1.437 e 2.194, Livros 11 e 19 de Observação (observada apenas na primeira entrada). Procedeu na primeira internação da 2ª Delegacia Auxiliar e na segunda do 9º DP, sendo internada pela RCP. Ingressou

Rio de Janeiro, viúva, doméstica, 52/62 anos, diagnosticada com sífilis cerebral) é interessante porque, apesar de ser uma mulher de amores livres, a paciente não foi institucionalizada pelo filho por isso, mas devido a alucinações auditivas e cefalalgias desenvolvidas no período da menopausa. A paciente informou a Waldemar de Almeida que se casou aos 24 anos e teve quatro filhos, sendo um natimorto; disse ainda que foi contaminada por seu marido com doenças venéreas e que, ficando viúva aos 30 anos, “não quis mais se casar, o que não impedia de ter seus amores livres”. Por volta dos 50 anos entrou na menopausa, “começou então a ouvir vozes, passando a ter fortes cefalalgias, razão pela qual seu filho resolveu interná-la no Hospital Psiquiátrico”. Inicialmente, foi eliminada do quadro de pacientes da colônia por não retornar de uma prorrogação de licença obtida em novembro de 1922, tendo permanecido, nesta ocasião, na colônia por mais de dois anos e meio. Por fim, em 3 de junho de 1929, após uma permanência de apenas 45 dias, faleceu na colônia de arteriosclerose cardiorrenal e uremia.

Por último, trazemos o caso da paciente Delfina Matos<sup>932</sup> (branca, portuguesa, viúva, 42 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva), que destoa da maior parte das pacientes da colônia devido a uma condição social melhor; mesmo assim, seu caso não deixa de lançar luz sobre a figura do filho como internante. Delfina foi caracterizada como agressiva, com atenção móvel, fuga de ideias e euforia. Outro sintoma de sua loucura era a pornolalia, ou seja, a incapacidade de ficar muito tempo sem dizer palavrões. Delfina teria se desviado dos princípios morais esperados para uma mulher viúva, branca, de classe média? Segundo Gustavo de Rezende, tal era o estado mental dela:

Apresenta-se muito agitada, falando e gesticulando e sempre disposta a agredir. A cada passo nota-se a tendência a pornolalia. De quando em vez a doente parece ter movimentos lúcidos, e então interrogada sobre a causa de sua doença, comove-se, seus olhos enchem-se de lágrimas; logo em seguida a doente é presa de sua fuga de ideias e euforia, procurando mesmo, algumas vezes, fazer espírito. A sua atenção é muito móvel, só a custo conseguimos que ela preste atenção ao que lhe estamos falando. Quanto à afetividade, a doente sendo interrogada qual

---

no HN em janeiro de 1920 e abril de 1929, sendo enviada para a colônia em abril de 1920 e abril de 1929. Trabalhou na costura, o tratamento foi a clinoterapia e o prognóstico, desfavorável. Obteve uma licença de seis meses em dezembro de 1921, regressando em março do ano seguinte. Foi eliminada do quadro de pacientes em maio de 1923 por não regressar de uma prorrogação de licença obtida em novembro de 1922.<sup>932</sup> N. 1.928, Livro 16 de Observação. Foi apresentada pelo Dr. Plínio Olinto (procedência), e a instituição internante era o diretor geral da Assistência a Alienados. Ingressou na colônia em 29 de outubro de 1925. Não trabalhava, o tratamento foi balneoterapia, luminal e bromureto [brometo] de sódio e o prognóstico, desfavorável.

de seus filhos gostava mais, responde-nos que uma mãe gosta de todos os filhos sem exceção.

De acordo com os dados do Livro n. 2 de Matrícula, Delfina foi internada no HN em 22 de setembro e na colônia em 29 de outubro de 1925. Seu filho, Lucas Matos, escreveu uma carta de Belo Horizonte para a residência do médico Plínio Olinto, em Copacabana, em 23 de setembro de 1925, portanto no dia seguinte à sua admissão no HN. A carta foi escrita em um ofício de uma empresa de materiais para construção, com matriz em Belo Horizonte e filial no Rio de Janeiro. O filho dessa paciente parecia ser um funcionário importante dessa empresa, e, além disso, em sua carta, como veremos abaixo, apresentava um bom nível de instrução e se valia de uma linguagem mais formal. Lucas começava sua carta pedindo a Plínio Olinto desculpas por não o ter procurado após o internamento de sua mãe na colônia, justificando, nesse sentido, que “além do acúmulo de serviço”, havia sido chamado a Belo Horizonte com urgência, onde se encontrava definitivamente. Em seguida, buscava se colocar à disposição do médico para qualquer necessidade relativa à sua mãe, e referiu ainda que uma irmã sua morava próximo à colônia e que, para a sua residência, também poderiam ser enviadas informações. Por fim, Lucas, que assinava como “seu amigo”, destacava que sua carta tinha como principal objetivo agradecer os valiosos obséquios prestados por Plínio Olinto e, por sua vez, em seguida, garantia ao médico também os seus préstimos. Os valiosos obséquios a que Lucas se referia era a vaga na colônia para a sua mãe.

Como vimos, portanto, em 23 de setembro, o filho da paciente escreveu para o Dr. Plínio se desculpando. Devido às divergências de data, é razoável supor que a paciente tenha permanecido 37 dias no serviço aberto da colônia (Pavilhão Eptácio Pessoa), do dia 22 de setembro ao dia 29 de outubro de 1925. De todo modo, essa correspondência aponta que Delfina entrou na colônia mais de um mês antes do que informa a documentação clínica.<sup>933</sup> A carta parece também ter surtido efeito no sentido da institucionalização da paciente, apontando para uma internação definitiva sua.

No início dos anos de 1920, a colônia havia se tornado uma porta de entrada independente do HN. Nesse contexto, ela também começaria a fazer parte de uma espécie

---

<sup>933</sup> Com efeito, é possível que existam, no conjunto da documentação clínica analisada, lapsos de tempo referentes à internação de pacientes que passaram pelo Serviço Aberto da colônia desde o início dos anos de 1920. Como já mencionado, os livros de observação acabaram sendo apropriados pelo serviço do Pavilhão Eptácio Pessoa a partir de 1936. Devido a isso, deixou-se, assim, de se ter acesso às histórias do sistema asilar por meio desse material, podendo, por outro lado, se compreender um pouco melhor a história do Serviço Aberto da Colônia de Engenho de Dentro.

de “economia do dom” (MAUSS, 2009), de uma cultura da dádiva, onde os médicos da instituição podiam, então, mais facilmente “oferecer uma vaga na assistência psiquiátrica”, ou seja, podiam participar mais densamente dessa relação de reciprocidade indireta. Lucas Matos foi uma das pessoas que acionaram Plínio Olinto para conseguir uma vaga para um parente seu na assistência psiquiátrica. Essas pessoas podiam ser do convívio e do círculo social do médico, ou também ter tido contato com ele por meio do Ambulatório Rivadávia Corrêa, onde ele era chefe. De todo modo, a carta mostra o filho da paciente se utilizando de um capital social para internar sua mãe na colônia. Nesse sentido, cabe refletir como uma colônia de alienadas, situada no subúrbio carioca, existindo concomitantemente com uma policlínica, impactava na questão do asilamento de mulheres daquela região. Pela carta descobrimos que Delfina tinha uma filha que morava próximo à colônia, e, também, que o depósito no Rio de Janeiro da empresa em que Lucas trabalhava ficava no Engenho Novo. Delfina permaneceu dois anos e três meses na colônia, até fevereiro de 1928, quando faleceu de tuberculose lobar aguda.

As internações de mulheres por seus filhos indicavam condições de saúde física e mental associadas ao envelhecimento e à menopausa. Essas mulheres mencionaram com maior frequência, nas observações médicas, sintomas de tristeza, insônia, cefalalgia e alucinação auditiva, e apontaram, também, a questão da carga de trabalho. Isto fica claro tanto no caso da branca e viúva Beatriz Borges quanto no da preta e casada Edvirges da Conceição. A mulher, depois de perder o marido, assumia as atividades que antes cabiam ao chefe da família (BASSANEZI, 2013: 176). Nesse sentido, cabe lembrar que a mulher preta, muitas vezes, vivia em lares sem a presença de um homem, chefiando e provendo o sustento da família (NEPOMUCENO, 2013: 383). Conforme mencionado diversas vezes nesta tese, a Colônia de Engenho de Dentro era destinada a alineadas indigentes, mas no meio destas pacientes pobres, de vez em quando, apareciam pacientes de camadas sociais mais favorecidas, como Delfina Matos, que destoava do conjunto de mulheres internadas pelos filhos por sua condição social e, também, pela menor idade. Mesmo o diagnóstico recebido por ela de psicose maníaco-depressiva também aponta para manifestações mais comportamentais registradas na observação médica: tratava-se de uma viúva que não se comportava de acordo com os padrões estabelecidos.

### Sobrinhos

As duas mulheres internadas pelos sobrinhos eram brasileiras e viúvas, uma branca e a outra parda. A primeira permaneceu na colônia por quase dez anos, e a segunda,

por dezesseis anos. A internação de Gertrudes de Christo<sup>934</sup> (branca, doméstica, 45 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva) girou em torno do esgotamento físico, tema marcante, como vimos, nas internações efetuadas por filhos. Trata-se de mais uma viúva que, após a morte do marido, precisou trabalhar para prover a subsistência da família. Ela informou ao Dr. Gustavo de Rezende que se casou aos 23 anos e teve do seu matrimônio oito filhos e um aborto. Contou ainda que “depois de viúva teve de trabalhar para poder viver com seus filhos. Fazia então rendas para vender. A sua doença atual começou por uma tristeza profunda; perturbações na cabeça, insônia, inapetência, razão pela qual seu sobrinho resolveu interná-la no Hospital Nacional”. Rezende anotou que o aspecto exterior da doente era “de franca decadência”. Estava magra, “pesando somente 37 quilos. Muito pálida, as mucosas estão descoradas”. Ainda de acordo com o médico, Gertrudes se apresentava “calma, em atitude humilde, mostrando-se deprimida e triste”, mas a afetividade estava presente, “diz ter saudades de seus filhos e lamenta-se por ter deixado sua terra natal”. Depois de ficar por quase dez anos na colônia, ela saiu em abril de 1938 com uma alta médica. É possível que um dos seus filhos já mais velhos tenha feito essa solicitação.

Já a internação de Lídia Moreira da Costa<sup>935</sup> (parda, brasileira, viúva, doméstica, 54 anos, diagnosticada com psicose periódica) chama a atenção pela clareza da paciente e por se tratar de uma paciente com bens e direito à pensão. Na nota trazida junto com a paciente do HN, relatava-se o seguinte: “Entrou agitada, ficando calma logo depois. Reação de Wassermann positiva no sangue. Tem auxiliado o serviço da Seção Esquirol”. Na observação realizada na colônia, a paciente contou ao Dr. Plínio Olinto que “sempre foi mais ou menos nervosa, porém nunca manifestou crises de agitação” e que estando “em casa teve uma discussão com um sobrinho que logo promoveu a sua internação”. Segundo o médico, a paciente se apresentava “calma, bem orientada no meio e no tempo, resignada com a sua condição”. Esperava, na verdade, receber “alta para sua casa no Méier, quando veio transferida para esta colônia. Aqui permanece sempre calma, referindo claramente o seu passado e confiante em obter permissão para visitar sua

---

<sup>934</sup> N. 2.108, Livro 18 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 20º DP. Ingressou no HN em abril e na colônia em maio de 1928. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Obteve uma licença de doze meses em novembro de 1933, regressando em janeiro do ano seguinte.

<sup>935</sup> N. 1.582, Livro 12 de Observação. Procedeu do 19º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em janeiro de 1920, sendo transferida para a colônia em maio de 1921. Trabalhava na lavanderia, depois deixou de trabalhar, o tratamento foi *open-door*, balneoterapia e clinoterapia e o prognóstico, desfavorável. Evadiu-se em 23 de dezembro de 1932, regressando duas semanas depois, no dia 7 de janeiro.



família, o que muito deseja”. Resignada, mas também esperançosa de obter permissão para visitar a família, ela enfrentava a vida de asilada, conseguindo, pelo menos aparentemente, manter sua integridade psíquica. Ela relatou ainda que tinha uma irmã internada há 25 anos no HN. A loucura era ainda frequentemente considerada pelos médicos, nessa época, como um problema hereditário; a internação de mais de uma mulher da mesma família no manicômio não deixa de sugerir, por um lado, um ambiente familiar propício ao adoecimento, mas, por outro, um padrão de comportamento dentro da família que envolvia a clausura das mulheres tidas como desviantes.

Lídia tinha três filhos de um casamento com um funcionário da Marinha (enfermeiro de primeira classe), falecido em agosto de 1902, o que levou a que ela passasse a receber um montepio que lhe competia.<sup>936</sup> Em 5 de abril de 1915, uma reportagem do jornal *A Época* intitulada “Bloco das Flores”, na seção “Nos subúrbios”, informava sobre senhoras, senhoritas e cavalheiros presentes numa “*soirée*” organizada na sede deste bloco, para comemorar o Sábado de Aleluia. A paciente e um dos seus filhos figuravam nessa lista.<sup>937</sup> Em fins de 1923, 21 anos depois da morte do marido, esse mesmo filho deu início ao processo de interdição da mãe; na matéria, se informa que ela já estava internada na assistência psiquiátrica há quase quatro anos.<sup>938</sup> Em abril de 1925, Lídia era interdita nos termos do parecer do curador de órfãos.<sup>939</sup>

Essa mulher, considerada como resignada pelo médico observador, acabou fugindo da colônia em 23 de dezembro de 1932, às vésperas do Natal, então com aproximadamente 65 anos de idade. Três jornais noticiaram essa fuga: “Egressa da colônia. Estão à procura da mentecapta” (*Jornal do Commercio*, p. 14); “Fugiu da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro” (*Diário Carioca*, p. 15) e “Desapareceu da Colônia de Menores”<sup>940</sup> (*Correio da Manhã*, p. 5). A última reportagem foi publicada no dia 29 de dezembro, as outras duas no dia 25, dois dias depois da fuga da paciente. Com um título equivocado quanto ao lugar, o *Correio da Manhã* centrou-se no problema da fuga da paciente da instituição e no esforço do filho para encontrá-la: “o professor (...), filho

---

<sup>936</sup> BRASIL. Relatório apresentado pelo Ministro Júlio César de Noronha ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1903. Mapas das declarações julgadas durante o ano de 1902. Relatórios do Ministério da Marinha, 1903, p. 7.

<sup>937</sup> NOS SUBÚRBIOS. Bloco das Flores. *A Época*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 954, 5 de abril de 1915, p. 7.

<sup>938</sup> VARAS administrativas. Segunda de órfãos (Cartório do 1º Ofício). Interdição. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XLVIII, n. 278, 8 de dezembro de 1923, p. 7.

<sup>939</sup> VARAS administrativas. Segunda de órfãos (Cartório do 1º Ofício). Interdição. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano L, n. 102, 30 de abril de 1925, p. 7.

<sup>940</sup> DESAPARECEU da Colônia de Menores. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXXII, n. 11.677, 29 de dezembro de 1932, p. 5.

da desaparecida, que procurou sua mãe sem lhe descobrir o paradeiro, esteve em nossa redação, onde relatou o acontecido, na esperança de que por meio das nossas colunas consiga descobrir o paradeiro da progenitora”.<sup>941</sup> Ela só foi encontrada/capturada ou regressou espontaneamente à instituição no dia 7 de janeiro.

Por fim, em 15 de junho de 1937, por meio de um aviso fúnebre publicado no *Jornal do Brasil*, o filho professor da paciente comunicava a todos os parentes e amigos o falecimento de sua genitora. O féretro da paciente saiu do Hospital de Psicopatas do Engenho de Dentro para o cemitério de Inhaúma.<sup>942</sup> Ela faleceu de diabetes, tendo permanecido por quase dezesseis anos na colônia. Cerca de quatro anos depois, em 30 de setembro de 1941, no *Jornal do Commercio*, dava-se publicidade, no âmbito do Juízo de Direito da Vara de Registros Públicos do Distrito Federal, à existência de dúvida sobre o registro formal da partilha do espólio de Lídia.<sup>943</sup>

Lídia teria sido vigiada (confinada) para não gastar “o patrimônio dos filhos de um primeiro leito para sustentar um novo esposo”, como observado em certas populações da Europa pré-moderna (FONSECA, 2004: 521-522). Cláudia Fonseca ainda destaca que, no Brasil, ao longo da época colonial, “a viúva que quisesse casar de novo era obrigada a renunciar não somente à herança, mas também ao pátrio poder sobre seus filhos” (FONSECA, 2004: 525). O fato dessa mulher com bens e direito a uma pensão da Marinha ter uma vida social ativa, frequentando inclusive sociedades recreativas dançantes, pode ter sido, de fato, crucial para que ela fosse internada no manicômio por seu sobrinho e depois interditada por seu filho. Nas décadas de 1920 e 1930, surgiram vários estabelecimentos especializados em música popular e danças, incluindo o samba, o tango e o jazz. Segundo Sueann Caulfield, “a proliferação desse tipo de estabelecimento de lazer, junto com a presença crescente das mulheres pertencentes à classe média nos locais de trabalho, causou comentários sobre o fato de a mulher ter abandonado a vida doméstica e invadido o espaço público da cidade” (CAULFIELD, 2000: 143). A vida de viúva livre de Lídia teve fim com a institucionalização.

#### Padrinhos, tio, cunhados, sogro da irmã e genro

---

<sup>941</sup> *Idem.*

<sup>942</sup> AVISOS fúnebres. L.M.C. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XLVII, n. 138, 15 de junho de 1937, p. 28.

<sup>943</sup> VARA de registros públicos. Juízo de Direito da Vara de Registros Públicos do Distrito Federal. Despacho. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 114, n. 307, 30 de setembro de 1941, p. 7.

Duas mulheres foram internadas no HN por padrinhos com a guia da polícia, uma era parda, solteira, 15 anos, rotulada como epiléptica e débil mental (uma jovem que ficou órfã de pais no contexto da epidemia de gripe) e outra era branca, casada, 25 anos, diagnosticada com estado de confusão (abandonada pelo marido no puerpério). Por meio das observações médicas, percebemos que as consequências da gripe de 1918 foram sentidas no campo da saúde mental por muito tempo posteriormente. Além de crianças e jovens que ficaram órfãos nessa ocasião, algumas pessoas relataram terem sido afetadas em sua saúde mental.

A primeira paciente se chamava Dolores de Souza<sup>944</sup> e permaneceu na colônia por aproximadamente três anos, sendo eliminada do quadro de pacientes da instituição em julho de 1928 por não retornar de uma licença obtida em janeiro de 1928. A segunda era Maria da Glória Freitas<sup>945</sup> e permaneceu em torno de um ano e três meses na colônia, sendo transferida para o HN em agosto de 1922 por ser agitada e não se prestar ao regime colonial. Essas mulheres revelavam relações sociais e redes de apoio extremamente enfraquecidas.

Na nota trazida junto com a paciente Maria da Glória Freitas do HN, destacou-se que se tratava de “uma doente calma que trabalha na lavanderia, mas sempre em estado de confusão de ideias”. Foi comunicado ainda que ela havia sido submetida ao tratamento anti-helmíntico, e que a cutirreação de Von Pirquet resultou positiva. Na colônia, a paciente contou ao médico Plínio Olinto que “após um parto, começou a sentir-se muito nervosa, tendo ficado durante muito tempo recolhida a um quarto fechado. Continuando muito nervosa foi abandonada pelo seu marido e depois levada para o Hospital Nacional pelo seu padrinho”. No exame direto, o médico mencionou exaltação, dificuldades para se orientar no meio e no tempo e um certo estado confusional de ideias; “diz que atualmente sente a cabeça mais leve do que já sentiu”. Olinto destacou ainda o aproveitamento da paciente e sua percepção sobre o trabalho na instituição: “trabalha na copa e desempenha bem os seus serviços, pelo que se considera empregada e reclama seus vencimentos”. Como vimos no primeiro capítulo, Maria da Glória não estava sozinha em sua reivindicação. Assim, a situação de abandono da mulher pelo homem fazia com que, muitas vezes, outros parentes entrassem em cena para dar um destino a essa mulher.

---

<sup>944</sup> N. 1.887, Livro 15 de Observação. Ingressou no HN em setembro de 1924, sendo transferida para a colônia em janeiro de 1925. Trabalhou na limpeza geral e depois na copa, o tratamento foi *open-door* e clinoterapia, o prognóstico desfavorável.

<sup>945</sup> N. 1.591, Livro 13 de Observação. Ingressou no HN em abril de 1920, sendo transferida para a colônia em maio de 1921. Trabalhava na copa, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável.

A paciente internada pelo tio era Izaura Abreu<sup>946</sup> (branca, brasileira, solteira, 15/18 anos, diagnosticada com histeria e debilidade mental na primeira internação e apenas com histeria na segunda). Consta na observação médica que a paciente tinha o pai falecido de tuberculose pulmonar, a mãe viva e irmãos gozando saúde. Izaura contou “que teve uma infecção gonorreica e que foi internada no Hospital Nacional pelo seu tio e lá permaneceu 3 meses, sendo finalmente removida para esta colônia”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava “calma, orientada no meio e no tempo. Sua inteligência é medíocre e sua memória ressentia-se de algumas lacunas para os fatos ocorridos em seus tenros anos. Tem ideias pueris, diz gostar de brincar com bonecas e mais ainda de namorar”. Na primeira vez, saiu com alta por determinação do Juiz de Menores em outubro de 1928. Na segunda, foi transferida para o HN em julho de 1938 por não ser adaptável ao regime colonial. Ao todo permaneceu em torno de doze anos na Colônia de Engenho de Dentro, quase três anos na primeira internação e mais de nove anos na segunda.

Três pacientes foram internadas pelo cunhado: uma se chamava Leonela Goes,<sup>947</sup> era branca, brasileira, solteira, doméstica, 23 anos, trouxe do HN o diagnóstico de imbecilidade. Permaneceu na assistência psiquiátrica por mais de um ano e meio, sendo 56 dias na colônia, de onde saiu falecida de tuberculose pulmonar em 1º de novembro de 1911. Esta paciente não foi observada na colônia. As outras duas eram Armelinda Alves<sup>948</sup> (branca, 42 anos) e Flora Queiroz<sup>949</sup> (parda, doméstica, 36 anos). Ambas eram brasileiras, solteiras e receberam o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva, sendo a doença da primeira resultante de “uma paixão por um senhor que, depois de viver com ela dois meses, não cumpriu sua promessa de casamento” e a da segunda caracterizada por sintomas como alucinações auditivas, solilóquios e falsos reconhecimentos. Armelinda permaneceu na colônia pouco mais de três meses, sendo eliminada do quadro de pacientes

---

<sup>946</sup> N. 1.936 e 2.195, Livros 16 e 19 de Observação. Procedeu e foi internada pelo Juizado de Menores. Ingressou no HN em agosto de 1925 e abril de 1929, sendo enviada para a colônia em janeiro de 1927 e maio de 1929. Obteve licenças de 1930 a 1935. Trabalhava na copa, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>947</sup> N. 169, Livro 1 de Observação. Foi apresentada à polícia por seu cunhado e internada pela RCP. Ingressou no HN em janeiro de 1910, sendo enviada para a colônia em 6 de setembro de 1911.

<sup>948</sup> N. 1.880, Livro 15 de Observação. Foi internada no HN com autorização do diretor-geral da Assistência a Alienados. Ingressou no HN em outubro de 1924, sendo enviada para a colônia em novembro desse ano. Trabalhava nos serviços domésticos, o tratamento foi *open-door* e o prognóstico desfavorável. Obteve uma licença de seis meses em 24 de dezembro de 1924, regressando em 27 de janeiro do ano seguinte.

<sup>949</sup> N. 1, Livro 1 de Observação. Procedeu do 20º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em 8 de setembro de 1909, sendo transferida para a colônia em 31 de agosto de 1911. Trabalhava na lavoura, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

por não retornar de uma licença de quatro meses obtida em fevereiro de 1925, e Flora deixou a instituição transferida para o HN em agosto de 1916, depois de uma permanência de quase cinco anos no regime colonial.

A paciente internada pelo sogro de uma irmã era Agostinha Germano<sup>950</sup> (branca, brasileira, solteira, 24 anos, diagnosticada com epilepsia). Consta na observação médica que “foi internada no Hospital Nacional pelo sogro de uma de suas irmãs casadas por causa das crises epilépticas”. Agostinha permaneceu mais de quatro anos na assistência psiquiátrica e quase três anos na colônia, obtendo alta por óbito em outubro de 1930; a *causa mortis* foi estado de mal epiléptico.

Já Maria Apolônia Vitorino<sup>951</sup> (branca, portuguesa, casada, 48 anos, diagnosticada com psicose pré-senil) foi internada no HN por seu genro com uma guia da polícia e permaneceu na instituição 54 dias, sendo eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de doze meses obtida em 15 de dezembro de 1927. No seu exame direto, sobressai a menopausa e também uma amnésia para os fatos que ocorreram dando motivo à sua internação. Maria Apolônia contou “ter sido internada na colônia por um genro seu que a enganou que vinha chamar um médico para tratar do seu marido que se achava doente”.

No caso dos padrinhos, observamos redes de apoio extremamente enfraquecidas. Uma paciente era órfã de pais e a outra havia sido abandonada pelo marido no puerpério. Podemos ponderar que esses parentes homens mais distantes estavam tomando a frente de mulheres casadas que tinham, de fato, relações com essas pacientes: filha (genro) e, principalmente, irmãs (cunhados, tio, sogro da irmã). Isso provavelmente contribuiu em alguma medida para a maior ocorrência de homens como internantes, como vimos anteriormente. As pacientes internadas pelos cunhados e pelo sogro da irmã possuíam manifestações muito parecidas com as das pacientes internadas pelas próprias irmãs: epilepsia, oligofrenia e, também, questões morais. E a paciente internada pelo genro tinha sintomas relacionados à menopausa, como observado, especialmente, nas mulheres internadas por maridos e filhos.

---

<sup>950</sup> N. 2.082, Livro 17 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 24º DP. Ingressou no hospício em julho de 1926, sendo enviada para a colônia em fevereiro de 1928. Inicialmente não trabalhou, depois atuou na costura; o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>951</sup> N. 2.060, Livro 17 de Observação. Foi internada no HN com autorização do diretor de Assistência a Psicopatas. Ingressou no HN em 8 de outubro de 1927, e foi enviada para a colônia catorze dias depois. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

#### 4.3.6.2. Internadas por mulheres da família

##### Mães

Das dezessete mulheres internadas por suas mães, dezesseis eram brasileiras e apenas uma portuguesa; doze eram brancas, quatro pardas e uma preta; catorze eram solteiras, duas casadas e uma viúva. As idades variaram de 14 a 45 anos. Apenas uma paciente de 31 anos que foi internada na condição de pensionista de 4ª classe e outra de 14 anos que foi admitida diretamente pelo diretor geral não passaram pela polícia antes de irem para o HN. Os diagnósticos foram: epilepsia (quatro), psicose maníaco-depressiva (dois), e alcoolismo, debilidade mental, debilidade mental e epilepsia, demência precoce, demência precoce e síndrome histeroide, epilepsia e idiotia, excitação maníaca e histeria, histeria, histeria e epilepsia, imbecilidade e parafrenia, todos com um caso. Essas pacientes saíram da colônia por óbito (nove), transferência para o HN (quatro) e para a CJM (uma) e eliminação da matrícula por não se apresentar no prazo final da licença (três). Dentre o conjunto de mulheres internadas por suas mães, dispomos das observações médicas de doze pacientes, das quais selecionamos seis para apresentar a seguir.

A maioria das mães internou mulheres com epilepsia e oligofrenia. Isso ocorria porque o cuidado das filhas, principalmente aquelas que possuíam alguma necessidade especial de saúde, recaía sobre esse membro da família; assim, eram as mães que, em um determinado momento da vida, decidiam pela institucionalização. A situação de pobreza de algumas famílias era agravada pela falta do marido/pai. Nesse ponto, vale destacar que, das doze pacientes com observação médica internadas por suas mães, cinco eram órfãs de pai e apenas três tinham pai vivo. Além disso, o pai de uma paciente havia abandonado a mãe e em três casos não havia informação sobre o progenitor.

Das sete pacientes com diagnóstico de epilepsia, cinco eram brancas, uma parda e uma preta. Verificamos que duas pacientes brancas apresentavam histórico de meningite na infância e uma tinha microcefalia. Isabel Beltran,<sup>952</sup> uma das pacientes com histórico de meningite, disse na observação médica que “foi internada no Hospital Nacional pela sua mãe, porque em casa dava gritos por qualquer motivo, provocando escândalo”.

---

<sup>952</sup> N. 1.900, Livro 16 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 20º DP. Ingressou na assistência psiquiátrica em maio de 1925, sendo enviada para a colônia em junho desse ano. Obteve licença a pedido de seu irmão em 1925, 1927 e 1929, regressando sempre muito antes do prazo. Trabalhou na limpeza, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança. Permaneceu na instituição até janeiro de 1940, quando foi a óbito por tuberculose pulmonar.

Francelina de Moura<sup>953</sup> (parda) recebeu também o diagnóstico de debilidade mental e contou em sua observação médica que “foi internada no Hospital Nacional por sua mãe, por causa de ataques epiléticos que lhe davam”. Apresentamos aqui o caso da paciente preta em função da menor prevalência de mulheres pretas nas internações promovidas por familiares. Eurídice de Araújo<sup>954</sup> (brasileira, solteira, doméstica, 21 anos), ao contrário de outras pacientes internadas pela mãe, tinha o pai e, também, seis irmãos vivos. Na observação médica, contou ao Dr. Gustavo de Rezende que “em criança só se lembra de ter tido convulsões que sempre apareceram sob a forma de ataques epiléticos com queda, espuma na boca e sono prolongado após os ataques. Mesmo dormindo sobrevinham os ataques durante os quais exonerava seu intestino e a bexiga no próprio leito”; sua mãe a havia internado no HN já por duas vezes devido à epilepsia. No exame direto, o médico apontou uma ligeira deficiência do juízo e raciocínio, “que se revela em uma ou outra interpretação falsa ou conclusão errônea”, ideias melancólicas, “que a doente atribui a sua condição inferior por causa dos ataques, chegando a ter ideia de suicídio, como único meio de se livrar desta doença que a acabrunha”, vontade diminuída e afetividade presente, “mostrando-se carinhosa com seus pais e afável para todos, apesar de seu humor triste”. Assim como Eurídice, outras pacientes epiléticas internadas na colônia relataram sentir uma tristeza muito grande em função da doença em si e da marginalização social provocada pelo “forçoso” internamento. No hospício, ela ainda contraiu sarna, como tantas outras mulheres. Permaneceu na colônia pouco mais de quatro anos, saindo por óbito em outubro de 1932 de polineurite generalizada.

A paciente internada no HN pela mãe, abandonada pelo pai, era Agnes Pimentel<sup>955</sup> (branca, brasileira, solteira, não tinha profissão, 14 anos, diagnosticada com debilidade mental). Ao médico observador Gustavo de Rezende, a paciente contou ter pais vivos e

---

<sup>953</sup> N. 1.669 e 2.028, Livros 13 e 17 de Observação. Procedeu do 17º DP e depois do 23º DP, a instituição internante em ambas as internações foi a RCP. Ingressou no HN, pela primeira vez, em 18 de abril de 1922, sendo enviada para a colônia 21 dias depois. A segunda entrada se deu em 28 de junho de 1927, sendo transferida no dia seguinte para a colônia. Na primeira internação não trabalhou, na segunda atuou na copa, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança. Obteve licenças em maio de 1923 e junho de 1931. Permaneceu ao todo mais de dez anos na colônia. Foi eliminada uma vez do quadro de pacientes em junho de 1926, por não retornar de uma licença de seis meses obtida em dezembro de 1925. Em julho de 1934, foi a óbito na colônia por insuficiência cardiorrenal.

<sup>954</sup> N. 2.140, Livro 18 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 9º DP. Ingressou no HN em abril e na colônia em setembro de 1928. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>955</sup> N. 1.970, Livro 16 de Observação. Foi admitida com autorização do diretor-geral. Ingressou no HN em janeiro e na colônia em abril de 1926. Trabalhou na copa, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Esteve em observação na Sala Paulo Costa em agosto de 1927 por apresentar exagerado mutismo.

duas irmãs gozando saúde e que “foi internada no Hospital Nacional pela sua mãe porque não sabia conter o seu gênio irascível”. No exame direto, o médico apontou que a paciente tinha a memória lacunosa principalmente para os fatos antigos, a inteligência medíocre, “só sabendo contar até cem e não sabendo ler nem escrever” e a afetividade presente, “dizendo não gostar de seu pai, por ser violento e ter abandonado sua mãe de quem gosta muito”. Permaneceu na colônia pouco mais de dois anos, saindo transferida para o HN em maio de 1928.

Outra paciente com oligofrenia que, segundo a história clínica, foi internada pela mãe pois a mesma não conseguiria contê-la foi Thomazia de Jesus,<sup>956</sup> parda, brasileira, solteira, doméstica, 15 anos, diagnosticada com imbecilidade. A Gustavo de Rezende a paciente contou ter pais vivos e fortes e que “foi internada no Hospital Nacional porque teve um acesso de loucura, querendo rasgar as roupas e estragar tudo que estava ao seu alcance. Sua mãe, não podendo contê-la, mandou interná-la”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se mostrava orientada no meio e desorientada no tempo e tinha a memória muito falha e a inteligência rudimentar. Apresentava-se “irritada, negando-se a falar e rindo muito. A muito custo falou e só o fez com a promessa de ganhar dinheiro para comprar fumo para o seu cachimbo”.

Deixando de lado as lições da ética médica, Rezende chegou a oferecer dinheiro para que Thomazia falasse, fazendo, ao que parece, questão de registrar esse fato na observação como indício comprobatório de seu comportamento desviante. Mas a conduta do médico mostra como os observadores podiam também sentir a necessidade de negociar no interrogatório com as pacientes. Para a pesquisadora mexicana Cristina Garza, um diálogo (contencioso) foi, na verdade, a tônica da relação médico-paciente (GARZA, 2022: 8). Segundo a autora, psiquiatras e internos, “juntos, após cruzarem pontes frágeis, carregados de apreensão e desconfiança, se convertiam em autores de narrativas polissêmicas, multivocais e heteroglotas, com as quais capturaram a realidade fluida dos padecimentos mentais, não obstante suas qualidades efêmeras e fragmentárias” (GARZA, 2022: 11-12).

Ainda segundo o médico, a doente “diz que não gosta da sua mãe porque ela é preta, mas gosta de seus irmãos e do seu pai, a quem tenta ridicularizar, dizendo que ele tem cabelos de carapinha e é também muito preto”. Carapinha, segundo o dicionário

---

<sup>956</sup> N. 1.807, Livro 15 de Observação. Procedeu do 23º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em fevereiro e na colônia em maio de 1923. Inicialmente não trabalhou, depois atuou na limpeza geral, o tratamento foi *open-door*, clinoterapia, balneoterapia, dormiol e sedol e o prognóstico, desfavorável.



Michaelis, significa cabelo crespo e lanoso, peculiar à raça negra; cabelo agastado, cupim, lâ, pixaim. Em seu artigo “Negro e racismo”, a historiadora e militante negra Beatriz Nascimento aponta a predominância na população negra do ideal estético do branco (NASCIMENTO, 2006 [1974]: 100). Já em “A mulher negra e o amor”, a autora mostra como tal ideal contribui, sensivelmente, para a solidão afetiva da mulher negra: “Convivendo em uma sociedade plurirracial, que privilegia padrões estéticos femininos como ideal de um maior grau de embranquecimento (desde a mulher mestiça até à branca), seu trânsito afetivo é extremamente limitado” (NASCIMENTO, 2006 [1990]: 129). A aversão da paciente à cor da pele e outros traços negroides de sua família e, fatalmente, seus também é um dos efeitos “da hegemonia da ‘branquitude’ no imaginário social e nas relações sociais concretas” (CARNEIRO, 2019). Nesse ponto, vale lembrar que boa parte dos médicos dessa época, a exemplo do próprio diretor da colônia Gustavo Riedel, incentivava o embranquecimento da população brasileira. De acordo com Sueli Carneiro, a ação política das mulheres negras nos últimos anos vem fomentando, dentre outras práticas, “o reconhecimento da violência simbólica e da opressão que a branca, como padrão estético privilegiado e hegemônico, exerce sobre as mulheres não brancas” (CARNEIRO, 2019).

A história de Thomazia deixa claro que o racismo não se fez presente no manicômio somente através das práticas policiais, dos patrões e patroas e dos médicos, mas também nas subjetividades de muitas internas, sendo motivo de danos à autoestima e à identidade de mulheres negras e sofrimento psíquico. Ela permaneceu na assistência psiquiátrica dois anos, sendo em torno de um ano e nove meses na colônia. Foi eliminada do quadro de pacientes da instituição em fevereiro de 1926 por não retornar de uma licença de doze meses obtida em fevereiro de 1925.

O próximo caso também é o de uma paciente que a mãe não conseguia controlar, embora seus propósitos fossem bem diferentes. Em 28 de novembro de 1917, o médico observador Waldemar de Almeida registrou que o pai de Maria da Conceição Fonseca<sup>957</sup> (parda, carioca, solteira, doméstica, alguma instrução, 19 anos, diagnosticada com histeria) havia morrido de alienação mental e a mãe era viva, sendo nervosa, e que ela “desde a puberdade foi de temperamento excitável, por vezes irascível, tinha vertigens, crises de choro. Afirma que foi internada por motivo de uma queixa que apresentou a um jornal, da sua mãe”. No exame direto, o médico identificou noções de tempo, lugar e meio

---

<sup>957</sup> N. 1.185, Livro 8 de Observação. Procedeu do Serviço Médico-Legal e foi internada pela RCP. Ingressou no hospício em 28 de março e na colônia em 24 de setembro de 1917.

íntegras; afetividade presente; memória perfeita; vontade, percepção, julgamento, ética e estética normais; atenção boa e associação de ideias sem alteração; nível mental regular, com pouca instrução. Destacou ainda que a observada tinha o humor variável e era mitômana e exibicionista, porém não era impulsiva nem revelava ideias delirantes e alucinações, prestando-se a algum serviço doméstico.

A reportagem que a paciente disse que teria levado à sua internação de fato existiu. Foi publicada no jornal *A Noite*, em 21 de março de 1917, intitulada “Os casos torpes – Uma menor que foge à prostituição imposta por sua própria mãe”. Maria da Conceição foi internada no hospício sete dias após a publicação desta reportagem. A jovem dizia contar sua história com o objetivo de chamar a atenção da polícia para o seu caso:

Com um ano de idade apenas foi enviada por sua mãe, Francellina Lopes Freitas, para Belém onde foi criada e educada, chegando mesmo a cursar Escola Normal, onde não se diplomou por ter sido mandada buscar por sua mãe. Vindo para o Rio, há três anos já, aqui tem sofrido horrores da parte daquela que, mais do que ninguém, a devia bem tratar. Fazendo-a passar por todos os vexames, entendeu atirá-la, por último, à prostituição, levando-o a frequentar clubes e mandando-a a casas suspeitas.

Maria da Conceição soube sempre conservar-se a distância do perigo e sua mãe, exasperada, redobrou sobre ela maus-tratos, rogando-lhe pragas e dizendo-a desonrada.

As cousas chegaram assim a um ponto que Maria da Conceição resolveu, tomando o melhor caminho, abandonar a casa de Francellina Soares de Freitas.

E, desde então, vem aquela menor dormindo em casas de pessoas conhecidas. Foi dessa forma esbarrar, a 15 do corrente, na casa de Antonietta Garofallo, à Rua do Rosário n. 125.

Sabendo onde se achava a Maria da Conceição, sua mãe foi lá ter, conversando demoradamente com Antonietta. Depois disso apareceu-lhe Antonietta, dizendo-se roubada em uns brincos e pondo-a, a Maria da Conceição, para fora de casa, avisando-a de que ia se queixar à polícia.

Maria da Conceição já tem estado nas delegacias do 6º, do 3º e do 1º distrito, procurando ora asilo, ora garantias, antes as ameaças que lhe fazem sua mãe e sua gente.<sup>958</sup>

Na reportagem, Maria da Conceição era apresentada como uma mulher estudada que lutava para defender sua honra contra a própria mãe que tentava levá-la à prostituição e ainda a ameaçava. Ela teria reagido contra os maus-tratos de sua mãe abandonando a casa materna e queixando-se à polícia. Ao invés de vigiar a filha para que ela não perdesse a honra sexual, papel atribuído cada vez mais fortemente à mãe nesse período

---

<sup>958</sup> OS CASOS torpes – Uma menor que foge à prostituição imposta por sua própria mãe. *A Noite*, 21/03/1917, p. 4.

(CAULFIELD, 2000: 217), era a própria mãe que buscava obrigá-la à prostituição. Ao contrário do jornal *A Noite*, que deu voz às denúncias de Maria da Conceição, o médico Waldemar de Almeida a classificou, como vimos, como mitômana e exibicionista. Ela permaneceu por pouco mais de nove meses na assistência psiquiátrica, dos quais em torno de três foram na colônia, sendo transferida para o HN em janeiro de 1918.

Vale comentar ainda o caso de Eugenia Leal,<sup>959</sup> parda, brasileira, solteira, doméstica, 28 anos, diagnosticada com alcoolismo. A Gustavo de Rezende contou “que bebia aguardente para poder dormir” e que foi internada no HN por sua mãe. Muitas pacientes internadas na colônia se referiram ao uso da aguardente como medicamento. No exame direto, o médico destacou suas ideias de grandeza: “Seu pai é navio, sua mãe é água azul. É dona de todos os mares e de todas as terras. Já viu Deus, foi educada pelo demônio, domina feras, entende passarinhos, gatos e cachorros. Sabe que é muito linda, tem grande inteligência, é muito rica. Todos gostam dela e invejam-na”. Dizia não ter saudades de ninguém, não querer saber de seus pais, nem se importar de sair da colônia. Ela faleceu vítima de infecção tifoide em dezembro de 1931 na colônia, depois de aí permanecer por quase dez anos.

Uma das pacientes internada pela mãe sofria violência doméstica. Era Dionísia Veloso,<sup>960</sup> branca, brasileira, estado civil não informado, doméstica, 35 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva. Informou ao Dr. Gustavo de Rezende que tinha o pai falecido e a mãe viva e que “casou-se aos 27 anos, do seu matrimônio houve três filhos: um homem e duas mulheres, sendo que uma das meninas morreu de desordens intestinais. Diz ter sido infeliz no seu casamento, pois seu marido além de volúvel dava-lhe maus tratos”. Afirmava não saber o motivo de sua doença atual, “lembrando-se apenas de que foi internada numa Casa de Saúde (Hospital Nacional) por sua mãe”. Dionísia foi internada pela mãe no HN em 1928, sete anos depois de se casar com um construtor; deixando do lado de fora dois filhos ainda pequenos.<sup>961</sup><sup>962</sup> A paciente relatou ter sofrido agressões físicas por parte do marido e, logo em seguida, que não sabia a que atribuir sua doença atual. Como veremos melhor no último capítulo, na parte

---

<sup>959</sup> N. 1.646, Livro 13 de Observação. Procedeu do 23º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em novembro de 1921, sendo enviada para a colônia em maio do ano seguinte. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável. Foi transferida em 14 de novembro pela Saúde Pública para o Hospital São Sebastião por sofrer de infecção tifoide, regressou sete dias depois.

<sup>960</sup> N. 2.115, Livro 18 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 23º DP. Ingressou no HN em maio e na colônia em junho de 1928. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>961</sup> PROCLAMAS. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano LX, n. 1.790, 18 de março de 1921, p. 5.

<sup>962</sup> NASCIMENTOS. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVIII, n. 13.598, 12 de janeiro de 1922, p. 4.

dedicada ao médico Gustavo de Rezende, a maioria das mulheres não entendia a violência doméstica como um motivo legítimo e lógico para o adoecimento. No exame direto, Rezende apontou “atenção móvel, processos ideativos lentos e compreensão difícil”, distúrbios psicossensoriais “que se traduzem pelas alucinações visuais e auditivas, afirmando a doente ver vultos e ouvir vozes e zoadas”, ideias persecutórias, “dizendo-se perseguida embora não possa descobrir quais os seus perseguidores e qual o motivo da perseguição”, vontade diminuída e afetividade presente, “fala muito a respeito de seus filhos, lamenta o falecimento de um deles, do qual, diz, guarda o nome gravado em seu coração”. É possível encontrar nas histórias clínicas outras pacientes com quadros psíquicos relacionados à morte de filhos (luto doloroso). Ela permaneceu na colônia pouco mais de quatro anos, sendo sua alta por falecimento em outubro de 1932 de ancilostomíase, tuberculose ganglionar e cachexia.

Nossos achados sobre as internações de jovens por suas mães no manicômio vão, em certa medida, ao encontro das percepções de Garza. Segundo a mexicana, a maioria das histórias dos internos girou em torno de relacionamentos familiares conflituosos, sendo crucial a ligação mãe-filha, pois “num meio social em rápida mutação, a capacidade das mães de transmitir os valores femininos tradicionais (modéstia, obediência, docilidade) revelou-se uma tarefa difícil”, o que ficou evidente “no fato de que, pelo menos em alguns casos, as próprias mães levaram suas filhas rebeldes ao hospital psiquiátrico” (GARZA, 2022: 191). Na visão da autora, as filhas do início do século XX, sujeitas a tentações ligadas ao trabalho e à vida pública, se sentiam limitadas pelas orientações morais de suas mães.

Nas histórias clínicas da Colônia de Engenho de Dentro, observamos que as mães internavam por dificuldades de cuidar e controlar, sobretudo, filhas com epilepsia e oligofrenia. Questões diagnósticas e de indisciplina não apareciam separadas, mas entrelaçadas, causando impactos na vida cotidiana de mães pobres que precisavam trabalhar e que não davam conta de vigiar constantemente as filhas, como recomendavam médicos e juristas, “nesses novos tempos de preocupação com a moralidade como indicação de progresso e civilização” (SOIHET, 2004: 365).

### Avós

Três jovens foram internadas por avós. Nair de Oliveira (parda, brasileira, 15 anos, doméstica, diagnosticada com imbecilidade) foi eliminada do quadro de pacientes por não regressar de uma licença médica obtida em novembro de 1912. Nair, ao contrário das

outras pacientes, não foi observada na colônia. Aurora da Cruz<sup>963</sup> (branca, brasileira, solteira, sem profissão, 15 anos) e Eponina Lima<sup>964</sup> (parda, brasileira, solteira, tinha 13/19 anos) eram órfãs de pais, sendo as mães falecidas de tuberculose pulmonar, e tinham o diagnóstico de epilepsia. Aurora contou ao médico Gustavo de Rezende que “desde os 3 anos de idade mais ou menos vem sofrendo de ataques epiléticos. Ultimamente tem tido tonteiras e cefaleia”. Essa paciente deixou a colônia transferida para o HN em 1939, com cerca de 30 anos. Segundo Rezende, quando chegou à colônia a paciente ainda não tinha tido a primeira menstruação. Por sua vez, Eponina referiu ao médico que “em criança teve sarampos, coqueluche, cataporas e meningite”, sendo “internada no Hospital Nacional pela sua avó, em virtude de dar ataques epiléticos desde tenros anos”. No exame direto, como no caso de outras epiléticas, a exemplo da própria Aurora, o médico sinalizou problemas no campo da memória e da inteligência: a primeira foi vista como lacunosa e a segunda como medíocre. Eponina ainda tinha, segundo o médico, a afetividade um tanto diminuída, “dizendo a doente que não gosta da sua mãe porque era muito ruim para ela, mas gosta muito de sua avó”.<sup>965</sup> Ela permaneceu na colônia ao todo um ano e cinco meses, em torno de nove meses e meio na primeira internação e oito meses na segunda. Na primeira vez, ela foi eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de três meses obtida em fevereiro de 1926. Na segunda, foi transferida para o HN em março de 1930 por não ser adaptável ao regime colonial. As avós internavam, portanto, ao que tudo indica, por motivos muito similares aos das mães, ou seja, por dificuldades relacionadas ao cuidado e ao convívio com jovens epiléticas e oligofrênicas, que ainda sofriam com o agravante da falta dos progenitores, especialmente da figura materna.

### Irmãs

Das nove mulheres internadas por suas irmãs, oito eram brasileiras e uma portuguesa; oito brancas e uma não teve a cor informada. Três foram matriculadas como

---

<sup>963</sup> N. 1.903, Livro 16 de Observação. Foi apresentada por sua avó Maria de Oliveira e admitida com autorização do diretor-geral. Foi internada em 5 de julho de 1925 [hospício/PEP?] e enviada para a colônia seis dias depois. Trabalhou na limpeza geral, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Saiu em 12 de maio de 1928 com uma licença de seis meses, requerida por sua avó. Regressou, no entanto, antes do prazo, em 27 de julho, sendo enviada para a Sala Paulo Costa por ter vindo muito agitada e com ataques frequentes.

<sup>964</sup> N. 1.895 e 2.225, Livros 16 e 19 de Observação. Procedeu da Santa Casa e depois do 10º DP; a instituição internante, no primeiro caso, foi a RCP, no segundo, a própria delegacia. Foi internada no HN em setembro de 1922 e julho de 1929, sendo transferida para a colônia em maio de 1925 e agosto de 1929. Trabalhava na limpeza, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Obteve uma licença de dois meses em junho de 1925 e regressou em agosto doente.

<sup>965</sup> N. 1.895, Livro 16 de Observação.

casadas, três como solteira, duas como viúvas e uma não teve o estado civil informado. As idades variavam de 12 a 54 anos. Seis foram internadas com guias da polícia, duas com autorização do diretor geral e uma com autorização do diretor da colônia. Os diagnósticos foram epilepsia (três), esclerose cerebral e epilepsia (um), psicose maníaco-depressiva (três), oligofrenia e degeneração simples (um) e histeria de angústia conversão (um). Essas pacientes saíram da colônia por eliminação da matrícula por não se apresentar no prazo final da licença (cinco), por transferência para o HN (três) e por óbito (uma). Dentre o conjunto de mulheres internadas por suas irmãs, dispomos das observações médicas de sete pacientes e selecionamos quatro para apresentar a seguir; as sete pacientes com observações tinham pais falecidos.

Silvia Brito<sup>966</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, 40 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva), tinha o pai falecido de tuberculose pulmonar e a mãe de um *ictus* apoplético. Na observação médica feita pelo Dr. Gustavo de Rezende, a paciente atribuiu

a sua doença atual a desgostos, pois tendo vindo do Norte, quando já era moça, apaixonou-se por um homem que a desonestou, o que lhe causou profunda mágoa até hoje, fez uso então de bebidas alcoólicas, frequentou sessões espíritas e começou a ver e ouvir espíritos ultimamente; passou a andar sem destino pelas ruas, pelo que sua irmã resolveu interná-la no Hospital Nacional.

No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava “calma, orientada no meio e desorientada no tempo”; quanto ao juízo e raciocínio foram notadas “ideias melancólicas, de ruína e ideias hipocondríacas; diz-se infeliz, sem a graça de Deus, sem saúde, arruinada, tudo acabado”. A afetividade achava-se presente, “recebendo bem os seus parentes, referindo-se com carinho aos seus pais” e a vontade, diminuída, “mostrando-se irresoluta, não empregando atualmente sua atividade em mister algum nesta colônia”. Silvia, provavelmente, esperava se casar com o homem com quem perdeu sua virgindade, mas isso não aconteceu, provocando-lhe mágoa e frustração. A paciente permaneceu pouco mais de um ano e sete meses na colônia, deixando a instituição em transferência para o HN em março de 1930 por não se prestar ao regime colonial.

---

<sup>966</sup> N. 2.131, Livro 18 de Observação. Procedente do 23º DP. Foi internada em julho de 1928 e enviada para a colônia em agosto desse ano. Não trabalhava, o tratamento foi *open-door*, o prognóstico, desfavorável. Obteve uma licença de seis meses em 20 de dezembro de 1928, regressou oito dias depois.

Já o problema de Yolanda Vitorino<sup>967</sup> (branca, natural de Minas Gerais, casada, doméstica, instrução rudimentar, 38/43 anos, diagnosticada com loucura maníaco-depressiva) giraria em torno de um casamento apressado. Na observação médica realizada na colônia, a paciente contou, segundo Plínio Olinto, “que seu casamento foi apressado por conselho médico, por estar ela sofrendo de ilusões e sonhos em que intervinham homens querendo maltratá-la. Seu pai foi contrário a esse casamento. Atribui ela a isso o fato de ter ficado doente”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava “ligeiramente agitada, ajoelhando-se a cada momento, pedindo perdão e culpando-se do fato de estar doente por ter casado contra a vontade do seu pai”. Ainda segundo o médico, ela trabalhava um pouco como auxiliar de cozinha e estava sempre se queixando “de sua infelicidade, pedindo para sair, mas suplicando que não lhe mandem para a casa de sua irmã, pois foi essa que lhe enviou para o hospício, donde veio para cá, supondo demorar pouco”. Ela viveu praticamente doze anos na assistência psiquiátrica, desses, em torno de nove foram na colônia, onde faleceu em agosto de 1920 de cirrose atrófica sistêmica.

Não sabemos o motivo pelo qual o pai da paciente era contra o seu casamento. Mas, conforme explica Carla Pinsky, “o ideal do ‘casamento por amor’ havia triunfado como um dos ‘ícones da modernidade’ e não era mais abertamente contestado: o indivíduo mais do que a família é dono de seu destino e a escolha do cônjuge agora não cabe aos pais”; no entanto, “a influência familiar ainda era forte e a autoridade paterna mantinha poder de veto, especialmente em namoros considerados inadequados por questões (preconceitos) de classe, ‘raça’ ou religião”. Com efeito, segundo a autora, “não se apostava no sucesso de uniões desaprovadas pela família. Se ‘as mulheres vivem para o amor’ como se dizia, devem evitar a paixão, ‘a efervescência do juízo’, as escolhas insensatas e condenáveis. Homens casados, desquitados ou ‘aventureiros’ (...) estão, pois, fora de questão” (PINSKY, 2013: 482).

De todo modo, o conselho médico dado a Yolanda ia ao encontro da perspectiva médica de fins do século XX e início do XX de que a “não realização das necessidades sexuais” conduziria a mulher “à loucura e à reclusão no hospício” (ENGEL, 2004: 355). Nesse sentido, entendia-se que a satisfação dos instintos sexuais apenas através de relações legítimas e, em seguida, a realização da maternidade funcionariam como um

---

<sup>967</sup> N. 31, Livro 1 de Observação. Procedeu do 19º DP e foi internada pela Repartição Central da Polícia. Ingressou no HN em setembro de 1908, sendo transferida para a colônia em agosto de 1911. Trabalhava na cozinha, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

remédio capaz de salvar a mulher da loucura e da morte. Yolanda foi diagnosticada com loucura maníaco-depressiva e não histeria, mas vale observar ainda com Magali Engel que, em geral, “os alienistas consideravam o casamento um meio terapêutico importante na prevenção e no tratamento da histeria, mas, ao mesmo tempo, questionavam a possibilidade de generalizá-lo e relativizavam sua eficácia” (p. 356).

O psicanalista brasileiro Jurandir Freire Costa aponta que “o amor permitiu à higiene realizar sua manobra mais ambiciosa e, talvez, mais bem sucedida junto à família: converter quase completamente a figura sentimental do homem ao personagem do pai, e a da mulher ao personagem da mãe”, tornando esta identificação entre masculinidade e paternidade e feminilidade e maternidade “o padrão regulador da existência social e emocional de homens e mulheres” (COSTA, 1989: 239).

Florinda Bastos,<sup>968</sup> branca, portuguesa, doméstica, 48 anos, pais falecidos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva, foi matriculada como casada, mas na observação médica contou ao Dr. Gustavo de Rezende que era, na verdade, divorciada. Relatou ter se casado “aos 16 anos de idade e após 13 anos de casada viu-se obrigada a tratar do divórcio, porque seu marido era malandro, vivia das grandezas, deixando que ela e os filhos passassem fome”. Assim, “depois do divórcio teve de trabalhar como costureira para poder manter os seus filhos”. Informou ter tido seis filhos e diversos abortos, restando viva apenas uma filha, os outros tendo sido vítimas de varíola. No exame direto, o médico apontou a presença de ideias de perseguição, “atribuindo todo o seu mal à inveja de suas irmãs, que querem apoderar-se do que é dela. Queriam transformar sua casa em uma baderna, ao que se opôs tenazmente”, e de queixumes, “dizendo-se infeliz, acusando seus parentes que até trabalho lhe tiraram, não permitindo que exercesse a sua arte da costura, desempregando-a sempre que arranja um lugar em qualquer ateliê”. A afetividade, segundo o médico, encontrava-se “um tanto diminuída, dizendo que podia deixar escrito no livro que ela não tem parentes”. Na Colônia, ela permaneceu quase cinco anos, sendo eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de seis meses obtida em março de 1930.

Sueann Caulfield destaca que o código de 1916 manteve “o desquite, ou separação de corpos e bens sem direito de contrair novas núpcias”, e que, caso “a esposa fosse pobre e não tivesse ofendido a honra do marido, ela tinha direito de receber dele uma pensão

---

<sup>968</sup> N. 1.898, Livro 16 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 16º DP. Ingressou no HN em abril de 1925, sendo enviada para a colônia em junho desse ano. Trabalhava na lavoura, o tratamento foi *open-door*, balneoterapia e sedol e o prognóstico foi favorável.



alimentícia e meios de subsistência para os filhos” (CAULFIELD, 2000: 66). Ela, no entanto, poderia perder tal direito se revelasse algum comportamento considerado desonesto ou mantivesse relações sexuais com outros homens após a separação. Cláudia Fonseca, por sua vez, nota que “separar-se do marido significava, em geral, um novo alojamento, com aluguel a pagar” e, além disso, “a mulher pobre, diante da moralidade oficial completamente deslocada de sua realidade, vivia um dilema imposto pela necessidade de escapar à miséria com o seu trabalho e o risco de ser chamada de ‘mulher pública’” (FONSECA, 2004: 518-519). Igualmente, Carla Pinsky destaca que mulher separada no dicionário da época é “uma condenada à solidão e ao desamparo moral; e a que se une a um homem separado, alguém que não merece respeito e ainda compromete o futuro dos filhos” (PINSKY, 2013: 490).

Já em relação ao problema do trabalho, Pinsky afirma que “se, em geral, as trabalhadoras pobres eram consideradas “moralmente vulneráveis”, certas atividades, como florista ou costureira, por exemplo, eram ainda mais comprometedoras” (PINSKY, 2013: 504). Ainda segundo essa autora, nessa época, “a ‘mulher trabalhadora’ já não é mais a pobre coitada do imaginário de décadas atrás”. Porém, “além da incapacidade econômica do país em absorver a totalidade da força de trabalho feminina disponível, os preconceitos machistas e as obrigações domésticas impediram muitas mulheres, mesmo educadas e bem-preparadas, de ingressar no mercado de trabalho” (PINSKY, 2013: 506). Florinda foi uma das muitas mulheres brancas que entendiam que haviam sido internadas por trabalhar fora. Mesmo que questionemos sua afirmação, cabe levar em consideração o significado de trabalhar como costureira fora do “recôndito do lar” para uma mulher branca, separada, no Rio de Janeiro dos anos de 1920. Por último, na busca do entendimento do comportamento malandro do marido de Florinda, percebemos com Rachel Soihet que “nem todos os homens se preocupavam com o sustento da casa” e que, apesar de alguns maridos acusarem suas companheiras de tê-los trocado por “vagabundos, bêbados, e viciados no jogo, que se deixavam sustentar pela mulher”, na verdade, boa parte deles parecia ter esses mesmos hábitos (SOIHET, 2004: 516).

Aida Burg,<sup>969</sup> branca, brasileira, pais falecidos, casada, 35 anos, diagnosticada como oligofrênica e com degeneração simples, foi internada no HN por suas irmãs em

---

<sup>969</sup> N. 2.045, Livro 17 de Observação. Procedeu da Secretaria da Presidência da República e foi admitida com autorização do diretor geral. Ingressou no HN em outubro de 1926, sendo transferida para a colônia em setembro de 1927. Trabalhou na costura, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Obteve licenças de seis meses em 29 de março de 1928 e 6 de dezembro de 1935, regressando,

1926, mas não sabia explicar o motivo. Aida foi observada três vezes na colônia, na primeira por Gustavo de Rezende e nas outras por Zacheu Esmeraldo. Em sua documentação clínica consta ainda uma entrevista feita pela enfermeira Flora Soares Rosa com uma irmã sua, chamada Alice Burg.

Na primeira observação médica, consta que se casou aos 20 anos e que “do seu matrimônio houve um filho que nasceu de seis meses em virtude de um susto que a mãe teve durante a gestação”. Relatou “frequentar sessões espíritas, onde tirava receitas para seu tratamento”. No exame direto, o médico apontou que a paciente sabia ler e escrever, e tabuada, até a de multiplicação; associava rapidamente as ideias e tinha ideias persecutórias, “dizendo que a vizinhança queria sempre procurar desavenças e atirava pedras na sua casa, quebrando-lhe as vidraças”. Não revelava distúrbios psicossensoriais e tinha a afetividade presente, “referindo-se ao marido e às suas irmãs com afeição”. Além disso, segundo o médico, seu estado geral se achava debilitado, “notando-se emagrecimento, pele flácida, turgor desaparecido, muita falta de dentes e pigmentação parda disseminada pelo corpo”.

Em 17 de agosto de 1939, ela foi observada novamente, agora por Zacheu Esmeraldo, que apontou que a paciente se apresentava “sempre em um estado de excitação maior ou menor, gostando muito de cantar, explicando ela que ‘cantar não é crime’”. O médico destacou que Aida não exibia “fenômenos de dissociação”, tinha “o ânimo alevantado, mas não iracundo”, certo grau de euforia e emotividade fácil, encontrava-se “bastante dócil” e vinha sendo “ótima serviçal de faxina deste pavilhão”. O médico descreveu como Aida se entregava inteiramente ao trabalho na instituição:

É de ver-se a paciente, toda arremangada, balde na mão ou vassoura em punho, a vasculhar, decidida, as enfermarias das sórdidas, desde que haja, nas torneiras, um pouco de água.

No primeiro capítulo, tratamos da praxiterapia, apontando tanto a adaptação como a resistência ao trabalho na instituição por parte das pacientes. No trecho citado acima, podemos identificar a disposição da paciente para o trabalho. A psiquiatria relacionava esse estado de espírito a um alheamento de si mesmo, de suas lóstimas reais ou imaginárias.

A reação de Wassermann no sangue, solicitada pelo médico, resultou positiva em 26 de agosto de 1939. Em 19 de setembro do mesmo ano, Aida foi pela terceira vez

---

respectivamente, em 26 de abril de 1928 (não terminando a licença por ter-se agitado em sua casa) e 12 de dezembro de 1935.

observada, em razão da licença de doze meses requerida por sua irmã Alice. Esmeraldo apontou que a paciente desejava ir para casa, onde sua irmã iria levá-la e que suas duas irmãs disputavam a sua companhia e, por causa disto, haveria mesmo ciúmes entre as duas. Por último, assinalou que, em vista da conduta pacata e calma que a paciente apresentava, lhe era concedida a licença.

Em 19 de agosto de 1939, a enfermeira Flora colheu informações da irmã da paciente. Esse tipo de pesquisa por parte das enfermeiras foi bastante comum no âmbito da Colônia Gustavo Riedel, nos anos de 1930. De acordo com a entrevista, esses eram os antecedentes de Aida Burg:

Aida B. V. tem 48 anos, tem quatro irmãs vivas e um irmão, todos em estado de saúde perfeita; Aida casou-se com 20 anos com Edmundo Veloso, Aida era forte e sadia; seus pais também eram saudáveis, sendo seu pai alemão e sua mãe brasileira; seu pai faleceu aos 45 anos de um ataque de uremia; e sua mãe de um câncer no útero derivado de muitos abortos provocados. O marido de Aida estava cheio de moléstias venéreas, daí resultando ficar Aida muito doente, pelo contágio das mesmas. Aida andou em tratamento, por diversas vezes, no Ambulatório Rivadávia Corrêa, com o dr. Mário Reis; era tão grave o seu estado, que o médico queria submeter o marido de Aida a um tratamento enérgico; para esse fim mandou chamá-lo várias vezes não sendo atendido. Em solteira Aida era trabalhadeira, zelando pela casa e pelos irmãos menores; Aida não era tristonha nem alegre em demasia, não era vaidosa, não gostava de andar nas casas dos vizinhos, falava pouco; era risonha e ativa, fazendo tudo com relativa perfeição; depois de casada só saía com o marido.

Já na segunda parte do relatório da entrevista, intitulada “Como começou a doença de Aida”, a enfermeira assinalou o seguinte:

A doença de Aida começou com muitas dores de cabeça; Aida começou não ligar mais aos seus afazeres domésticos; e assim ela que falava pouco, começou a falar muito, rindo alto, e fazendo algazarra, cantando o dia inteiro, deixou de ser caseira e principiou a andar pelas casas dos vizinhos, saindo todos os dias muito pintada; e, enfeitada de tal forma, que chamava a atenção de todos, deixando logo ver que ela não estava boa do juízo. Ficando Aida cada vez pior suas irmãs a internaram nesta colônia.

Na entrevista concedida à enfermeira Flora, a irmã da paciente estabelecia “um antes e depois” de Aida em razão de seu adoecimento pelas moléstias venéreas; mas, na verdade, o que se vê é uma descrição de como a mulher devia ou não ser e se comportar. Conforme observa Rachel Soihet, nessa época vigorava a ideia, própria do modelo burguês de comportamento e assente no direito brasileiro, de que uma mulher honesta não devia sair só. Além disso, tal modelo se ligava à proposta endossada por médicos

acerca da divisão entre as esferas pública, destinada aos homens, e privada, considerada como própria das mulheres (SOIHET, 2004: 365). A mesma mulher, antes classificada como caseira, trabalhadeira, séria, mas feliz e sem vaidade, passa a ser então descrita como uma mulher negligente com suas obrigações de dona de casa, exagerada em suas atitudes, na forma de se maquiar e se enfeitar e, ainda mais grave, que saia sozinha e vivia metida na casa dos vizinhos. Alice Burg traçava um perfil extremamente problemático de sua irmã, insinuando que, a partir de um determinado momento, ela havia deixado de se comportar como uma mulher honesta, de família. Do ponto de vista psíquico, o que se vê é uma noção de sujeito extremamente destituída de vitalidade e espontaneidade. O que Alice descrevia como sendo uma mulher sadia era, na verdade, o ideal de mulher submissa, passiva e recatada. Através do relato da irmã da paciente temos conhecimento ainda do esforço (em vão) do Dr. Mário Reis para trazer o marido da paciente para também ser tratado de suas doenças venéreas no ARC.

Como vimos, a irmã da paciente reforçava que ela, depois de casada, saía apenas com o marido. Marina Maluf e Maria Lúcia Mott, tratando das mudanças no comportamento feminino ocorridas ao longo das três primeiras décadas do século XX, sublinham que a mulher sensata, principalmente quando casada, devia evitar “sair à rua com um homem que não seja o seu pai, o seu irmão ou o seu marido. Caso contrário, iria expor-se à maledicência, comprometendo não só a sua honra como a do marido, conforme se lia na *Revista Feminina*, importante publicação do período” (MALUF; MOTT, 1998: 369). Mais do que corresponder ao que era defendido pela Igreja, explicitado por médicos e juristas, sancionado pelo Estado e propagado pela imprensa, a imagem da mãe-esposadona de casa como a vital e mais importante função da mulher “acabou por recobrir o ser mulher — e a sua relação com as suas obrigações passou a ser medida e avaliada pelas prescrições do dever ser” (MALUF; MOTT, 1998: 374).

Cláudia Fonseca, por seu turno, observa que uma das formas de mostrar que uma mulher era despreparada para criar seus filhos aos olhos do tribunal era “descobrir alguma parente – uma filha amasiada, uma irmã separada”, afinal “a contaminação moral entre mulheres se espalhava facilmente” (FONSECA, 2004: 532). Nessa perspectiva, com a internação de Aida, suas irmãs colocavam um ponto final na vida “cheia de liberdades” que ela vinha levando, ao mesmo tempo “protegendo” a irmã perdida e defendendo a honra da família. Uma das queixas da irmã da paciente era que Aida ficava então o dia inteiro cantando. Ela, por sua vez, na primeira observação na colônia argumentou com o médico que cantar não era crime. Diante da violência e negligência do marido, Aida

reagiu abandonando os afazeres domésticos e evidenciando uma personalidade mais expansiva. Mas a mudança em seu comportamento foi entendida por sua irmã, numa lógica machista, como prova de um distúrbio mental. Ela permaneceu na colônia por mais de doze anos, sendo eliminada do quadro de pacientes em 2 de outubro de 1940 por não retornar de uma licença de doze meses obtida em 19 de setembro de 1939 (requerida por sua irmã Alice).

Assim como as mães e as avós, as irmãs também vão enviar suas parentes epiléticas para o manicômio. Mas, além dessa doença, são notáveis, nas histórias das pacientes internadas pelas irmãs, os relatos de conflitos afetivo-conjugais e de problemas de gênero. As irmãs internaram sobretudo, nesse sentido, mulheres com problemas no casamento. Essas internantes vão reproduzir, muitas vezes, valores machistas e sexistas e representações sobre o lugar das mulheres na sociedade.

### Filha

A única paciente da amostra em análise internada por uma filha foi Carlota dos Anjos,<sup>970</sup> branca, natural do Rio de Janeiro, viúva, doméstica, instrução rudimentar e 54/63 anos; na primeira internação, recebeu o diagnóstico de psicose-maníaco-depressiva, na segunda, foi adicionado o de epilepsia. Carlota foi observada em duas ocasiões, na primeira vez por Plínio Olinto e na segunda por Gustavo de Rezende. Ao primeiro médico contou “que começou a sentir-se doente logo após a morte de seu marido e que foi internada no hospital por suas filhas que não lhe podiam ter em casa” e que, tendo melhorado e recebido alta da instituição, “empregou-se em casa de um tal Labranca que não lhe pagou os salários e novamente internou-se no hospital donde foi transferida para esta colônia a título de um passeio em recompensa aos bons serviços prestados na seção onde estive”. Nesse ponto, o médico registrou que “as suas informações não merecem crédito porque a doente fantasia muito, ficando frequentemente em contradição”. Olinto explicou que a paciente se portava relativamente bem na colônia, permanecendo, quando se entregava ao trabalho de bordado, muito tempo entretida com ele. Mas, às vezes, se agitava “bruscamente arremessando os objetos que tem nas mãos;

---

<sup>970</sup> N. 7 e 1.949, Livros 1 e 16 de Observação. Procedeu da 11ª circunscrição urbana e depois do 20º DP, em ambos os casos foi internada pela polícia. Ingressou no HN em janeiro de 1906 (3ª entrada, a 2ª ocorreu em 1903, quando teve o diagnóstico de histeria) e fevereiro de 1926, sendo transferida para a colônia em agosto de 1911 e março de 1926, respectivamente. Na primeira internação trabalhou na costura, já na segunda não prestou nenhum serviço, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico desfavorável. Obteve quatro licenças de dezembro de 1931 a dezembro de 1932.

não se lhe prestando atenção essa agitação passa e ela recomeça o trabalho”. Chama a atenção aqui a estratégia do médico de ignorar a paciente quando de sua crise de agitação durante o trabalho, com a ideia subjacente de que o indivíduo precisa ser normatizado e não atendido. A falta (castração) figura como o remédio que vai tratar esse sujeito pulsional, perigoso, agitado. Em seguida, o médico expôs que a paciente tinha “garbo ao falar que é maluca e que breve passará a alienada porque assim a quer o diretor”. Esta fala nos remete à transformação da loucura em alienação mental no âmbito do saber-poder psiquiátrico, o que, segundo Engel, fez parte da própria consolidação da psiquiatria na Primeira República (ENGEL, 2001). O médico apontou que a paciente se apresentava orientada, com a imaginação exaltada (mitomania) e o sentido moral bastante prejudicado (coprolalia frequente), mas que não deixava transparecer distúrbios psicossensoriais. A associação de ideias se fazia regularmente no início de uma conversa, sendo, em seguida, realizada por assonância e, por fim, aparecendo claramente como fuga de ideias.<sup>971</sup> Olinto destacou ainda que, com o avanço da idade, era possível que a demência senil sobreviesse ao estado da loucura maníaco-depressiva.

A Gustavo de Rezende, por sua vez, em meados da década de 1920, a paciente relatou que se casou aos 20 anos e teve dez filhos e um aborto e que, desde tenros anos, sofria de ataques epilépticos e gostava de bebidas alcoólicas. Disse ainda que, por volta dos 40 anos, “começou a apresentar os primeiros sinais de perturbações mentais, os quais melhoraram e depois tornaram a voltar, pelo que já foi internada várias vezes no Hospital Nacional (cinco entradas)”. O médico apontou que a paciente se mostrava calma, efetiva, orientada (meio e tempo), com memória muito lacunosa e ideias de perseguição, “dizendo não poder falar porque seus filhos a proíbem”.<sup>972</sup> Como fica claro na história de Carlota, as observações mudavam muito de acordo com o médico que estava observando, questão que será trabalhada no próximo capítulo. Ela permaneceu na colônia ao todo dez anos, em torno de dois anos na primeira internação e oito anos na segunda. Inicialmente, foi eliminada do quadro de pacientes em dezembro de 1913 por não retornar de uma licença obtida em maio daquele ano. Por fim, veio a óbito em março de 1934, de arteriosclerose generalizada, *ictus* apoplético. É notável que, assim como nas outras internações efetuadas por mulheres que analisamos (mães, avós e irmãs), a paciente internada pela filha tenha recebido, além do diagnóstico de psicose-maníaco-depressiva, o de epilepsia.

---

<sup>971</sup> N. 7, Livro 1 de Observação.

<sup>972</sup> N. 1.949, Livro 16 de Observação.

## Tias e madrinha

Uma mulher foi internada no HN pelas tias e outra pela madrinha com quem vivia e para quem trabalhava. A primeira se chamava Ana do Espírito Santo<sup>973</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, 17 anos, diagnosticada com estado atípico de degeneração), e dizia ter pais vivos, vivendo na cidade de Campos, e sete irmãs. Na sua observação médica, contou ao Dr. Gustavo de Rezende que “no ano próximo findo começou a ter alterações frequentes com as tias em cuja casa se achava, deixando então de se alimentar convenientemente e passando os dias a chorar, pelo que sua tia resolveu interná-la no Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se mostrava “calma, em atitude humilde, distraíndo-se facilmente, ora brincando com a própria roupa, ora olhando para os lados, outras vezes divertindo-se em puxar as suas mãos”. Tinha a memória lacunosa, “talvez por falta de memória de fixação, não dando a doente a devida importância às coisas mais sérias da vida”, a inteligência bastante medíocre, “não sabendo ler nem escrever, não apresentando mesmo a vivacidade natural de pessoas de inteligência normal” e a afetividade um tanto diminuída, “predominando mais o interesse egoísta, dizendo-nos a doente que gosta mais de sua tia do que de seus pais, pois sua tia é quem vem retirá-la do hospício”.

A segunda era Felícia da Costa,<sup>974</sup> parda, brasileira, filiação não ignorada, solteira, doméstica, 21 anos, diagnosticada com debilidade mental. Ela contou ao Dr. Plínio que “foi levada para o hospital por estar em casa muito nervosa e não poder permanecer junto de sua madrinha com quem vivia e para quem trabalhava”, e que, eventualmente, “ficava muito triste, seguindo-se logo depois um tempo de alegria durante o qual saía de casa, passeava, não podendo suportar o trabalho diário”. No exame direto, o médico apontou que “da primeira vez que esteve aqui passou bem e manifestou distúrbios mentais. De volta, via Hospital, continua calma, porém falando sempre, procurando conversar a cada momento, sem conseguir permanecer por muito tempo no mesmo lugar”.<sup>975</sup> Parece que

---

<sup>973</sup> N. 1.956, Livro 16 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 20º DP. Ingressou no HN em outubro de 1925 e foi enviada para a colônia em março do ano seguinte. Trabalhou na copa, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Foi eliminada do quadro de pacientes em 18 de outubro de 1926 por não retornar de uma licença de seis meses obtida em 17 de março de 1926. Permaneceu 149 dias na assistência psiquiátrica, dos quais apenas cinco dias foram na colônia.

<sup>974</sup> N. 1.583 e 1.620, Livros 12 e 13 de Observação. Foi apresentada à polícia e internada pela RCP. Ingressou no HN em novembro de 1920 e dezembro de 1921, sendo transferida para a colônia em maio de 1921 e dezembro de 1921, respectivamente. Esteve na Sala Paulo Costa dezenove vezes nos anos de 1923, 1924, 1929, 1930 e 1931. Trabalhou na copa da colônia, o tratamento foi *open-door*, balneoterapia, clinoterapia e sedol, e o prognóstico, sem esperança. Obteve uma licença de seis meses em 6 de setembro de 1922, regressando em 1º de novembro de 1922 apresentando a mesma situação.

<sup>975</sup> N. 1.620, Livro 13 de Observação.

Felícia, como muitas trabalhadoras domésticas nesse período, trabalhava basicamente em troca de teto e comida e sem direito ao descanso semanal. A história dessa paciente indica uma relação de submissão e exploração. Foi, na primeira vez, eliminada em novembro de 1921 por não retornar de uma licença obtida em maio daquele ano. Por fim, faleceu em novembro de 1932 de ancilostomíase, insuficiência mitral e insuficiência cardíaca. Permaneceu na colônia doze dias na primeira internação e mais de dez anos na segunda. Nessas internações, é notável a pouca existência de vínculos familiares e relações de trabalho precárias.

#### 4.3.6.3. Internadas por vontade própria

Foram identificadas nas histórias clínicas doze mulheres que teriam se internado por vontade própria na assistência psiquiátrica. Dessas, uma era parda, quatro eram pretas e sete, brancas, sendo uma portuguesa e uma espanhola, enquanto as demais eram brasileiras. Havia três solteiras, quatro casadas e cinco viúvas. As idades variavam de 18 a 70 anos. Todas foram internadas por intermédio da polícia. Os diagnósticos foram os seguintes: psicose periódica (três); debilidade mental (duas); alcoolismo, depois psicose tóxica alcoólica; debilidade mental e alcoolismo; delírio episódico; histeria; histeria e psicose maníaco-depressiva/psicose maníaco-depressiva e síndrome histeroide; parafrenia sistemática; psicose alcoólica, todos com um caso. As saídas foram por não retornar de licença médica (quatro), transferência para o HN (quatro), alta (uma) e óbito (duas). Dentre esse conjunto, dispomos das observações médicas de nove pacientes e selecionamos três para apresentar a seguir.

No primeiro caso clínico, observamos a fragilidade dos vínculos e das redes de apoio e, também, a precariedade do trabalho.<sup>976</sup> Margarida Trindade,<sup>977</sup> branca, portuguesa (no Brasil desde 1893), natural da Ilha de São Miguel, viúva, analfabeta, 70 anos, diagnosticada com psicose periódica, vivendo, portanto, em um lugar social marcado pela pobreza, analfabetismo, imigração, velhice e, como veremos, pelo trabalho como empregada doméstica, agiu de modo a aproveitar as possibilidades de sobrevivência que lhe restavam. Em 26 de outubro de 1920, Waldemar de Almeida registrou que a

---

<sup>976</sup> Outro caso desses é o de uma paciente preta, separada do marido e submetida a condições precárias de trabalho, analisada na seção 4.3.3, “Polícia do Distrito Federal”.

<sup>977</sup> N. 1.500, Livro 12 de Observação. Foi internada pela RCP (campo procedente vazio). Ingressou no HN em julho e na colônia em setembro de 1920. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. A nota clínica do hospício apontava o seguinte: “é a segunda entrada, está doente desde a entrada que não apresenta crise de agitação alguma. Tem trabalhado no refeitório da seção. Wassermann no sangue negativo e von Pirquet idem”.



paciente entrou da primeira vez “no manicômio por questão que teve com uma moça. Estava empregada como doméstica e procurou internar-se voluntariamente no Hospital Nacional”; usava de vinho com muita moderação. Ainda segundo o médico, a paciente estava “emotiva, chorosa” e era “obediente, loquaz, bem-humorada, sociável”. Estava desorientada no tempo e lugar; mas tinha noção do meio e vinha trabalhando “com assiduidade e proveito na sala de costuras”. É possível que Margarida morasse na casa de seus patrões e tenha, depois do problema vivido em seu trabalho, ficado sem abrigo e meios de subsistência. Assim, ela parece ter sido uma das várias mulheres que nesse período optou por sobrevivência (abrigo e comida) ao invés de liberdade, asilando-se voluntariamente no manicômio. Permaneceu na colônia quase dois anos, até agosto de 1922, quando foi transferida para o HN por sofrer de bronquite crônica.

Nos dois casos tratados a seguir, é possível perceber, além da questão da precariedade, construções subjetivas e corporais marcadas por dor e desconfiança. Eram mulheres que sofriam o efeito do rótulo de louca (HUERTAS, 2012: 115). Arminda da Silva<sup>978</sup> (branca, natural de Niterói, filiação ignorada, casada, nenhuma instrução, 47 anos, diagnosticada com debilidade mental) foi observada em fevereiro de 1919 por Waldemar de Almeida, que registrou que a paciente veio transferida para a colônia após sua segunda entrada no HN, onde foi admitida “porque tinha ideias de que queriam envenená-la, recusando os alimentos. Tendo alta, voltou novamente por motivo de perseguições que lhe moviam, pedindo, *sponte sua*, sua entrada”. No exame direto, o médico apontou, dentre outros sintomas, a existência de “alucinações auditivas e francas ideias delirantes de caráter persecutório, sem sistematização”, além de sugestibilidade e crises de choro. Por vezes se mostrava reservada, em outros dias, apática, “fugindo ao convívio”. Segundo o médico, “este estado de leve excitação coincide com o início do menstruo, que é regular”. Se encontrava emagrecida, com a fisionomia triste e a atitude calma; também apresentava hipertrofia da tireoide. Trabalhava na costura, com proveito. Por fim, confessava o uso anterior de bebidas alcoólicas. Ela foi observada novamente em junho de 1927, quando Gustavo de Rezende registrou que as alucinações auditivas e visuais continuavam, “chegando a afirmar que no espelho vê pessoas dentro de sua vista”. Se apresentava calma, orientada, com a atenção boa, a associação de ideias lenta, a memória lacunosa e manifestando ideias persecutórias e de queixumes. Ainda segundo o

---

<sup>978</sup> N. 1.261, Livro 9 de Observação. Procedeu do 8º DP e foi internada pela RCP. Foi internada no HN em abril e na colônia em junho de 1918. Trabalhava na costura, o tratamento foi a balneoterapia e o prognóstico, sem esperança. Obteve uma licença de seis meses em março de 1934, da qual retornou em agosto.

médico, a paciente tinha a afetividade presente, “dizendo que seu sonho é terminar seus dias junto dos seus filhos”. Essa frase contrasta com a ideia de internação voluntária. Talvez Arminda tenha conseguido realizar tal sonho, já que ela foi eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de doze meses obtida em maio de 1936.

Maria da Penha,<sup>979</sup> preta, natural do Estado do Rio, viúva, doméstica, analfabeta, 44 anos (nascida por volta de 1875), trouxe do HN (segunda entrada) o diagnóstico de sífilis cerebral (?), o qual foi modificado para parafrenia sistemática na colônia. Na instituição de Engenho de Dentro, em 15 de janeiro de 1919, foi observada por Waldemar de Almeida, que registrou o seguinte:

Encontra-se perfeitamente orientada no tempo, lugar e meio. Humor benévolo. Nega o uso anterior de bebidas alcoólicas. Lá fora trabalhava como operária, ora como cozinheira; por ser muito religiosa, ensinava catecismo a várias crianças, para cumprir uma promessa; como falassem desfavoravelmente a seu respeito, inculcando-a de maluca, foi, *sponte sua*, à polícia para ser examinada e permaneceu 56 dias no Hospício. A 2ª entrada foi motivada por desconfianças de algumas pessoas, que preocupavam-se com o seu vestiário. Memória com algumas lacunas. Atenção e vontade presentes. Afetividade prejudicada. Teve quatro filhos, que são mortos. Percepção regular, de acordo com seu nível mental inferior, é analfabeta. Diz que tem, porém, grande facilidade em decorar o que ouve. Ideação presente. É sociável, calma, obediente. Trabalha de vários misteres domésticos e nos dormitórios da Colônia. É sitiofóbica, por intuição própria, diz que foi habituada a comer pouco, desde criança e cultivou tal, de modo a passar horas e dias sem comer; é fato verificado.

“*Sponte sua*” é uma locução latina que significa “de sua livre vontade”. Sofrendo com o estigma de maluca, Maria da Penha foi à delegacia de polícia para se submeter, por vontade própria, a um exame de sanidade para provar que não era alienada, mas, após isso, foi encaminhada para o HN, onde permaneceu 56 dias. A história clínica dessa paciente tem algo em comum com o caso de Olívia Pereira (branca, empregada doméstica, analfabeta, 15 anos), contado pela historiadora Sueann Caulfield. Segundo a autora, essa jovem “tentou escapar do estigma [de desvirtuada] ao procurar a Polícia e o Instituto Médico Legal para provar que era virgem, ‘apesar do que o povo do lugar diz’” (CAULFIELD, 200: 226). Tanto Maria da Penha como Olívia buscaram junto à polícia escapar dos estigmas, uma de deflorada e a outra de louca.

---

<sup>979</sup> N. 890, Livro 6 de Observação. Procedeu da Segunda Sessão (Secretaria de Polícia) e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em outubro de 1915, sendo transferida para a colônia em fevereiro do ano seguinte. Permaneceu na colônia por pouco mais de três anos, saindo com alta em fevereiro de 1919.

O elemento do trabalho, no entanto, não deve ser desprezado na análise. Em relação a ele, é possível perceber uma instabilidade no emprego (“trabalhando ora como operária ora como cozinheira”). Pensando o universo do trabalho feminino, Margareth Rago aponta que “apesar do elevado número de trabalhadoras presentes nos primeiros estabelecimentos fabris brasileiros, não se deve supor que elas foram progressivamente substituindo os homens e conquistando o mercado de trabalho fabril”, pois, na verdade, “as mulheres vão sendo progressivamente expulsas das fábricas, na medida em que avançam a industrialização e a incorporação da força de trabalho masculina” (RAGO, 2004: 581). Tratando das mulheres negras, Bebel Nepomuceno ressalta que, no pós-abolição, “uma das faces mais cruéis e visíveis da exclusão deu-se no mercado de trabalho” (NEPOMUCENO, 2013: 385). Essa mulher negra, viúva e muito católica, ao que tudo indica, abriu mão de sua liberdade por regulação e/ou mais concretamente em busca de um lugar onde pudesse encontrar abrigo e comida. A sitiofobia da paciente parece apontar justamente para as necessidades passadas por ela. Conforme explica Cláudia Fonseca, “num contexto onde não existia pensão de velhice, invalidez ou aposentadoria”, os pais dependiam dos filhos “para um mínimo conforto na velhice” (FONSECA, 2004: 540), e Maria da Penha tinha seus quatro filhos já mortos. Ela permaneceu pouco mais de três anos na colônia, saindo com alta em fevereiro de 1919.

As mulheres internadas de modo voluntário na assistência psiquiátrica, especialmente, podem ser vistas como desfiliações socialmente. Henrique Espada Lima assinala que “desfiliação social” é um conceito usado por Robert Castel para caracterizar “uma situação social definida pela vulnerabilidade da posição de um indivíduo com relação às redes de integração social, que envolvem desde o pertencimento precário a uma comunidade ou rede de sociabilidade, até a precariedade do trabalho e a fragilidade dos vínculos socioculturais” (LIMA, 2005: 318). Lima, como comentado anteriormente, usa esse conceito para pensar os sentidos dos termos dos contratos de locação de serviços na cidade do Desterro, no século XIX. Igualmente, as internações voluntárias podem ser entendidas, no contexto de constituição de um mercado de trabalho livre na cidade do Rio de Janeiro, como uma escolha que priorizava a subsistência em detrimento da liberdade; em um âmbito mais específico, elas estariam ligadas às mulheres se verem marcadas como loucas.

## CAPÍTULO 5

### AS MULHERES E O PODER-SABER PSIQUIÁTRICO

Para a construção do quinto capítulo nos valem sobretudo da análise de dois livros de matrícula de pacientes, de dezenove livros de observação médica da Colônia de Engenho de Dentro e de cartas escritas por seis pacientes internadas na década de 1920. Também foi importante a consulta de materiais impressos como artigos, teses e relatórios médicos. Este capítulo traz um contraste de narrativas, focalizando, por um lado, as narrativas específicas dos cinco médicos psiquiatras nos livros de observação médica da Colônia de Engenho de Dentro, e, por outro, as vozes e histórias das mulheres asiladas na instituição. As narrativas das mulheres surgem das cartas de pacientes e, também, de fragmentos de fala retirados das observações médicas. É um capítulo que revela o que Andrés Ríos Molina chamou de “polifonia dos registros clínicos” (MOLINA, 2004: 23).

No item 5.1, intitulado “Características da população manicomial”, realizamos uma análise quantitativa estatística e uma análise qualitativa descritiva dos diagnósticos, dos prognósticos, das terapêuticas, do tempo de permanência na instituição e, por último, das saídas das pacientes (por licença, alta, evasão, transferência ou óbito). Para a primeira análise, nos valem, sobretudo, dos livros de matrícula; já para a segunda, dos livros de observação. Escolhemos analisar mais detidamente cinco diagnósticos: histeria, psicose maníaco-depressiva e o chamado grupo das esquizofrenias (demência precoce, parafrenia e esquizofrenia). Para tanto, dialogamos com estudos que tratam sobre a histeria,<sup>980</sup> a psicose maníaco-depressiva<sup>981</sup> e a demência precoce, a esquizofrenia e a parafrenia.<sup>982</sup> Além disso, as contribuições de Nascimento (2002, 2005, 2007), Pereira (2016), e Moraes (2020) sobre a tuberculose nos ajudam a pensar a doença no espaço da colônia feminina.

Assim como no capítulo anterior, ao longo do texto estabelecemos um diálogo com a história das mulheres no Brasil<sup>983</sup> e também relativa a outros contextos (LAQUEUR, 2001; VIRGILI, 2013; CAPONI; MIRANDA, 2019), buscando pensar a construção da feminilidade e suas implicações para a definição de loucura. Sobre a relação entre gênero, loucura e psiquiatra, é preciso compreender que as mulheres não

---

<sup>980</sup> ENGEL, 2004; FACCHINETTI; RIBEIRO; MUÑOZ, 2008; NUNES, 2010; FACCHINETTI; CUPELLO, 2011; HUERTAS, 2012; TRILLAT, 2012.

<sup>981</sup> BIRMAN, 2010; BERRIOS, 2012; HOFF, 2012.

<sup>982</sup> FERRAZ, 2000; NOVELLA; HUERTAS, 2010; VENANCIO, 2010; HUERTAS 2012, 2020; GÁMEZ, 2013; GOLCMAN, 2015.

<sup>983</sup> CUNHA, 1986, 1989; CAULFIELD, 2000; ENGEL, 2001, 2004; ROHDEN, 2001; SOIHET, 2003, 2004; SCHETTINI, 2006; NEPOMUCENO, 2013; PINSKY, 2013; MUÑOZ; DIAS, 2021; TOLEDO, 2022.

são as únicas a terem seus comportamentos medicalizados. Na realidade, a psiquiatrização de comportamentos atinge ambos os gêneros de formas específicas, de acordo com padrões de feminilidade e masculinidade e ainda noções de raça e classe, compartilhados socialmente. Porém, por outro lado, o controle do corpo feminino e da sua sexualidade fez e faz parte de um universo político (masculino, sobretudo) ainda muito coeso.

No item 5.2, “A clínica psiquiátrica da Colônia de Engenho de Dentro”, realizamos uma análise qualitativa das observações realizadas pelos médicos Plínio Olinto, Braule Pinto, Ernani Lopes, Waldemar de Almeida e Gustavo de Rezende com o objetivo de conhecer a prática clínica desenvolvida na colônia feminina. A análise individual dos médicos nos permite evidenciar a relação dialética entre seus interesses de estudo e profissionais (suas produções científicas) e o trabalho clínico. Além disso, essa opção nos conduz a considerar como diferentes teorias conviviam no mesmo ambiente e, muitas vezes, no mesmo período e a pôr em cena a decalagem entre a teorização proposta e a prática instituída. Com efeito, as histórias clínicas nos oferecem informações preciosas a respeito da realidade do atendimento no estabelecimento, da casuística da loucura ou da recepção de teorias e saberes psiquiátricos por meio dos diagnósticos e tratamentos realizados.

No campo teórico, apoiamo-nos em Charles Rosenberg (história social da doença), em Rafael Huertas (história cultural da psiquiatria) e em Germán Berrios e nas produções da escola de Cambridge (história conceitual da psicopatologia descritiva). De maneira bem resumida, podemos dizer que, para Rosenberg, na medicina ocidental, a doença não existe enquanto um fenômeno social até que concordemos com sua existência e realizemos sua nomeação (ROSENBERG, 1992: xiii). Partindo dessa linha e analisando o caso das doenças ou transtornos mentais, Huertas considera que a reflexão sobre o caráter construído da loucura é enriquecida de forma significativa, “não só por sua enorme força simbólica e estigmatizadora, que em grande parte compartilha com as doenças infecciosas, mas por causa de seu próprio caráter maleável e um tanto elusivo de ‘o outro da razão’” (HUERTAS, 2012: 104). Assim, a construção social ou cultural da doença mental se apresenta “como elemento fundamental para compreender a clínica, interpretar corretamente as mudanças conceituais e práticas em torno do trabalho psiquiátrico e compreender a atitude social em relação à doença mental e ao louco” (p. 113). Na introdução do livro *Historia de los síntomas de los trastornos mentales – La psicopatología descriptiva del siglo XIX*, Berrios afirma que a psicopatologia descritiva

é uma linguagem empregada na época atual “quase universalmente para designar os sintomas da doença mental e consiste num vocabulário, uma sintaxe, conjecturas sobre a natureza do comportamento e algumas regras de aplicação”. Em síntese, o médico e historiador peruano define a psicopatologia descritiva como “uma rede conceitual que une ao mesmo tempo o observador, o paciente e seus sintomas” (BERRIOS, 2012).

No item 5.3, “Cartas desde a Colônia de Engenho de Dentro”, analisamos as cartas escritas por seis pacientes que foram encontradas retidas junto a suas observações médicas, nos livros de observação. Assim, exploramos as cartas em conjunto com as descrições psicopatológicas que foram feitas sobre as autoras. A partir dos escritos das internas procuramos incorporar elementos fundamentais ao pensamento psicopatológico, como a subjetividade da paciente. Além disso, tais escritos nos permitem analisar a Colônia de Engenho de Dentro com um olhar “de baixo”, de acordo com a perspectiva que essas pacientes tinham das condições da internação. Com Haraway (2009), entendemos que os pontos de vista dessas pacientes não representam somente outro olhar da instituição, mas perspectivas mais objetivas, porque nos facultam uma objetividade corporificada, um olhar que vem desde algum lugar, um conhecimento que se revela a partir da experiência de mulheres consideradas loucas. Na narrativa, estabelecemos um diálogo com Molinari (2005); Wadi (2017); Villasante *et al.* (2018); Wadi; Ordorika; Golcman (2019) e Huertas (2020).

## **5.1. Características da população manicomial**

### **5.1.1. Diagnósticos**

Antes de apresentar as estatísticas dos diagnósticos, é importante explicar algumas dinâmicas e condições da clínica da Colônia de Engenho de Dentro. Como já dissemos muitas vezes, a esmagadora maioria das pacientes da colônia feminina, antes de chegar à instituição, já havia passado por duas outras instituições de grande prestígio acadêmico: o Pavilhão de Observação e o HN. As poucas que não seguiram esse caminho eram provenientes dos serviços anexos de higiene mental. O Pavilhão de Observação e o HN eram os lugares por excelência da produção do saber psiquiátrico no Rio de Janeiro. A Colônia de Engenho de Dentro não tinha esse perfil, mas marcava sua diferença em relação à higiene mental implementada pelo diretor Gustavo Riedel. Os médicos que trabalhavam no pavilhão e no HN foram os responsáveis pelos primeiros encontros e formulações diagnósticas das pacientes que chegavam, tempos depois, à colônia. Das 2.590 pacientes matriculadas entre 1911 e 1932, apenas uma não teve o diagnóstico

anotado no livro de matrícula. Era uma paciente branca, solteira, de 25 anos, internada diretamente no HN em 1928, mediante autorização do diretor geral da Assistência a Psicopatas; posteriormente, na colônia, foi diagnosticada com idiotia. Portanto, as pacientes já vinham para a instituição anexa com os diagnósticos formulados. Em alguns poucos casos, os médicos do HN encaminharam dúvidas diagnósticas. Pela análise de documentos clínicos sabemos que, nos livros de matrícula, eram registrados os diagnósticos formulados pelos médicos do HN e, nos livros de observação, os diagnósticos formulados pelos médicos da colônia. Estes últimos, na maior parte das vezes, repetiam os diagnósticos trazidos pelas pacientes do HN. Através da comparação dos diagnósticos dos livros de matrícula e de observação, verificamos que em torno de 140 pacientes tiveram seus diagnósticos trazidos do HN (livros de matrícula) alterados na colônia (livros de observação), sendo que um terço destas alterações foram feitas dentro do mesmo grupo diagnóstico, por exemplo, de alcoolismo para psicose alcoólica, e vice-versa. Além disso, constam três diagnósticos já modificados de psicose maníaco-depressiva para demência precoce e um de paralisia geral para parafrenia nos livros de matrícula. Finalmente, foram registrados nos livros da instituição mais de trezentos diagnósticos diferentes durante o período estudado (1911-1932).

Do conjunto de pacientes, 86% apresentaram um único diagnóstico psiquiátrico e 14% de dois a quatro diagnósticos. Assim, para lidar com os dados estatísticos e em busca de conclusões mais precisas, optamos por analisar separadamente o grupo de pacientes com diagnósticos únicos (n=2.221) e o grupo de pacientes com dois a quatro diagnósticos (n=369). No primeiro grupo, foi possível fazer uma análise de diagnóstico por paciente. No segundo, contabilizamos a ocorrência diagnóstica (n=773). Para um número pequeno de diagnósticos variados que não tinham uma representação quantitativa suficiente para serem analisados individualmente, os agrupamos sob o nome de “outros diagnósticos”. O agrupamento dos diagnósticos dos livros de matrícula da Colônia de Engenho de Dentro em únicos e em “múltiplos” (1911-1932) pode ser visto **em anexo XI**.

**Quadro IX – Agrupamento dos diagnósticos únicos das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932)**

Diagnósticos únicos	Pacientes		Pacientes por cor			
	N.	Total %	Branca %	Parda %	Preta %	S/ cor %
psicose periódica/psicose maníaco-depressiva/loucura maníaco-depressiva	676	30%	60%	23%	16%	1%
demência precoce/esquizofrenia/ parafrenia-estado esquizofrênico (2)	316	14%	54%	28%	17%	1%

debilidade mental	311	14%	44%	33%	23%	
alcoolismo/psicose tóxica alcoólica/ psicose alcoólica/delírio alcoólico	277	12%	19%	33%	48%	
Epilepsia	218	10%	50%	28%	21%	1%
demência senil/demência pré-senil/ demência/demência por arteriosclerose cerebral/ arteriosclerose cerebral/ esclerose cerebral/psicose pré-senil/psicose de involução	109	5%	49%	25%	25%	1%
confusão mental/confusão mental astênica/confusão mental urêmica/ confusão mental <i>postpartum</i> / confusão mental de origem autotóxica (menopausa)/ estado confusional/ estado confusional infeccioso/ estado confusional. gripe/ estado confusional. insuficiência ovariana/ estado de confusão/psicose autotóxica ovariana/ psicose consecutiva a uma febre amarela/ psicose gripal/psicose infecciosa. tuberculose(?)/psicose infectuosa/psicose tireogena/tireoidia/tirogena/psicose toxica/psicose tóxica catamenial/psicose tóxica infectuosa (post. variólica) /perturbações mentais da menopausa	63	3%	44%	33%	21%	2%
delírio episódico/delírio episódico dos degenerados (2)	58	3%	42%	29%	29%	
histeria/histeria de conversão (1)/histeria de angústia conversão (1)	57	3%	51%	33%	14%	2%
estado atípico de degeneração/degeneração inferior/degeneração mental/degeneração psíquica	53	2%	49%	28%	23%	
sífilis cerebral/paralisia geral/ sífilopsicose/ psicose sífilítica/ sequela tabiforme da encefalite letárgica	42	2%	38%	43%	19%	
outros <sup>984</sup>	41	2%	56%	27%	15%	2%

Levando em consideração os doze grupos de diagnósticos únicos estabelecidos, observamos que o grupo mais frequente foi o de loucura ou psicose maníaco-depressiva/periódica com 30%, seguido dos grupos das oligofrenias (debilidade mental, imbecilidade, idiotia e oligofrenia) e das esquizofrenias (demência precoce, esquizofrenia e parafrenia), ambos com 14%. Em quarto lugar ficou o grupo dos diagnósticos relacionados ao abuso do álcool (12%) e em quinto o grupo da epilepsia (10%). Em

<sup>984</sup> Outros diagnósticos (únicos): psicose puerperal/psicose gravídica (seis), personalidade psicopática (cinco), delírio sistematizado alucinatório crônico (quatro), paralisia cerebral infantil (quatro), esclerose cerebral atrófica da infância (três), paranoia persecutória (dois), presbiofrenia (dois), psicastenia (dois), síndrome histeroide (dois), toxicomania. trivalerina convalescente (dois), e com um diagnóstico cenestopatia, cocainomania, coreia de Sydenham, encefalopatia atrófica da infância, meningoencefalite crônica, nervosismo, neurose de angústia, psicose dep. e toxicomania.



seguida temos as formas senis e pré-senis (4%), os quadros de confusão mental/psicose autotóxicas/infecciosas (3%), o delírio episódico (3%), a histeria (3%), as degenerações e os diagnósticos relacionados à sífilis (2%). O quadro acima também mostra que as pacientes brancas foram mais diagnosticadas como maníaco-depressivas/periódicas e dementes precoces/esquizofrênicas e parafrênicas, enquanto as não brancas (pardas e pretas) foram mais classificadas com debilidade mental, delírio episódico, com os diagnósticos relacionados ao abuso do álcool, à sífilis e aos estados de confusão mental/psicoses autotóxicas/infecciosas. É interessante perceber a equivalência dos diagnósticos de epilepsia e a quase equivalência dos diagnósticos de histeria (apenas 1% a mais nas brancas) e relacionados às degenerações (apenas 1% a mais nas não brancas).

Agora se considerarmos o total de brancas (n=1077) com um único diagnóstico, verificamos que os cinco diagnósticos mais presentes nas mulheres brancas foram loucura/psicose maníaco-depressiva/periódica (38%), grupo das esquizofrenias (16%), oligofrenias (13%), epilepsia (10%) e, por último, alcoolismo (5%). Já na população parda (n=628) a configuração foi a seguinte: loucura/psicose maníaco-depressiva/periódica (25%), oligofrenias (17%), grupo das esquizofrenias (14%), alcoolismo (14%) e epilepsia (10%). Por fim, ao contrário do que ocorre no grupo das brancas, o alcoolismo (27%) abre a listagem dos cinco diagnósticos mais presentes nas mulheres pretas (n=504), sendo seguido dos seguintes diagnósticos: loucura/psicose maníaco-depressiva/periódica (22%), oligofrenias (14%), grupo das esquizofrenias (10%) e epilepsia (9%).

#### **Quadro X – Agrupamento dos diagnósticos “múltiplos” das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932)**

<b>Diagnósticos – “Múltiplos”</b>	<b>Nº de ocorrências</b>	<b>Total %</b>
debilidade mental (108), imbecilidade (21), oligofrenia (5), idiotia (3), imb. (1)	138	18%
alcoolismo (93), delírio alcoólico (5), psicose alcoólica (5), psicose tóxica alcoólica (5), intoxicação alcoólica crônica (1), alcoólica (1)	110	14%
psicose maníaco-depressiva (53), psicose periódica (41), loucura maníaco-depressiva (13)	107	14%
epilepsia – epilepsia psíquica (1)	77	10%
Histeria	57	6,5%
síndrome histeroide	52	6,5%
esquizofrenia (21), demência precoce (18), parafrênia (3), constituição esquizoide (1), esquizotimia (1), associação esquizofrênica (1)	45	6%
degeneração inferior (22), degeneração mental (6), degeneração (2), degeneração simples (1), degeneração psíquica (1), estado atípico de degeneração (1)	33	4%

confusão mental (11), estado confusional (4), estado de confusão (mental) (2), episódio confusional (1), episódio confusional urêmico (1), psicose de origem autotóxica (1), psicose gripal (1), psicose infectuosa (1), psicose tóxica (1), psicose tóxica catamenial (1), psicose induzida(?) (1)	25	3%
psicose de involução (7), psicose pré-senil (5), demência senil (4), arterioesclerose cerebral (3), arterioesclerose (1)	20	3%
sífilis cerebral (5), sífilopsicose (2), paralisia geral (1), demência paralytica (1), sífilis (1), infecção luética (1), encefalite crônica sífilítica (1), heredolues (1), lues hereditária (1), tabes dorsalis (1)	16	2%
delírio episódico	14	2%
excitação maníaca	11	1%
síndrome paranoide	8	1%
demência, demência consecutiva (1)	7	1%
personalidade psicopática (3), psicopatia constitucional (2)	5	1%
melancolia/D. melancólico/dep. melancolia(?)/estado melancólico/síndrome melancólica	5	1%
outros <sup>985</sup>	43	6%

Levando em consideração os dezoito grupos de diagnósticos “múltiplos” determinados, verificamos que o grupo mais frequente foi o das oligofrenias (debilidade mental, imbecilidade, idiotia e oligofrenia), com 18%, seguido dos diagnósticos relacionados ao abuso do álcool e de loucura ou psicose maníaco-depressiva/periódica, ambos com 14%. A seguir, temos o grupo da epilepsia (10%) e o grupo da histeria e o da síndrome histeroide, ambos com 7%, seguidos pelo grupo das esquizofrenias (6%), das degenerações (4%), dos estados de confusão mental/psicoses autotóxicas/infecciosas (3%), das formas senis e pré-senis (3%) e dos diagnósticos relacionados à sífilis (2%). Com 1% cada, aparecem excitação maníaca, síndrome paranoide, demência, personalidade psicopática/psicopatia constitucional e os diagnósticos relacionados à melancolia. Um dos achados que mais chamam a atenção nesta análise é a frequência da síndrome histeroide como diagnóstico secundário, o que explicaremos mais adiante no item “Histeria”.

Com relação aos quadros de confusão mental/psicose autotóxicas/infecciosas, gostaríamos de ressaltar sua relação com os ciclos femininos: confusão mental *postpartum*; confusão mental de origem autotóxica (menopausa); perturbações mentais

<sup>985</sup> Outros diagnósticos (“múltiplos”): esclerose cerebral (três), hipomania (três), mania puerperal (dois), delírio (dois), mitomania (dois), agitada (dois), esclerose cerebral infantil (dois), estado lipemaniaco (dois), impulsos agressivos (dois) e com apenas um caso psicose gravídica, mania mentis, delírio espírita, mania agitada, paralisia cerebral infantil, delírio de pers. rac., encefalopatia crônica, bobona, catatonía alternante com excitação maníaca, cenestopatia de ordem endocrínica, ciclotímia, depressão mental, dp.?, episódio delirante, histero-epilepsia, impulsos suicidas, instab.?, mania intermitente, neurite múltipla, paranoia, psicose típica, simuladora, síndrome de Cotard e úlcera varicosa perna direita.

da menopausa; estado confusional (insuficiência ovariana); psicose autotóxica ovariana e psicose tóxica catamenial. Nesse contexto, o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva absorvia de maneira geral a explicação médica sobre o funcionamento dos ciclos femininos. No entanto, a histeria também foi associada à menstruação, como veremos a seguir.

Também cabe aqui uma observação sobre a prevalência das perturbações relacionadas ao abuso de álcool entre as pacientes pretas e, em segundo lugar, pardas. É possível pensar numa relação do álcool com o trabalho, uma vez que as mulheres de cor eram mais acostumadas à lida diária. Além disso, muitas delas referiram o uso do álcool para curar resfriados. Por outro lado, é importante considerar que a prática comum dos médicos de diagnosticar as mulheres pobres e sobretudo de cor como alcoólicas ocorria em um contexto marcado pelo fim da escravidão e instauração de um governo republicano.

Embora os diagnósticos trazidos pelas pacientes mais antigas do HN tivessem sido adaptados à nosografia francesa, durante todo o período estudado a nosografia germânica predominou, mostrando sua ampla implementação. Como se observa nos dados estatísticos, as categorias kraepelianas foram aceitas oficialmente e do HN se enviavam as pacientes para a colônia com os diagnósticos, em geral, formulados. A isso está ligado o fato de que, três anos antes da fundação da Colônia de Engenho de Dentro, havia sido elaborada a primeira classificação psiquiátrica brasileira, pelo trabalho de uma comissão designada em 1908 pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, composta por Juliano Moreira, Afrânio Peixoto, Carlos Eiras, Antônio Austregésilo e Henrique Roxo. Publicado em 1910, “o novo sistema reforçava a hegemonia das categorias diagnósticas e dos modelos de classificação alemães, em especial o kraepeliniano, propondo, indiretamente, que as psicopatologias seriam universais e que, portanto, as classificações europeias poderiam servir de modelo para a brasileira” (VENANCIO, CARVALHAL, 2001: 155, 156).<sup>986</sup>

---

<sup>986</sup> Classificação da Sociedade de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal: 1. Psicoses infecciosas; 2. Psicoses autotóxicas; 3. Psicoses heterotóxicas (alcooolismo, morfínomania, cocainomania etc.); 4. Demência precoce (Esquizofrenia, na época atual); 5. Delírio sistematizado alucinatório crônico. Parafrenias; 6. Paranoia; 7. Psicose maníaco-depressiva (psicose periódica), formas: maníaca predominante, depressiva predominante e mista; 8. Psicose de involução; 9. Psicoses por lesões cerebrais e demências terminais (arteriosclerose, sífilis etc.); 10. Paralisia geral; 11. Psicose epiléptica; 12. Psicoses ditas nevróticas (histeria, neurastenia (psicastenia e nervosismo) e choréa); 13. Outras psicopatias constitucionais (estados atípicos de degeneração); 14. Imbecilidade e idiotia (ROXO, 1938: 80).

No primeiro livro de observação da colônia, há um conjunto de observações feitas no Pavilhão de Observação e no HN das pacientes transferidas, como documentação anexa. Comparando essas observações produzidas entre fins do século XIX e início do XX com as observações dos médicos da colônia, nota-se a influência da medicina mental francesa sobre os médicos do HN e, principalmente, do Pavilhão de Observação, por exemplo na maior presença da descrição dos delírios. Além disso, os médicos seguiam mais de perto a teoria da degenerescência de Morel e a antropologia criminal de Lombroso. Isto é bastante elucidativo para o caso da histeria, diagnóstico que abordamos no item a seguir.

#### 5.1.1.1. Histeria

O conceito de histeria, conforme destaca Huertas, está intimamente ligado a um nome e lugar: Jean-Martin Charcot (1825-1893) e *La Salpêtrière*, hospital parisiense fundado em 1656. Ao dedicar-se a uma revisão da histeria a partir de 1870, o famoso neurologista francês aplicou “os princípios impecáveis da semiologia médica desenvolvidos pela Escola Salpêtrière, estudando a histeria como se fosse uma doença neurológica” (HUERTAS, 2012: 87). Embora fosse “nomeada” desde a Antiguidade, a histeria teve sua eclosão diagnóstica e cultural quando certos elementos profissionais e políticos emergiram na França, no final do século XIX, permitindo perceber, nesse momento, “a polaridade ou a ambivalência que pode existir diante da sedução manipuladora da histérica e da capacidade ou tentativa de atingir seus objetivos de vida – a satisfação do desejo – por meio do sintoma” (HUERTAS, 2012: 111).

Considerando a histeria a partir do modelo de “doenças mentais transitórias”<sup>987</sup> descrito por Hacking, Huertas questiona seu desaparecimento. Para o autor, se as primeiras formulações acerca da histeria não deixaram de ser uma fantástica construção cultural típica daquele *fin de siècle*, as correções oportunas deram origem a desdobramentos de grande interesse psicopatológico. Em função desses arranjos, a histeria passou a constituir uma referência incontornável de uma nova psicopatologia das neuroses. Nesse ponto, Huertas levanta a questão se o nicho ecológico de uma doença

---

<sup>987</sup> Ian Hacking define “doença mental transitória” em um sentido coletivo e histórico: “aquela que aparece num determinado momento e lugar e desaparece sem deixar rastro ou reaparece noutra local e em outras circunstâncias, sempre por razões que têm a ver com o ambiente cultural da época e o país ou contexto sociogeográfico em que a doença surge como tal” (HUERTAS, 2012: 105). Para Huertas, esse filósofo da ciência, introduzindo “um elemento de causalidade que vem romper com as taxonomias tradicionais baseadas em agrupamentos de sintomas”, atualiza e problematiza o debate sobre a construção social-elaboração cultural da loucura (p. 116).

mental dita transitória pode “sobreviver ao desaparecimento ou modificação de alguns dos vetores que o compõem” (HUERTAS, 2012: 112). Nicho ecológico é definido como “um local suficientemente amplo no qual existem as condições ambientais adequadas para que a doença (ou sintoma) se desenvolva” (p. 105). Dentro do nicho atuam quatro vetores responsáveis pelo aparecimento da doença mental: linguístico-taxonômico; de polaridade cultural; de observabilidade; e de liberação-agregação.<sup>988</sup>

O psiquiatra francês Etienne Trillat, por seu turno, observa que, no início do século XX, os histéricos sumiram dos hospitais e a hipnose foi abandonada. Mas não só isso: “fora de um círculo muito confidencial de especialistas na teoria freudiana, dificilmente alguém mencionava a histeria. Mesmo a palavra havia se tomado suspeita, tendo sido muito frequentemente associada com o engano ou a dissimulação” (TRILLAT, 2012: 712). Para Trillat, despejada da neurologia, a histeria não encontrou abrigo na psiquiatria, isso porque “a expressão neurológica de certos sintomas histéricos parecia não ser diferente dos transtornos motores da catatonía de Kahlbaum ou daqueles pertencentes à catatonía hebefrênica de Kraepelin”, assim, eles terminaram absorvidos pela demência precoce e, em seguida, pela esquizofrenia (p. 714). Já os sintomas que encontravam expressão psíquica foram referidos no século XIX sob os títulos de “loucura histérica” ou “loucura neuropática”. Tratava-se de “rápidos episódios de onirismo com temas místicos/sexuais, temas de possessão demoníaca ou transformação corporal” (p. 714). Atualmente, segundo o autor, pouco resta da quantidade considerável de sintomas do século XIX. A duras penas “os velhos sintomas permanentes descritos por Charcot e reinterpretados por Freud mantiveram sua identidade clínica sob o nome de sintomas conversivos”, sendo simples distingui-los em relação aos ataques neurológicos. Nesse quadro, “o ataque histérico em si manteve sua identidade em relação à epilepsia” (p. 714).

Tratando dos processos de construção de diagnósticos no Hospício Nacional de Alienados (1900-1939), instituição da qual a Colônia de Engenho de Dentro era anexa, Facchinetti, Ribeiro e Muñoz observaram que “os diagnósticos de histeria (prevalentes até a década de 1920), psicose maníaco-depressiva (prevalentes a partir da década de 1930), confusão mental e psicose periódica eram os mais comuns entre as mulheres

---

<sup>988</sup> Vetor linguístico-taxonômico: “a ‘nova doença’ deve se enquadrar em algum sistema taxonômico”; vetor de polaridade cultural: “a doença deve situar-se entre dois elementos, entre dois polos culturais antitéticos: o mau e o bom; vício e virtude”; vetor de observabilidade: “a doença deve ser ‘visível’ e identificável como transtorno e/ou como sofrimento, como ‘comportamento patológico’, enfim, tanto para especialistas quanto para a população em geral”; vetor de liberação-agregação: “dito comportamento patológico deve permitir atingir objetivos vitais que seriam impossíveis de alcançar de forma normalizada, o que ajudaria no recrutamento social dos indivíduos portadores da doença” (HUERTAS, 2012: 105-106).

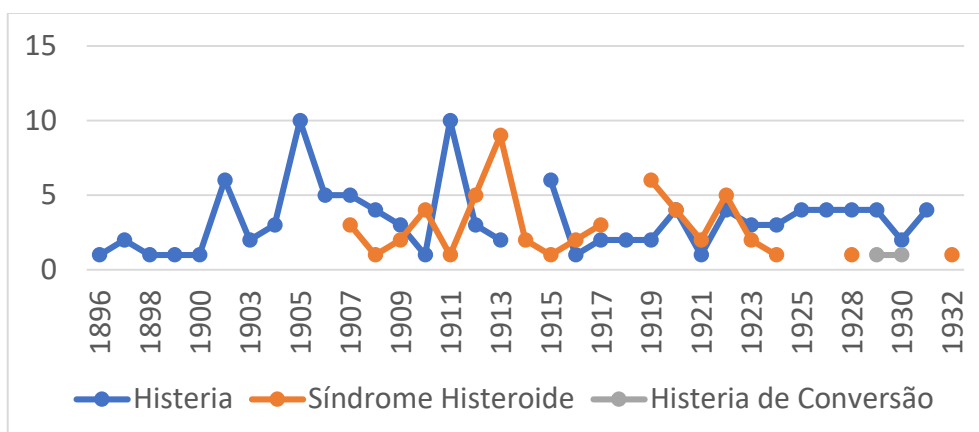
internadas do HNA” (FACCHINETTI; RIBEIRO; MUÑOZ, 2008: 236-237). De acordo com os autores, durante todo o período a procriação e a maternidade definiam a função e a identidade da mulher e as suas doenças eram percebidas como denúncias de comportamentos ilícitos ou anormais, que iam de encontro à aceitação de sua natureza passiva e frágil e que faziam com que as mulheres demandassem maior controle para assegurar sua normalidade, traduzida nos papéis de mãe e esposas exemplares. Em outro trabalho, Facchinetti e Cupello expuseram que entre 1900 e 1910, na Sessão Esquirol (alienadas indigentes), de onde vinham quase todas as pacientes transferidas para a colônia feminina, “a loucura maníaco-depressiva representava apenas 3% dos diagnósticos; ao longo da década de 1920, esta porcentagem cresceu para 16%” (FACCHINETTI; CUPELLO, 2011: 707). Os resultados, segundo as autoras, sugerem que, à medida em que os médicos brasileiros iam mudando da leitura clássica da histeria para as teorias de Babinski e, também, de Freud, tornava-se necessário rever grande parte dos diagnósticos das internas do HN; além disso, destacam que essa mudança foi intensificada pela hegemonia das teorias organicistas alemãs entre as décadas de 1920 e 1930.

Nesta pesquisa, quando processamos os diagnósticos nos livros de matrícula e de observação da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932), vimos que a histeria respondeu a 2% dos diagnósticos únicos (por paciente) e que tanto a histeria como a síndrome histeroide corresponderam a 6,5% dos diagnósticos múltiplos (por ocorrência), totalizando 13%. A histeria foi, muitas vezes, o primeiro diagnóstico recebido por pacientes internadas no HN, sobretudo na década de 1900, e transferidas tempos depois para a Colônia de Engenho de Dentro. Na maioria dos casos, essas pacientes já vinham com o diagnóstico alterado principalmente para loucura/psicose maníaco-depressiva ou psicose periódica, constando na documentação clínica que, anteriormente, a mulher havia sido diagnosticada como histérica. No entanto, apesar desse processo de desmembramento da histeria como categoria diagnóstica, foram encontradas, no universo de 2.590 pacientes, 110 com histeria, 55 com síndrome histeroide e duas com histeria de conversão (foram considerados neste levantamento os diagnósticos únicos e múltiplos). Constatamos ainda que a síndrome histeroide foi usada duas vezes sozinha, e nas demais ocorrências apareceu combinada com os seguintes diagnósticos: psicose periódica (vinte), debilidade mental (sete), degeneração inferior (seis), demência precoce (cinco), psicose maníaco-depressiva (quatro), degeneração mental (dois), e, com uma ocorrência, degeneração inferior e alcoolismo; psicose periódica/delírio espírita; imbecilidade; estado

degenerativo; epilepsia?/demência precoce; esquizofrenia; delírio episódico, psicose de involução e tabes dorsalis. Vale chamar a atenção para a associação entre a degeneração (inferior, mental e estado) e a síndrome histeroide. Sílvia Nunes, autora com quem dialogaremos mais adiante, aponta que a associação da histeria (ainda que não explícita) à degeneração psíquica foi facilitada pela concepção de pitiatismo de Babinski e pela psiquiatria científica de Emil Kraepelin (1856-1926), que pressupunham a hipótese da degeneração (NUNES, 2010: 383).

Em síntese, a partir da documentação clínica da Colônia de Engenho de Dentro, observamos que, ao longo do tempo, o diagnóstico de psicose-maniaco-depressiva se tornou preponderante em relação ao de histeria, que era, além disso, substituído pela noção de síndrome histeroide.

**Gráfico IV – Número de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro diagnosticadas com histeria, síndrome histeroide e histeria de conversão por ano de entrada no HN**



O gráfico acima mostra que em 1905 e 1911 foram internadas dez pacientes com histeria no HN. Segundo os registros de admissão da colônia, esses foram os dois anos com maior número de admissão de histéricas no HN. A partir de 1907 começou a ser usada a categoria de síndrome histeroide, sendo que o artigo “Histeria e síndrome histeroide”, do neurologista Antônio Austregésilo (1876-1960), é de 1909, ou seja, dois anos após essa categoria começar a ser utilizada. A partir de meados dos anos de 1920, a histeria voltou a predominar e a síndrome histeroide quase desapareceu dos livros de matrícula. Portanto, a histeria predominou no final do século XIX e início do XX e depois disputou espaço com a síndrome histeroide. É interessante perceber que uma tímida “reabilitação” da histeria ocorreu na mesma época em que a esquizofrenia passou a ser diagnosticada com mais frequência, em meados de 1920; nos anos de 1930, o ataque histerico retornou mais claramente à clínica. Mas é necessário esclarecer que a histeria

propriamente dita não apareceu combinada com o diagnóstico de esquizofrenia, nem mesmo com o de demência precoce; na realidade, como já comentamos, encontramos cinco pacientes com diagnósticos combinados de demência precoce e síndrome histeroide (internadas no HN em 1907 (duas), 1908, 1909 e 1911) e uma de esquizofrenia e síndrome histeroide (internada na colônia em 1932). A histeria, quando aparece junto desses diagnósticos, é seguida de um ponto de interrogação, indicando que a paciente deveria ser portadora de um ou de outro diagnóstico.

No artigo “Histeria e síndrome histeroide”, Antônio Austregésilo avalia que a reação contra a superabundância sintomática da histeria deu-se por meio da concepção de pitiatismo de Babinski. Com o objetivo de distinguir a síndrome histérica ou pitiática da falsa histeria ou histeria sintomática nas afecções mentais e nervosas, o médico brasileiro propunha a adoção do termo síndrome histeroide. Dizia ele: “não é uma questão de novo nome para velhas coisas”.

É apenas a simplificação e a diferenciação das *verdades clínicas*. Assim como a paranoia distingue-se da demência paranoide de Kraepelin; assim como a paranoia distingue-se das síndromes paranoides de Moreira e Peixoto; logicamente a histeria ou pitiatismo deve distinguir-se desta histeria sintomática; apagada, móvel, incompleta, sem os caracteres essenciais da nevrose, conjunto de sintomas que de longe lembram a histeria, mas que não é a síndrome verdadeira, intacta, perfeita, uniforme, segundo as ideias de Babinski. Ao invés de histeria sintomática, de sintomatologia histeroide é preferível, segundo meu modo de ver, chamá-las síndrome histeroide.<sup>989</sup>

Segundo Babinski, Austregésilo defendia que a histeria é uma síndrome caracterizada pela sintomatologia de origem autossugestiva e curável exclusivamente pela persuasão (pitiatismo), armada ou não, podendo haver acidentes primitivos (pertencentes ou originados da autossugestão, como uma contratura) e secundários (originados dos primitivos, como uma retração tendinosa e uma atrofia muscular). Segundo o neurologista brasileiro, em indivíduos epiléticos, alcoolistas, sífilíticos ou com uma hemorragia cerebral, por exemplo, a histeria com seus caracteres próprios pode ser verificada, isolada, curada ou não. Contudo, ao lado de tais histéricos (perfeitos, natos ou adquiridos, quase sempre natos), “há falsos histéricos, simples nervosos, instáveis, degenerados simples, sem rótulo, psicopatas, ciclotímicos, maníaco-depressivos elementares e que nada têm de histeria”.<sup>990</sup>

---

<sup>989</sup> AUSTREGÉSILO, Antônio. Histeria e síndrome histeroide. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1-2, 1909, pp. 59-77.

<sup>990</sup> AUSTREGÉSILO, Antônio. Histeria..., 1909.



Focalizando os trabalhos de Austregésilo (“Novas concepções sobre histeria”, de 1908, “Histeria e síndrome histeroide”, de 1909), Sílvia Nunes problematiza o pensamento psiquiátrico brasileiro sobre a histeria nas primeiras décadas do século XX. Para ela, as elaborações de Austregésilo sobre a histeria atestam sua dificuldade em situar essa neurose, pois afirmava, de um lado, que a histeria era uma afecção mental (produto da sugestão) e, de outro, que se tratava de uma psiconeurose (produto do nervosismo) (NUNES, 2010: 382). A autora sublinha que o neurologista se filiou aos pressupostos da teoria da degeneração, mas não se valeu da associação tão comum na psiquiatria brasileira entre sexo feminino e histeria. Assim, a desconstrução de tal associação, assim como a reinterpretação da loucura feminina em torno do paradigma hormonal produziu efeitos importantes para o campo psiquiátrico das primeiras décadas do século XX. É nesse momento também que o diagnóstico de loucura puerperal assumiu lugar de destaque nos discursos psiquiátricos (NUNES, 1982: 385-386). Nas palavras da autora: “reduzida à dimensão psíquica do pitiatismo e assimilada à ideia de simulação, a histeria foi deslocada do campo da medicina, deixando de ser ameaça à racionalidade anatomopatológica, na qual não se enquadrava” (p. 386).

Magali Engel aponta que, entre os alienistas brasileiros, os caminhos percorridos pelo tema da histeria circunscreveram-se em torno de duas questões principais: “a associação entre a histeria e o ser feminino; e a relação entre histeria e sexualidade e/ou afetividade” (ENGEL, 2004: 343). A histérica era percebida, em geral, como instável, imprevisível e como tendo um “caráter marcado pelo desequilíbrio entre as ‘faculdades morais superiores e as paixões, instintos e desejos. Por isso as mulheres históricas eram consideradas extremamente perigosas” (p. 349). Engel destaca que as observações clínicas e os laudos periciais concernentes às mulheres classificadas como históricas mostram “a íntima associação entre a histeria e os desvios de uma sexualidade ausente, excessiva ou pervertida” bem como “uma impressionante semelhança entre os perfis construídos pelos psiquiatras e os que caracterizariam as protagonistas históricas de romances e contos produzidos nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX”. Ainda segundo a autora, nessas documentações são recorrentes as anotações relativas às anomalias catameniais e sua vinculação a ataques históricos e a transformações características do período menstrual (p. 350).

No presente trabalho, para além da análise quantitativa estatística, utilizamos a análise qualitativa de conteúdo temático presente nas histórias clínicas. Para tanto, selecionamos, nos livros de observação da Colônia de Engenho de Dentro, sete casos

clínicos exemplares que dizem respeito à prática psiquiátrica em relação à histeria. Duas tiveram o diagnóstico de histeria (HN) modificado para estado atípico de degeneração e degeneração inferior-síndrome histeroide (colônia). Uma paciente foi diagnosticada no HN com psicose periódica forma maníaca e, na colônia, simplesmente, com LMD. Uma que trazia do HN o diagnóstico de epilepsia e histeria foi, na clínica de Engenho de Dentro, considerada apenas epiléptica. Outra teve o diagnóstico de epilepsia e debilidade mental substituído por histeria. Por último, uma paciente internada em 1927 foi considerada histérica desde o início.

Assim, o primeiro caso é o de Alda do Carmo<sup>991</sup> (parda, brasileira, natural do Rio Grande do Sul, viúva, doméstica, 35/41 anos, diagnosticada na colônia com LMD). É possível que Alda, como muitas mulheres internadas no HN na década de 1900, tivesse sido anteriormente classificada como histérica. A resenha do Pavilhão apontava o seguinte sobre a paciente:

**Resenha:** Hábitos alcoólicos. Vômitos e náuseas matutinas. Catamênio regular, ataques histéricos, sarampo, abortos, delírios de perseguição, alucinações, cefaleias, tremor fibrilar da língua, hiperestesia, reflexo pupilar diminuído, faringe abolido; reflexos rotulianos diminuídos e plantares abolidos.

**Anamnese:** pai morto, há muitos anos era alcoolista inveterado. Mãe morta. Ignora a causa. Tem 8 irmãos vivos dos quais um grande alcoolista. Teve do primeiro matrimônio 5 filhos que morreram ainda pequeninos, e do 2º, 2 filhos e 3 abortos. Sarampo, febre palustre. Ataques histéricos fortíssimos. Cefaleia. Bolo histérico. Menstruada muito cedo. Sofre de ataques desde muito moça. Hábitos de caserna. Linguagem característica, muito curiosa. Bebe desbragadamente. Comemorativos de febre tifoide. Delírio de perseguição.

**Inspeção geral:** fisionomia calma. Fala constantemente. Baixa, corpulência regular. Pele tostada e lustrosa. Dentes péssimos. Orelhas de lobos pregados. Sensibilidade exagerada. Alucinação táteis, visuais e auditivas. Cefaleia. Tremor. (...)

Na observação feita na colônia, o médico Plínio Olinto, na anamnese, registrou que a paciente tinha pais falecidos, antecedentes alcoólicos tanto familiares como pessoais e comemorativos de ataques histeroide. No exame direto, apontou:

**Exame direto:** apresentação um tanto agitada. Trabalhando sempre a doente permanece constantemente exaltada, subordinando-se facilmente a todas as incumbências que se lhe dá e desempenhando bem tudo que lhe é designado para fazer. À noite manifesta sempre uma agitação até conciliar o sono. Durante os momentos em que não está preocupada, fala muito, em baixa linguagem, procurando insultar a

---

<sup>991</sup> N. 3, Livro 1 de Observação. Ingressou no HN em agosto de 1907, sendo transferida para a colônia em agosto de 1911. Trabalhava na lavoura, o tratamento foi opoterapia tiroidea e o prognóstico desfavorável. Foi transferida para o HN em maio de 1913 por ter se tornado turbulenta.

todos. O sentido moral está bastante embotado. As suas reações são prontas, os gestos amplos e desembaraçados. Humor sempre alegre, nunca entristecida. Orienta-se bem no meio, tempo e espaço. Refere alucinações auditivas leves, simples acoasma que explica atribuindo a resquícios de uma afecção auricular de que sofreu em tempos. Imaginação exaltada: mente facilmente. Atenção instável. Memória muito diminuída. Associação de ideias fazendo-se pela rima quase exclusivamente. Tremor da língua e dos dedos. Certa vivacidade no olhar.

Ao que tudo indica foram observações feitas com uma diferença de quatro anos. Mas, a despeito do pequeno intervalo, existem diferenças bastante consideráveis em termos de sintomas e sinais, com o relato do Pavilhão de Observação estruturado por uma linguagem mais marcada pela neurologia. Vale destacar também, no campo moral, o fato da mulher ter se casado duas vezes e ter tido abortos. A segunda observação não realizou uma inspeção geral e, nesse sentido, não mencionou ideias próprias da antropologia criminal de Cesare Lombroso (1835-1909), como a menção às orelhas de lobos pregados. O delírio de perseguição, identificado no HN, também não aparece, tempos depois, na observação do médico da colônia. A menor observabilidade dos delírios na clínica é, como já apontaram estudiosos do campo,<sup>992</sup> um dos efeitos da consolidação da psiquiatria kraepeliana.

Com efeito, a observação de Olinto é bastante atenta à leitura da psicose maníaco-depressiva realizada por Kraepelin. O médico da colônia descreve problemas relacionados à atenção, associação de ideias, humor, sentido moral, memória etc. Por fim, o que mais se assemelha ao diagnóstico da histeria é a questão da mentira: a paciente mentiria facilmente, no caso devido a uma imaginação exaltada. Sobre a associação (indireta) entre menstruação e ataques apontada na observação do Pavilhão, vale dizer que em outras histórias clínicas da colônia essa associação é explícita, no sentido de os ataques histéricos serem precedidos ou sucedidos pela primeira menstruação. Não se trataria, portanto, de uma menstruação anormal, mas, simplesmente, da sua ocorrência. Assim, a comparação das observações médicas das pacientes feitas no Pavilhão de Observação e/ou na Seção Esquirol do HN e, tempos depois, na colônia feminina é, certamente, uma das formas de compreender, por exemplo, de que modo a mudança no quadro nosológico e/ou paradigma representou uma diferença no perfil das pacientes.

---

<sup>992</sup> HUERTAS, 2012; GÁMEZ, 2013; GOLCMAN, 2015.

O próximo caso é o de Teresa Alves<sup>993</sup> (branca, brasileira, casada, doméstica, 19 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva). Segundo o médico Gustavo de Rezende, a doente, “aos 13 anos apresentou ataques histéricos e pouco tempo depois veio o catamênio”. Aos 18 anos casou-se. Dessa união, teve um filho que vivia e era forte. O médico apontava que, segundo informações do marido da paciente, a doença atual de Teresa “se manifestou quando ainda estava solteira e pouco antes do casamento ele fora avisado pelo médico assistente da sua noiva de que outra crise apareceria por ocasião do parto, o que de fato se deu”. No exame psíquico, o médico verificou que a paciente apresentava “alucinações auditivas, dizendo ouvir a voz de Deus, ordenando a sua saída do hospital; tem ideias eróticas e de culpabilidade; há perturbação da autocrítica, não tendo noção do seu estado atual e com perda de senso moral, o que se revela na sua pornolalia e nos seus gestos”. Apresentava afetividade presente, emotividade exagerada (“interessa-se pela sorte de seu filho e torna-se emotiva sempre que se refere a ele”), crises de riso e choro, vontade diminuída e reações impulsivas, “tornando-se, não raro, agressiva”. Além da questão do catamênio, compõem nesta narrativa os temas do casamento e do parto. Outro ponto de contato com as teorias sobre a histeria é a presença de ideias eróticas. Segundo Engel, em meio à multiplicidade de práticas produzidas pelas concepções médicas acerca da histeria durante o século XIX, “o casamento poderia promover a cura ou a melhora das histéricas, mas poderia também contribuir para o agravamento da moléstia” (ENGEL, 2004: 356).

O terceiro caso selecionado é o de Catarina Teles<sup>994</sup> (brasileira, solteira, doméstica, 17 anos, diagnosticada com histeria). Catarina foi observada, na colônia, em fins da década de 1920, por Rezende, que apontou que “as informações dadas pela doente não podem ser tomadas em consideração, porque não fala a verdade”. Ora afirmava que seu pai estava vivo e ora garantia que o mesmo morreu de laringe; dizia ter 16 anos, depois falava em 20 anos. Assim, “nada leva a sério, fazendo brincadeira de tudo, não se intimidando diante de qualquer repreensão”. No exame direto, o médico apontou que a paciente tinha o juízo e o raciocínio deficientes, “não distinguindo, muitas vezes, o

---

<sup>993</sup> N. 2.091, Livro 18 de Observação. Ingressou no HN e na colônia em fevereiro de 1928. Obteve várias licenças e prorrogações de licenças de 1928 a 1937, a pedido de seu marido. Em maio de 1931, tentou se suicidar, atirando-se do refeitório. Não possui data nem forma de saída registrada (consta que tinha matrícula no livro 4, p. 90). Não trabalhava e o tratamento foi o *open-door*.

<sup>994</sup> N. 2.065, Livro 17 de Observação. Ingressou na assistência psiquiátrica em março de 1925, sendo transferida para a colônia em novembro de 1927. Trabalhava na limpeza geral, tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável. Obteve licenças de seis meses em março de 1929 e junho de 1929, voltando sempre antes do prazo. Foi transferida para o HN por ser agressiva em maio de 1932.

verdadeiro do falso, o certo do errado, tendo dificuldades de tirar conclusões”. Apresentava afetividade embotada (“notando-se certa indiferença, quando fala de seus parentes”), hipobulia, negligência da higiene corporal, realizando, entretanto, na instituição alguns serviços de limpeza geral, quando ordenada.

O quarto caso selecionado é interessante pois sabemos, através da observação de Gustavo de Rezende, que Viola Krebs<sup>995</sup> (branca, brasileira, solteira, 32 anos, diagnóstico do livro de matrícula e de observação: estado atípico de degeneração) “trouxe a papelada do hospital com o diagnóstico de histeria e na colônia foi feito o diagnóstico de estado atípico de degeneração”. Essa alteração é bastante sugestiva da tentativa da psiquiatria brasileira enquadrar os sintomas da histeria, como a própria dissimulação, em um novo quadro nosográfico. Rezende registrou que a paciente não apresentava distúrbios psicossensoriais e que se lembrava “bem dos fatos antigos e recentes, notando-se, porém, o mesmo empenho que tem a doente de dissimular suas ideias e sentimentos, pelo que se torna reticente”. Embora bastante próximas em termos de sintomas e sinais, Catarina, que mentia e não distinguia, em geral, verdade e falso/certo e errado, foi classificada como histérica e Viola, que dissimulava, como degenerada atípica.

O quinto caso é o de Maria Rosa<sup>996</sup> (parda, brasileira, natural de São Paulo, solteira, doméstica, pouca instrução, 16 anos, diagnosticada no HN com histeria e na colônia com degeneração inferior, síndrome histeroide). Em 21 de fevereiro de 1920, Waldemar de Almeida apontou que a paciente havia vindo “para tratar-se de uns acessos nervosos, com tremores, impossibilidade de andar, perda da consciência, estados vertiginosos. Nesta colônia os tem manifestado com as mesmas características, agitação motora e gritos, sobrevivendo uma acalmia; consecutivamente sono, precedido de torpor, mutismo”. Ainda segundo o médico, a paciente era obediente e sociável fora das crises e vinha trabalhando na costura, com proveito, e na copa. Esse caso mostra a confusão feita na clínica entre histeria e síndrome histeroide, pois a paciente foi classificada em Engenho de Dentro como portadora de uma síndrome histeroide, mas a descrição que Almeida faz dela está próxima da histeria, segundo as concepções de Austregésilo (1909). Este neurologista afirmava que só podiam pertencer à histeria “o ataque, as paralisias, as

---

<sup>995</sup> N. 2.077, Livro 17 de Observação. Ingressou no HN e na colônia em dezembro de 1927. Não trabalhava e o tratamento foi o *open-door*. Foi eliminada do quadro de pacientes da colônia por não retornar de uma licença de doze meses obtida em maio de 1928.

<sup>996</sup> N. 1.424, Livro 11 de Observação. Ingressou no HN em outubro de 1919, sendo enviada para a colônia em dezembro desse ano. Trabalhava na costura, o tratamento foi *open-door* e o prognóstico, favorável. Obteve alta em junho de 1920.

contraturas, tremores, anestésias, perturbações sensoriais, hiperestésias, dores, perturbações intelectuais como delírio, afonia, gagueira, mutismo, amnésia, certos acidentes viscerais como soluço, tosse, anorexia, dispepsia, etc.”.<sup>997</sup>

A identidade do ataque histérico em relação à epilepsia de que nos fala Trillat (TRILLAT, 2012: 714) é notável em algumas histórias clínicas. Para terminar, apresentamos o caso de uma paciente observada por Waldemar de Almeida e outra por Gustavo de Rezende que dialogam com a referida identidade. Eva de tal<sup>998</sup> (branca, brasileira, natural do Rio Grande do Sul, solteira, doméstica analfabeta, 18 anos, trouxe do HN o diagnóstico de epilepsia e debilidade mental, na colônia foi considerada histérica) foi observada em 13 de janeiro de 1920 por Waldemar de Almeida, que apontou que a paciente “desde sua entrada tem trabalhado com assiduidade e proveito no refeitório, sempre calma, manifestando crises convulsivas, por vezes, e com caráter das manifestações histeriformes: não perde os sentidos e uma emoção ou a visão de ataque em outra doente, provoca a crise. É francamente uma mentalidade débil”. Ao mencionar que a crise histérica de Eva era provocada pela visão de ataque em outra doente, Almeida parecia se nortear pelo pressuposto do médico e psicólogo francês Paul Briquet acerca da imitação e do contágio com relação à histeria (TRILLAT, 2012). De todo modo, trata-se de um caso de uma paciente internada como epilética e débil mental que depois se verificou ser histérica. No caso narrado por Rezende, observou-se o mesmo fato. Irene Santos<sup>999</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, 15 anos, diagnóstico de epilepsia e histeria) foi observada em 2 de agosto de 1927 pelo médico, que registrou que a paciente em questão, “desde que se acha na colônia, não tem tido ataques epileptiformes, mas sim crises históricas em que se atira ao chão com raiva, chora muito, ficando rígida, sem perda de consciência, sem qualquer outro sinal de epilepsia”. Cabe observar que na documentação clínica da Colônia de Engenho de Dentro não foram encontradas referências à epilepsia larvada, portanto o que se vê na clínica é uma distinção entre crises epiléticas e históricas.

Apesar de não ser nosso objetivo tratar da epilepsia, é relevante informar que a epilepsia foi definida por Kraepelin, nas primeiras edições de seu tratado, como uma

---

<sup>997</sup> AUSTREGÉSILO, Antônio. Histeria e síndrome histeroide, 1909.

<sup>998</sup> N. 1.420, Livro 11 de Observação. Ingressou no HN em agosto de 1919, sendo enviada para a colônia em outubro desse ano. Trabalhava no refeitório, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável. Obteve alta na colônia em outubro de 1920.

<sup>999</sup> N. 2.021, Livro 17 de Observação. Ingressou no HN em janeiro de 1927, sendo transferida para a colônia em fevereiro desse ano. Trabalhou na copa e na enfermaria, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico sem esperança. Em 1º de outubro de 1927, obteve alta médica por determinação do Juiz de Menores.

neurose, sendo assim equiparada a outros transtornos mentais. Como já comentamos, as pacientes epiléticas representavam cerca de 8% da população da Colônia de Engenho de Dentro, tornando-se assim o quinto maior grupo médico dentro da instituição. Na documentação clínica da colônia, as epiléticas são, em geral, descritas como dóceis e boas de trabalho. Na contramão desse achado, o estudo de Allister Dias mostrou que, durante boa parte do século XIX, a epilepsia foi vista como uma doença intimamente ligada ao crime, embora, nas primeiras décadas do século XX, essa ideia estivesse sendo contestada, sendo Afrânio Peixoto “um dos principais críticos da associação epilepsia-crime” (DIAS, 2010: 164).

#### **5.1.1.2. Loucura/psicose maníaco-depressiva e psicose periódica**

Emil Kraepelin, profundamente influenciado pelo médico francês Jean-Pierre Falret<sup>1000</sup> (1794-1870), elaborou a formulação clássica da psicose maníaco-depressiva na sexta edição de seu *Manual de Psiquiatria* (1899) (BERRIOS, 2012: 636). Berrios sublinha que as atuais noções de depressão e mania remontam à segunda metade do século XIX e resultaram da transformação das antigas noções de melancolia e mania. Essas noções, em suas novas versões, quando as condições conceituais estavam reunidas, “combinaram-se no novo conceito de uma forma alternante, periódica, circular ou dupla de insanidade (Foville, 1882; Ritti, 1876; Mordret, 1883)”. Esse processo atingiu seu ápice “com o conceito de Kraepelin da ‘insanidade maníaco-depressiva’, que incluía a maioria das formas de transtornos afetivos sob o mesmo teto” (BERRIOS, 2012: 601). Por fim, na oitava e última edição de seu *Manual de Psiquiatria* (1915), o psiquiatra alemão “cortou o nó górdio ao criar uma noção superinclusiva que englobava todas as formas de depressão e de mania, incluindo até a noção da ‘melancolia involutiva’. Essa concepção abrangente era caracterizada por a) um curso periódico, b) bom prognóstico, e c) endogenicidade”. O resultado é que “a história dos transtornos afetivos após 1910 não é mais do que a análise da fragmentação da noção kraepeliana” (BERRIOS, 2012: 604).

Também na edição de 1899, Kraepelin propôs a bem conhecida dicotomia das psicoses endógenas, isto é, a separação entre a demência precoce (pobre prognóstico) e a

---

<sup>1000</sup> Mário Eduardo Costa Pereira ressalta que o passo decisivo na constituição de uma entidade unificadora da mania e da melancolia “foi a descrição quase simultânea em 1854 da *folie à double forme* por Jules Baillarger (1809-1890) e da *folie circulaire* por Jean-Pierre Falret (1794-1870), ambos discípulos de Esquirol” (PEREIRA, 2002: 126). Para saber sobre as diferenças entre as concepções desses dois autores quanto a esse tema, ver PEREIRA, 2002.

doença maníaco-depressiva (bom, ou, ao menos, melhor prognóstico) (HOFF, 2012: 448). Segundo Paul Hoff, a etiologia da doença maníaco-depressiva era considerada muito menos cognoscível em comparação com a da demência precoce. Para a etiologia da primeira, o psiquiatra alemão aventou “uma irritabilidade geneticamente determinada dos afetos ‘normais’ nos pacientes com psicoses afetivas, de modo que a própria psicose emergiria de certos ‘estados básicos’ predisponentes (*Grundzustände*). O conceito de degeneração era uma parte integrativa e central dessa hipótese” (p. 448).

No caso brasileiro, concordando com Facchinetti, Ribeiro e Muñoz (2008), o psicanalista Joel Birman afirma que “uma ‘expansão’ do campo clínico da psicose maníaco-depressiva se deu às expensas da ‘redução’ correlata do campo clínico da histeria”, encontrando-se os dois movimentos “no ponto de corte produzido com o deslocamento do lugar da tradição psiquiátrica francesa para a tradição da psiquiatria alemã” (BIRMAN, 2010: 368). Birman sublinha que, se por um lado, foi Afrânio Peixoto (1905) que empreendeu a primeira leitura em terras brasileiras da loucura maníaco-depressiva, baseando-se na obra de Kraepelin, por outro, foi Juliano Moreira “que inscreveu de maneira sistemática o paradigma psiquiátrico de Kraepelin na totalidade do campo da psiquiatria no Brasil” (BIRMAN, 2010: 346). Um terceiro personagem aparece na cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil: Henrique Roxo. O médico, que esteve à frente da cátedra de Clínica Psiquiátrica da FMRJ durante quase quarenta anos, reconheceu “que a leitura de Kraepelin sobre a loucura maníaco-depressiva foi triunfante na tradição psiquiátrica brasileira”. Mas apesar disso, conforme explica Birman, Roxo criticou a denominação “psicose maníaco-depressiva” proposta por Kraepelin por ser “uma péssima designação, pois associa em mau português duas coisas antagônicas” e declarou preferir que se mantivesse a antiga denominação francesa de psicose periódica (BIRMAN, 2010: 361). Dessa maneira, não surpreende que tenhamos encontrado na clínica psiquiátrica de Engenho de Dentro as duas formas para se referir a patologia em questão, e, ainda, a junção dos termos de três maneiras: psicose periódica e loucura maníaco-depressiva; psicose maníaco-depressiva (periódica) e psicose periódica maníaco-depressiva – forma maníaca.

Birman destaca que, na visão de Roxo, “para o desencadeamento efetivo da psicose maníaco-depressiva seria necessária a intervenção de uma dimensão ‘afetiva’, que funcionaria como ‘causa ocasional’”. Dando bastante peso ao fator afetivo, afirmava que “sem o abalo moral só excepcionalmente surgirá a psicose maníaco-depressiva”. O dito abalo provocaria uma perturbação “vasomotora” (com Meynert entendia que no caso



de “congestão” cerebral o resultado seria a mania e no caso de “anemia” cerebral, a melancolia) (BIRMAN, 2010: 363). No campo da histologia, apropriando-se das pesquisas de Ramón e Cajal, considerou que “a vasodilatação presente na mania e a vasoconstrição presente na melancolia seriam explicadas pela ação e pela disposição das células da ‘neuroglia’ (...)”. Independentemente dessas novas leituras, “a psicose maníaco-depressiva ainda deveria ser explicada como efeito de uma sensibilidade especial do cérebro às toxinas internas. Haveria, assim, uma autointoxicação do organismo e reação exagerada” (BIRMAN, 2010: 364). Podemos dizer, a partir da análise das observações médicas, que essas leituras psicopatológicas da psicose maníaco-depressiva tiveram reflexo na clínica psiquiátrica de Engenho de Dentro.

A análise dos livros de matrícula e de observação da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932) revelou três termos para se referir à doença em análise: loucura maníaco-depressiva, psicose maníaco-depressiva e psicose periódica. Quando processamos os diagnósticos, vimos que a loucura/psicose maníaco-depressiva e psicose periódica respondeu a 30% dos diagnósticos únicos (por paciente) e a 14% dos diagnósticos múltiplos (por ocorrência), sendo o diagnóstico mais observado entre as pacientes da instituição. As formas mais frequentes foram, respectivamente: maníaca, depressiva e mista (mas, na maioria das vezes, não se registrava forma alguma).

Em linhas gerais, os dados analisados mostram que, na colônia feminina, a loucura/psicose maníaco-depressiva/periódica praticamente não conviveu com entidades da nosologia francesa: há uma notória ausência de termos provenientes da psiquiatria francesa da segunda metade do século XIX, como loucura de dupla forma (Baillarger) e loucura circular (Falret). Apenas uma paciente internada no HN em 1908 e transferida para a colônia em 1918 teve os diagnósticos de loucura maníaco-depressiva e mania intermitente (Pinel) no livro de matrícula. No livro de observação, o termo advindo do alienismo francês foi suprimido. Do mesmo modo, outra paciente internada no HN em 1906 e na colônia em 1911 tinha os diagnósticos de melancolia e loucura maníaco-depressiva no livro de matrícula, mantendo-se apenas o último diagnóstico no livro de observação. Já em duas pacientes (internadas no HN em 1913 e 1915 e na colônia em 1916) a psicose periódica se dava de “forma melancólica” e em uma (internada na colônia em 1927) a loucura maníaco-depressiva era marcada por um “estado melancólico”. A forma melancólica apareceu ainda uma vez associada ao diagnóstico de psicose pré-senil (paciente internada no HN em 1910 e na colônia em 1912). A documentação faz menção a uma paciente (internada no HN e na colônia em 1922) com psicose de involução e

síndrome melancólica. Por fim, o quadro de depressão melancólica é usado duas vezes, com uma paciente débil mental (internada no HN em 1917 e na colônia em 1918) e outra com psicose periódica ou, talvez, histeria – o diagnóstico é seguido de ponto de interrogação – (internada no HN em 1913 e na colônia em 1918). Foram sete ocorrências para melancólico(a) e uma para melancolia.

Além disso, foram encontradas quatro pacientes com hipomania (estado semelhante à mania, porém mais leve), além dos seguintes diagnósticos: delírio episódico (internada no HN e na colônia em 1913), ciclotimia<sup>1001</sup> (internada no HN em 1917 e na colônia em 1918), esquizofrenia (internada nas duas instituições em 1932) e psicose maníaco-depressiva (nas duas instituições em 1932). Também houve duas pacientes com estado lipemaníaco<sup>1002</sup> (depressivo), além dos seguintes diagnósticos: histeria e debilidade mental (internada no HN em 1904 e na colônia em 1911); histeria e psicose maníaco-depressiva (internada no HN em 1905 e na colônia em 1911); duas pacientes com psicastenia (condição neurótica caracterizada pelo enfraquecimento das funções psicológicas),<sup>1003</sup> uma internada no HN e na colônia em 1930 e a outra em 1931.

Já as formas delirantes apareceram doze vezes na documentação clínica: demência precoce delirante (duas), esquizofrenia delirante (episódio delirante) (três) e esquizofrenia paranoide, interpretação delirante (uma), psicose maníaco-depressiva delirante (três) (uma dessas pacientes foi diagnosticada ainda com estado confusional), psicose maníaco-depressiva ansiosa delirante (uma), degeneração mental, episódio delirante (uma) e psicose pré-senil delirante (uma). A terminologia mais antiga é a de demência precoce delirante, de uma paciente internada no HN em 1909 e na colônia em 1911, e a mais recente, a de esquizofrenia delirante, de uma paciente admitida no HN e na colônia em 1932. Para terminar esse breve exame da evolução conceitual das doenças mentais no âmbito da colônia, assinalamos a identificação de uma paciente com o diagnóstico de psicose periódica fundo histérico, sendo o fundo acrescentado no livro de observação

---

<sup>1001</sup> Usado desde o final do século XIX, o termo ciclotimia se refere a formas mais leves da psicose maníaco-depressiva e da constituição maníaco-depressiva (BERRIOS, 2012: 616; 625).

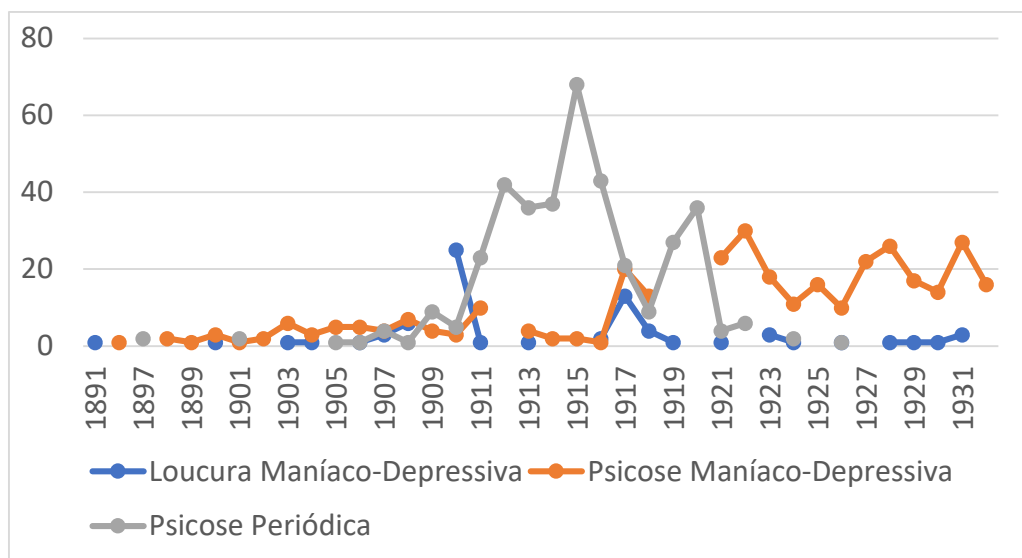
<sup>1002</sup> Foi Esquirol quem nomeou a lipemania a partir da separação da melancolia de Pinel em duas formas de afeção: a mania e a lipemania, umas das formas de monomania (PACHECO, 2003: 154). Segundo Oda, no campo psiquiátrico brasileiro do último quarto do século XX, “o termo lipemania não apenas era adotado para a monomania triste, como também depois foi preferido ao equivalente melancolia, no sentido de quadro delirante de base afetiva oposto à mania” (ODA, 2022: 321).

<sup>1003</sup> O diagnóstico de psicastenia foi criado pelo psiquiatra francês Pierre Janet (1859-1947). Conforme aponta Zorzanelli, a psicastenia constitui, em conjunto com a histeria e a neurastenia, o grupo mais amplo de condições neuróticas do final do século XIX (ZORZANELLI, 2010: 422). Para saber mais sobre a psicastenia e sua recepção no Brasil, ver ZORZANELLI, 2010.

(internada no HN em 1915 e na colônia em 1916) e de uma paciente com o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva, *mania mentis* (internada no HN e na colônia em 1932).

Esses dados sobre as formas melancólicas evidenciam a sobreposição da melancolia pela psicose maníaco-depressiva (BERRIOS, 2012: 604; BIRMAN, 2010: 350). Já os dados sobre as formas delirantes respondem ao gradual encurralamento da paranoia<sup>1004</sup> pela demência precoce e, depois, pela parafrenia (NOVELLA; HUERTAS, 2010: 207; CONSEGLIERI, 2014: 168). De um modo geral, ambos os dados mostram a expansão da nosografia alemã elaborada por Kraepelin no campo psiquiátrico brasileiro e o conseqüente deslocamento do discurso psiquiátrico brasileiro da tradição francesa para a alemã.

**Gráfico V – Número de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro diagnosticadas com loucura/psicose maníaco-depressiva e psicose periódica por ano de entrada no HN**



O termo loucura maníaco-depressiva, citado pela primeira vez em 1891, apareceu 73 vezes (9%), já psicose maníaco-depressiva (primeira menção em 1894) apareceu 329 vezes (42%) e psicose periódica (primeira menção em 1897), 380 vezes (49%). A partir dos dados desse gráfico, podemos notar que o conceito de loucura foi progressivamente substituído pelo de psicose. Além disso, fica evidente que houve um esforço de substituir a categoria de psicose maníaco-depressiva pela de psicose periódica, especialmente

<sup>1004</sup> Apenas duas pacientes transferidas do HN para a colônia trouxeram o diagnóstico de paranoia persecutória, uma internada em 1895 e a outra em 1896. A primeira foi transferida para Engenho de Dentro em 1915 e a segunda em 1912. A paranoia também aparece combinada ao diagnóstico de demência senil de uma paciente internada no HN em 1904 e transferida para a colônia em 1912.

durante a década de 1910. O ano de maior ocorrência de pacientes classificadas como periódicas transferidas do HN para a colônia foi 1915, com 68 pacientes. A partir de 1921, o termo psicose maníaco-depressiva tornou-se preponderante.

Quanto à primeira inferência (substituição do conceito de loucura pelo de psicose), German E. Berrios nos diz que uma redefinição etiológica e fenomenológica do *delirium* precipitou a transformação das insanidades funcionais em psicoses. Ainda segundo o autor, “durante as últimas duas décadas do século XIX, a transformação das insanidades nas psicoses foi consolidada por três inovações conceituais adicionais, duas das quais nós devemos a Magnan”.

Em primeiro lugar, sua noção de estabilidade genética explicou como certas formas de insanidade permaneciam verdadeiras seja intraindividualmente ou em gerações sucessivas; isso pôs um fim na visão de Morel da degeneração progressiva. Em segundo lugar, sua separação da insanidade com início agudo e bom prognóstico, da insanidade com um curso crônico conduzindo a eventual deterioração, ou seja, *délire chronique* (Magnan, 1886), pavimentou o caminho para uma perspectiva menos pessimista das psicoses. A terceira contribuição foi a opinião de Kraepelin de que a história natural de cada psicose deveria se tornar parte de sua definição (BERRIOS, 2011: 173-174).

Já a grande quantidade de pacientes diagnosticadas com psicose periódica na Assistência Psiquiátrica do Distrito Federal pode, ao nosso ver, estar ligada à influência de Henrique Roxo, que, como vimos com Birman (2010), preferia esse termo ao de psicose maníaco-depressiva. De 1904 a 1907 e de 1911 a 1921, Roxo exerceu interinamente o cargo de lente substituto da Clínica Psiquiátrica da FMRJ. Em 1921, com a morte do catedrático Texeira Brandão, assumiu definitivamente a cátedra de Clínica Psiquiátrica, ocupando-a até a sua aposentadoria em 1945. Já o cargo de diretor do Pavilhão de Observação foi ocupado por Roxo a partir de 1921 (MATHIAS, 2017: 14, 41-46).<sup>1005</sup> Vale lembrar que, além de ser sede da Clínica Psiquiátrica, o Pavilhão de Observação era a “porta de entrada” do HN, onde os doentes gratuitos levados pela polícia permaneciam por até quinze dias em observação. Além disso, em 1921, surgiu a primeira edição do *Manual de Psiquiatria*, de Henrique Roxo. Em 1925, 1938 e 1946, foram publicadas novas edições (MATHIAS, 2017: 203). Aparentemente, a discordância de Roxo em relação à denominação “psicose maníaco-depressiva” era visível nas primeiras

---

<sup>1005</sup> O cargo de diretor do Pavilhão de Observação foi exercido de 1912 a 1919 por Pedro Pernambuco Filho e não pelo ocupante da cadeira de Clínica Psiquiátrica, como era de se esperar. Roxo não aceitou passivamente a decisão de Brandão de passar a direção do Pavilhão de Observação para Pernambuco Filho, e, em outubro de 1919, o Ministro da Justiça reintegrou Roxo como diretor interino dessa instituição. Em 1921, com a morte de Texeira Brandão, Roxo assumiu em definitivo a cátedra de Clínica Psiquiátrica (MATHIAS, 2017: 41-46).

edições de seu manual, em certo sentido, para ser ultrapassada, o que explicaria, no caso, a diminuição dos diagnósticos de psicose periódica a partir desse momento. Com efeito, Birman conclui que “o discurso teórico de Roxo sobre tal psicose representa o triunfo incontestável do paradigma kraepeliniano no Brasil, ultrapassando em muito o discurso teórico inicial de Afrânio Peixoto sobre a mesma problemática” (BIRMAN, 2010: 362).

Alguns dos sintomas citados pelos médicos da Colônia de Engenho de Dentro com relação a pacientes maníaco-depressivas/periódicas foram desorientação, atenção móvel, logorreia/mutismo e crises de agitação psicomotora. A internação dessas pacientes vai envolver questões como sexualidade, virgindade/fidelidade/vida depois da viuvez (honra e reputação femininas), casamento, maternidade, processo de luto no caso de morte dos pais, marido ou filhos e até mesmo o não cumprimento ou o desleixo na execução das tarefas domésticas. Além disso, especialmente a psicose maníaco-depressiva foi apreendida pelos médicos e, também, por algumas pacientes pelo prisma dos ciclos femininos (menopausa, puerpério e menstruação). Durante todo o período estudado, era bastante comum os médicos registrarem a idade da primeira menstruação. No início da década de 1940, já no âmbito da CGR, foi incluída na documentação clínica uma folha de “Registro Catamenial”, onde se anotava o ciclo menstrual ao longo de um ano. Data da mesma época o registro do exame de defloração.<sup>1006</sup> Como achado em relação ao puerpério, as histórias clínicas mostram que boa parte das pacientes com perturbações mentais relacionadas à gravidez e ao puerpério foi internada na colônia como maníaco-depressiva.<sup>1007</sup>

Em muitos casos, as explicações das pacientes sobre o início da doença não eram estranhas às teorias psicopatológicas, e o tema da menstruação<sup>1008</sup> é eloquente nesse

---

<sup>1006</sup> Segundo Sueann Caulfield, a jurisprudência que orientou o código penal de 1940 enunciava “que o objetivo da lei, ao proteger a virgindade, não era simplesmente a garantia da abstinência sexual das moças solteiras, mas de sua integridade moral; o direito devia proteger ‘a membrana com virtude’. Essa orientação, eventualmente seguida pela maioria dos juristas, permitiu aos juizes adaptar a lei às ‘aquisições científicas’ (por exemplo, o estudo da morfologia do hímen) e ao progresso social dos tempos modernos” (CAULFIELD, 2000: 185).

<sup>1007</sup> Nos livros de matrícula, foram registrados cinco diagnósticos únicos relacionados à gravidez e ao puerpério: quatro de psicose puerperal e um de psicose gravídica. Em três casos, os diagnósticos se achavam combinados: mania puerperal, loucura maníaco-depressiva; mania puerperal, psicose maníaco-depressiva f. m., imbecilidade(?); psicose gravídica, histeria. Além disso, identificamos os diagnósticos confusão mental *Postpartum* e psicose periódica (prenhez a termo).

<sup>1008</sup> Ana Paula Vosne Martins percebe que, a despeito dos estudos fisiológicos sobre a ovulação nos mamíferos em desenvolvimento desde meados dos novecentos, “a força das representações sobre a ‘mulher que sangra’ se impunha nos discursos médicos, ao mesmo tempo em que era operacional na manutenção e no reforço das relações assimétricas de gênero, associando a diferença ‘debilitante’ das mulheres à incapacidade de atuar nos mesmos espaços que os homens. São essas considerações que explicam por que, mesmo sendo definida como um fenômeno fisiológico, a menstruação foi abordada com maior ênfase sob o ponto de vista da patologia. Fundamentados nas pesquisas anatomofisiológicas da ciência experimental,

sentido. Muitas mulheres chegavam ao manicômio com o discurso de que haviam adoecido mentalmente em função de irregularidades da menstruação (dismenorreia e amenorreia), causadas, em geral, por não terem se resguardado devidamente durante o período catamenial, quando o corpo requeria uma higiene geral, conforme indicava, por exemplo, o folheto educativo do Ambulatório Rivadávia Corrêa, visto no capítulo 2. As pacientes entendiam que, nessa fase, era necessário proteger-se de grandes variações de temperatura (choques térmicos). Outras atribuíam a doença a congestões cerebrais em consequência de indigestões. É possível encontrar ainda mulheres associando o desequilíbrio mental a doenças infectocontagiosas, epidêmicas, como febre amarela, varíola, tifo e a própria gripe. Nesse sentido, cabe destacar também o próprio medo do parto e da tuberculose que pairava sobre a vida dessas mulheres. Algumas internas identificaram o papel das “contrariedades domésticas”, dos maus-tratos impostos pelos maridos, no adoecimento mental. Em relação à essa percepção da violência doméstica por parte das pacientes, os resultados do nosso estudo corroboram o que outras pesquisas recentes mostram (GARZA, 2022; GOLCMAN, 2022). Mas, por outro lado, no caso da Colônia de Engenho de Dentro, gostaríamos de destacar o fato de que outras tantas internas não relacionavam (pelo menos diretamente) esse tipo de violência ao seu processo de enlouquecimento. Em vez disso, compreendiam a sua enfermidade como causada por espíritos, feitiço, macumba, quebranto, inveja de outras mulheres etc.

De uma forma geral, os dados de gênero abordados acima dialogam com os encontrados pelas historiadoras Maria Clementina Cunha e Magali Engel. Cunha, em seu artigo “Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do Século XX”, argumenta que, “do ponto de vista dos padrões construídos pelo saber psiquiátrico, em suas tentativas de generalização e teorização sobre o ‘normal’ e o ‘patológico’, a quebra do modelo normalizado de comportamento feminino significará sempre alguma forma de recusa ou resistência ao papel ‘natural’ de mãe-e-esposa” (CUNHA, 1989: 129). Assim, a naturalização do papel social da “mulher” conduziu “a uma definição da condição feminina calcada sobretudo nas determinações biológicas de seu sexo”. Neste contexto, o alienismo incorporou “a antiga representação do corpo feminino como um estranho ser cíclico, de fluxos circulares de um sangue menstrual

---

os médicos tinham como verdade inquestionável que as transformações nos órgãos genitais eram de tal magnitude que, pela ação simpática entre eles e o cérebro, podiam desencadear vários tipos de doenças mentais. Constrói-se uma imagem completamente instável do corpo feminino, como se estivesse sempre em eminência mórbida” (MARTINS, 2004: 166-167).

impuro e denso de humores perigosos”, a interpretação das alterações orgânicas “de um corpo inquietante desde a adolescência e depois em cada parto, nos puerpérios, nos aleitamentos e no climatério que, uma vez superado, indicava enfim sua possibilidade final de pacificação – ao mesmo tempo que anunciava a morte” (p. 130). Corroborando com Cunha, Magali Engel, em seu texto intitulado “Psiquiatria e feminilidade”, assinala que “no organismo da mulher, na sua fisiologia específica estariam inscritas as predisposições à doença mental. A menstruação, a gravidez e o parto seriam, portanto, os aspectos essencialmente priorizados na definição e no diagnóstico das moléstias mentais que afetavam mais frequentemente ou de modo específico as mulheres” (ENGEL, 2004: 333).

Uma vez que a maior parte das histórias clínicas analisadas nesta tese são de mulheres diagnosticadas com loucura/psicose maníaco-depressiva/periódica, optamos por apresentar aqui somente o caso de uma paciente que teve o diagnóstico de demência precoce alterado para loucura maníaco-depressiva. A paciente foi observada por Gustavo de Rezende, para quem a psicose maníaco-depressiva era uma

psicopatia constitucional caracterizada por acessos de mania ou de melancolia, isoladas ou conjugadas e reproduzindo-se em intervalos variáveis. Depois dos primeiros dias de insônia, sensação de fadiga e inquietação, surgem os distúrbios psíquicos, traduzindo a excitação da mania ou a depressão da melancolia. Os principais sintomas da mania são o humor alegre, a loquacidade e a agitação motora. Na melancolia a depressão se revela pelo humor triste, a lentidão das operações mentais e a inércia motora.<sup>1009</sup>

Úrsula Ferreira era uma mulher alagoana, branca, solteira, doméstica, de 27 anos que, depois de perder os pais muito cedo (a mãe de parto e o pai de mordedura de cobra), veio para o Rio de Janeiro, onde, infelizmente, caiu na prostituição e se entregou ao abuso do álcool e cocaína por volta dos 15 anos de idade, conforme narra Rezende. Tinha também diversas doenças venéreas e parecia ter contraído sífilis, “pois teve uma erupção pela pele após uma ferida que teve nas partes genitais. Fez o tratamento específico, tendo tomado 914 e injeções mercuriais”. O médico apontava que a doença atual de Úrsula havia começado por alucinações visuais e auditivas (via vultos e ouvia vozes que lhe davam pavor), “ficando fria de seu juízo, motivo pelo qual foi internada no Hospital Nacional”. Tinha a afetividade presente, “fala com certa deferência de seus pais, tem saudade do homem com quem vivia. É muito emotiva e tem vergonha de lembrar a sua

---

<sup>1009</sup> REZENDE, Gustavo de. Tratamento dos insanos na antiga Colônia de Psicopatas Mulheres no Engenho de Dentro, durante a administração do Dr. Gustavo Riedel. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3-4, 1 e 2º sem. 1947, 1950b, p. 53.

vida de vícios”. Apresentava-se calma e orientada (meio e tempo) e lembrava-se bem dos fatos antigos e recentes. As alucinações e a frieza do juízo não configurariam uma demência precoce, mas, de fato, uma psicose maníaco-depressiva, sobretudo pela preservação do exercício de sua afetividade e pela vergonha que sentia de seu passado. Nesta exploração psicopatológica, revela-se como o comportamento feminino desviante era enquadrado, sobretudo, pelo diagnóstico de psicose maníaco-depressiva.

### **5.1.1.3. Demência precoce, parafrenia e esquizofrenia**

O termo demência precoce foi introduzido por Benedict-Augustin Morel (1809-1873), em 1860, em seu *Traité des maladies mentales*; no entanto, conforme explica Huertas, o termo precisa ser entendido no marco estrito do degeneracionismo. De fato, foi ao tentar estabelecer uma entidade nosológica diferenciada em relação a outras doenças mentais e estados psicopáticos degenerativos que Emil Kraepelin definiu, na sexta edição do *Manual de Psiquiatria* (1899), a *Dementia praecox* (hebefrênica, catatônica e paranoide) (NOVELLA; HUERTAS, 2010: 207). Como já apontamos anteriormente, o psiquiatra alemão “estabeleceu então dois grandes grupos de psicoses endógenas: psicose maníaco-depressiva, curável, e *Dementia praecox*, incurável”. Mais tarde, “completou essa classificação distinguindo duas formas evolutivas de *Dementia praecox*: a progressiva, levando a um comprometimento permanente, e a intermitente, não levando a um déficit irreversível”. Embora o agrupamento em uma única doença das formas paranóicas com hebefrenia e catatonia parecesse um tanto forçado do ponto de vista teórico e fosse fortemente criticado pelos psiquiatras franceses, Kraepelin achava que esse conjunto de condições clínicas, na verdade, tinha em comum a particularidade de levar a estados de uma deterioração mental característica. Assim, ele descreveu uma série de sintomas de déficit – deterioração efetiva (*gemüthliche Verblodung*), apatia, indiferença, desorganização do pensamento e da fala, incoerência (*Zerfahrenheit*) e outros – como as manifestações nucleares da *Dementia praecox* (NOVELLA; HUERTAS, 2010: 215-216).

Conforme explica Ana Conseglieri, a paranoia, base da nosografia francesa da segunda metade do século XIX, viria a ser quase anulada pela psiquiatria alemã com as classificações de Kraepelin. Na sexta edição de seu manual, Kraepelin “incluiu quase toda a paranoia (incluindo o delírio de evolução sistemática de Magnan) dentro da demência precoce, em seu subtipo paranoide”. Mas, em sua oitava edição (1913), endossando algumas das críticas feitas pelos alienistas franceses em relação ao fato de a maioria dos



paranoicos não apresentar um curso mentalmente debilitante como a demência precoce, “dividiu a entidade: a própria demência precoce, e uma nova seção para parafrenias, onde tentou incluir delírios crônicos que não pertenciam à demência, nem à paranoia (também nesta edição como um capítulo separado)”. Em contrapartida, no espaço das parafrenias sistemáticas constava “o delírio crônico de evolução sistemática” (CONSEGLIERI, 2014: 168). A partir dessa edição de 1913, Kraepelin definiu o grupo das parafrenias, dividindo-o em quatro variantes: “parafrenia sistemática, expansiva, confabulatória e fantástica” e admitia outras formas de demência precoce: “simples, depressiva, pseudoperiódica e demência” (CONSEGLIERI, 2014: 159-160). Golcman destaca que Kraepelin levantou várias causas etiológicas para a demência precoce: na quinta edição de seu manual, “explicou que essas patologias eram causadas por condições metabólicas; e na sexta edição ele indicou que provavelmente era uma doença mental localizável”. Indicou ainda em edições posteriores “que se tratava de uma autointoxicação relacionada ao que estava acontecendo nos órgãos sexuais ligada ao início da puberdade, distúrbios menstruais e parto e, por outro lado, apontou a ausência da causa externa” (GOLCMAN, 2015: 160).

O termo demência precoce foi gradativamente substituído por esquizofrenia a partir de 1911, quando o psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1857-1940) o cunhou em sua obra *Dementia Praecox oder. Gruppe der Schizophrenien*. Nessa obra, ele realizou “uma caracterização da condição não a partir de sua evolução, mas a partir do que ele considerava seu traço psicopatológico fundamental: a divisão do eu”. Essa nova perspectiva o conduziu “a introduzir o neologismo ‘esquizofrenia’ (literalmente, ‘mente dividida’) para nomear a entidade isolada por Kraepelin”. Não se tratou de uma mera variação terminológica, mas sim “de um novo olhar para o louco e sua loucura em que a clínica – sintomatologia e evolução – ficou em segundo plano e a interpretação psicopatológica assumiu uma importância central” (NOVELLA; HUERTAS, 2010: 207-208). Novella e Huertas sublinham que, apesar de nunca ter deixado de acreditar com convicção na intervenção de causas orgânicas no desencadeamento e dinâmica inicial da doença mental, Bleuler foi influenciado, em sua análise psicológica, por autores como Griesinger, Charcot, Freud e Janet (NOVELLA; HUERTAS, 2010: 208). Assim, revisando a obra de Kraepelin, “inferiu um conjunto de ‘sintomas fundamentais’ (transtornos de associações, transtornos afetivos, ambivalência e autismo) e outros sintomas marcantes, mas ‘acessórios’, como delírios, alucinações, distúrbios de memória ou distúrbios de linguagem”. Propôs ainda “distinguir os sintomas decorrentes diretamente do ‘processo patológico’ (os ‘sintomas primários’) daqueles sintomas

secundários que só começam a operar quando a psique doente reage”. Além disso, individualizou cinco formas clínicas, “coincidindo três delas com as formas kraepelinianas (subgrupos paranoide, catatônico e hebefrênico) e acrescentando uma forma simples (caracterizada por apresentar apenas os sintomas fundamentais) e outra ‘latente’, compensada ou paucissintomática” (NOVELLA; HUERTAS, 2010: 208). Para Bleuler, conforme os autores, o processo esquizofrênico se definia por uma “‘cisão’ (*Spaltung*) das funções mentais resultante da ação de ‘complexos’ independentes ou cadeias de representações e emoções que acabavam por dominar toda a personalidade e comprometer sua unidade”. Bleuler pensava, inspirado pelos estudos psicométricos de Jung sobre os distúrbios da associação de ideias e pelas primeiras explicações freudianas a respeito dos mecanismos das formações inconscientes, “que a esquizofrenia se devia a uma fraqueza primária na esfera das associações que impedia uma integração adequada dos conteúdos da consciência, levando assim à desorganização da atividade psíquica que era característica da doença” (NOVELLA; HUERTAS, 2010: 208-209).

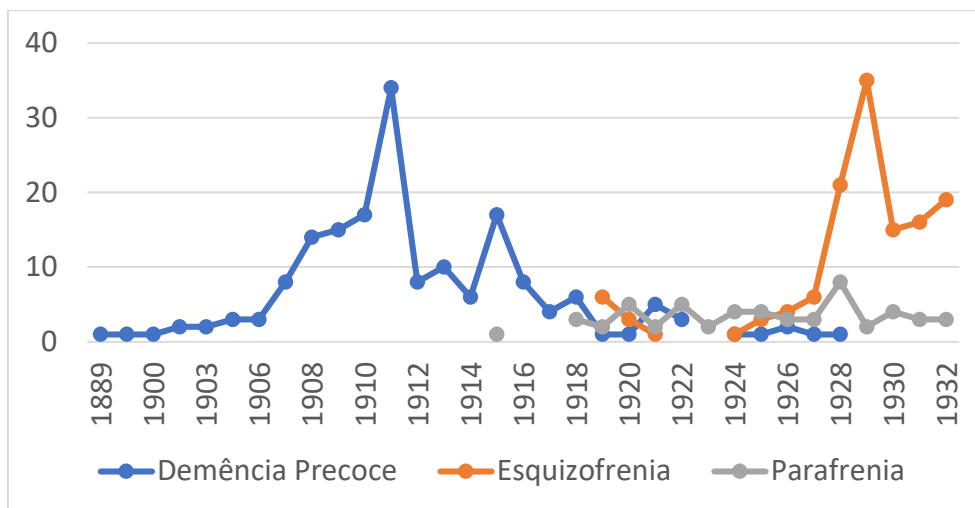
No Brasil, o conceito de demência precoce esteve presente em publicações desde os primeiros anos do século XX, e o uso do termo esquizofrenia não tardou. Analisando a listagem de 2.171 títulos do Projeto Memória da Psiquiatria Brasileira (1905-1986), observamos que o diagnóstico de demência precoce aparece, pela primeira vez, em 1905, em um artigo de Antônio Austregésilo (“Tiques – sobre um caso de coreia variável de Brissaud – Os tiques sintomáticos na demência precoce”) e, pela última vez, em 1977-78, em um texto de Átila Ferreira Vaz (“A demência precoce é demência arteriosclerótica precoce”). Mas a última ocorrência de produção de conhecimento em torno da demência precoce é o artigo de 1930-1931 de Osório César (“Alterações da micróglia em dois casos de demência precoce paranoide”). Já os trabalhos sobre esquizofrenia aparecem no final da década de 1920 e se estendem até 1985. O primeiro trabalho a trazer no título a palavra esquizofrenia é o artigo de Murillo de Campos “O grupo das esquizofrenias ou demência precoce” (1929). Levando, portanto, em consideração os títulos do projeto citado, o termo esquizofrenia, entre os pesquisadores do campo, substituiu demência precoce.

A demência precoce é encontrada desde o início do banco de dados (ou seja, entram dementes precoces já nas primeiras levas de pacientes transferidas do HN para a colônia em 1911) e desaparece em 1929; a esquizofrenia, por outro lado, aparece em 1919 e podemos encontrá-la até 1944, de acordo com a análise do último livro de observação da Colônia de Engenho de Dentro (Livro 32). Percebemos uma sobreposição de ambos os diagnósticos entre 1919 e 1928, que pode ser produto do uso de ambos como se fossem

iguais ou das diferenças entre psiquiatras não só da colônia, mas também do HN. Destacamos ainda a presença na colônia em 1916 de uma primeira paciente diagnosticada com parafrenia, que havia entrado no HN em 1915. A segunda paciente com esse diagnóstico entrou no HN em 1918 e na colônia em 1919; a partir desse momento, as parafrênicas passaram a povoar os registros médicos da instituição.

Nesta pesquisa, quando processamos os diagnósticos nos livros de matrícula e de observação da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932), vimos que demência precoce, parafrenia e esquizofrenia juntas responderam a 12% dos diagnósticos únicos (por paciente) e a 6% dos diagnósticos múltiplos (por ocorrência). Na demência precoce, as formas mais frequentes foram catatônica (treze), associada à síndrome histeroide (seis), paranoide (três), delirante (duas), hebefrênica-catatônica (duas), hebefrênica (uma) e simples (uma). Já na esquizofrenia, essas formas foram paranoide (cinco), episódio delirante (duas), tardia (duas), e, com uma ocorrência, síndrome paranoide, síndrome histeroide, paranoide/interpretação delirante, delirante e hipomaníaca; duas pacientes tinham parafrenia sistemática. Notamos ainda o uso de três termos/ocorrências diferentes para se referir à doença em questão: associação esquizofrênica, esquizotimia e constituição esquizoide. As duas primeiras pacientes foram admitidas no HN e na colônia em 1929, e, além da associação esquizofrênica e esquizotimia, receberam o rótulo de oligofrenia, e a terceira ingressou nessas instituições em 1932 e foi diagnosticada também com delírio episódico. Três pacientes receberam, além do diagnóstico de esquizofrenia, o de parafrenia. Não encontramos, pelo menos dentro da documentação consultada, nenhum caso de paciente que recebeu os dois diagnósticos ou que mudou seu quadro de demência precoce para esquizofrenia (o que pode ser entendido dentro de um quadro de não diferenciação entre esses dois termos ou, ainda, de uma não problematização de respectivas diferenças teóricas no âmbito da clínica). O que encontramos foram apenas pacientes com o diagnóstico modificado de demência precoce para psicose maníaco-depressiva.

**Gráfico VI – Número de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro diagnosticadas com demência precoce, esquizofrenia e parafrenia por ano de entrada no HN**



O termo demência precoce, citado pela primeira vez em 1889, apareceu 176 vezes (49%), o de esquizofrenia (primeira menção em 1919) apareceu 130 vezes (36%) e parafrenia (primeira menção em 1915), 54 vezes (15%). Este gráfico mostra a substituição do diagnóstico de demência precoce pelo de esquizofrenia na clínica psiquiátrica da Colônia de Engenho de Dentro. É possível perceber uma sobreposição desses diagnósticos entre 1919 e 1928, visto que, como comentamos acima, a esquizofrenia aparece nos documentos clínicos da colônia em 1919 e a demência precoce desaparece apenas em 1929. Mas, desde 1925, observamos uma predominância do diagnóstico de esquizofrenia. Por sua vez, o diagnóstico de parafrenia aparece pela primeira vez em 1915, e, depois, de 1918 em diante. Em 1911, observamos 34 dementes precoces admitidas no HN e ao longo do tempo transferidas para a colônia; já em 1929, temos 35 esquizofrênicas na mesma situação, sendo estes os anos de maior ocorrência dos diagnósticos em análise. Em 1928, foi alcançado o número recorde de oito parafrênicas.

É possível perceber uma diferença importante, uma complexidade maior nas observações de pacientes esquizofrênicas em comparação com as de pacientes dementes precoces pela via da análise psicológica. Verificamos uma linha de continuidade, em especial, quando se trata do sintoma de negativismo e do fenômeno de automatismo. Além disso, chama a atenção a ausência de delírios e alucinações (sintomas concebidos por Bleuler como “acessórios”) nas pacientes diagnosticadas com esquizofrenia, isso com relação às dementes precoces. É possível perceber, ao longo da década de 1910 mas sobretudo em seus anos finais, que havia uma grande incerteza em relação ao diagnóstico de demência precoce, o que ecoava fortemente no âmbito da clínica. O problema do diagnóstico diferencial da demência precoce era vultuoso. Nos anos 1920 e principalmente 1930, em consequência da dimensão psicoafetiva da esquizofrenia, as

pacientes com esse quadro mórbido vão apresentar uma sintomatologia muito característica. Quanto mais se aproximam do final dos anos de 1920, a diferença entre as observações de dementes precoces e esquizofrênicas e entre as próprias pacientes diagnosticadas com esquizofrenia se torna mais notável. Frente a essas mudanças, podemos considerar, seguindo Novella e Huertas (2010) e, também, Huertas (2012, 2020), que a esquizofrenia se liga ao “surgimento da consciência moderna, de uma cultura da subjetividade, cujo individualismo exacerbado e novas formas de intimidade (e interioridade), podem induzir, quando não impor, a fragmentação do eu e a constituição de uma desordem caracteristicamente moderna” (HUERTAS, 2012: 119-120).

A seguir apresentamos um caso de cada forma de demência precoce, e dois de esquizofrenia e parafrenia.

O primeiro caso é o de América Corrêa de Menezes<sup>1010</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, 20 anos, diagnosticada com demência precoce). Em 4 de fevereiro de 1917, a paciente foi observada por Waldemar de Almeida, que apontou que a paciente se achava “desorientada a respeito do tempo, lugar e meio. Humor deprimido. Ideação demorada. Vontade embotada; atenção diminuída. Percepção ausente. Negativismo. Memória mui atingida, tanto para os fatos antigos como recentes”. Manifestava crises de agitação psicomotora com intervalos regulares, apresentando-se agressiva. Quanto ao trabalho, não se prestava a nenhum: “vive isolada, abúlica, apática no meio”. No exame direto, o médico mencionou ter obtido da progenitora da paciente as seguintes informações a respeito de antecedentes neuropsicopáticos: “Um tio da linha paterna era algo nervoso e um dos primos é psicopata. Outra tia tinha ataques epileptiformes. O pai é falecido, sendo que era alcoolista moderado; é filha de segundas núpcias (maternas). Das irmãs, uma delas é algo nervosa, por vezes irritadiça, desmemoriada, com distúrbios do catamênio”. Já os comemorativos pessoais foram: sarampo, varíola (8 meses), pneumonia, gastroenterite, raquítica (primeira infância), marcha retardada (4 anos), primeiras letras (8 anos). O médico registrou ainda que América “estudou com proveito o piano, e progrediu na escola; sempre demonstrou grande habilidade para os misteres

---

<sup>1010</sup> N. 1.254, Livro 9 de Observação. Procedente do 9º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em novembro de 1915, sendo enviada para a colônia em março de 1918. Não trabalhava, o tratamento foi *opendoor* e o prognóstico, desfavorável. Foi transferida para o HN por estar tuberculosa em fevereiro de 1921. Estava na assistência psiquiátrica há mais de cinco anos, tendo permanecido em torno de três anos na colônia. Observação com foto: a paciente está com uma expressão séria, olhando em direção ao fotógrafo, de cabelo preso e com os braços apoiados na barriga.

domésticos, principalmente para costuras. Aos 12 anos teve o primeiro menstruo, que sempre manifestou-se regular”. Quanto à sua doença atual, disse Waldemar de Almeida:

Aos 20 anos apareceram os sintomas primordiais da doença que a trouxe ao manicômio. Anteriormente era de temperamento retraído, e pouco comunicativa. Começou a ter fobias de tudo, ideias persecutórias, alucinações auditivas e visuais (ouvia barulhos), pronunciava frases e palavras incoerentes, mostrou-se desleixada, inafetiva, indiferente e gradativamente agressiva, impulsiva e crises de agitação psicomotora. Chamado um médico, foi tratada sem resultado. Anteriormente teve um abscesso axilar. Como fossem cada vez mais intensos os sintomas do quadro descrito, foi levada à polícia e solicitada uma guia para ser mandada ao manicômio.

Como veremos melhor mais adiante, Waldemar de Almeida, em um artigo intitulado “O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces”, publicado em 1917, atualizado com o pensamento de Bleuler, manteve a filiação à entidade nosográfica kraepeliniana e, também, à teoria pluriglandular endocrínica, da demência precoce.<sup>1011</sup> Diante do exposto, é notável que encontremos, na observação médica precedente, o objetivo de corroborar a existência de predisposição hereditária na demência precoce e, especialmente, as indicações de precocidade e demência (processo de deterioração a partir de um nível prévio). A propósito, vale dizer que o médico não falava, com relação à demência precoce, em curabilidade clínica, mas social. Nesse sentido, considerava o trabalho um recurso terapêutico de grande valia para esses enfermos. Segundo Almeida, na Colônia de Engenho de Dentro existiam então quarenta dementes precoces, sendo apenas onze adaptáveis ao trabalho, ou seja, cerca de um quarto do total. América, segundo o médico, era, portanto, uma dessas pacientes não adaptáveis ao trabalho. Em seu artigo, Almeida também destacava a importância da reação de Abderhalden, da opoterapia e dos recentes métodos de estudos experimentais no campo da psicologia em relação ao problema do diagnóstico diferencial da demência precoce em relação à loucura maníaco-depressiva. E dizia que era preciso deixar de lado o velho preconceito de que a terapêutica mental se achava ainda obscura, e por isso “abandonar nos manicômios os dementes precoces sob a anátema de incurabilidade, ou entregues aos acasos das remissões, quando mais não seja às múltiplas intercorrências clínicas que acometem o seu depauperado organismo, avultando em grande cifra a tuberculose”.<sup>1012</sup>

---

<sup>1011</sup> ALMEIDA, Waldemar. O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces, 1917a.

<sup>1012</sup> ALMEIDA, Waldemar. O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces, 1917a, p. 24.

Este realmente foi o destino de América, que acabou sendo transferida para o HN por estar tuberculosa em fevereiro de 1921.

Para concluir, podemos notar que, apesar da observação ser bastante prolixa, ela não deixa de ser artificial, pelo menos no sentido da análise psicológica, da subjetividade da paciente. Conforme explica Golcman, foi por meio da “superestimação dos aspectos que apresentavam os sinais de maior deterioração do quadro” que Kraepelin procurou distinguir verdadeiras doenças mentais, com o risco de elaboração de uma nosografia artificial. Já Bleuler, valendo-se da hermenêutica, buscava “interpretar os substratos que estavam sob os sintomas acessórios, que ele chamou de sintomas fundamentais” (GOLCMAN, 2015: 161). Estas diferenças aparecem claramente quando comparamos as observações de Waldemar de Almeida, adepto das doutrinas de Kraepelin, com as de Gustavo de Rezende, próximo de Bleuler e, especialmente, de Eugene Minkowski.

O segundo caso é o da primeira paciente admitida na colônia com o diagnóstico de esquizofrenia. Armelina Gonçalves<sup>1013</sup> (branca, brasileira, natural do Estado do Rio de Janeiro, casada, doméstica, pouca instrução, 34 anos) trouxe do HN a seguinte nota clínica: “esta doente, que apresentava na ocasião de sua entrada um quadro esquizofrênico, tem melhorado sensivelmente; tem ainda entretanto traços de verbigeração evidentes. Trabalha na lavanderia”. Na colônia, a paciente foi observada em 31 de dezembro de 1919 por Waldemar de Almeida, que apontou o seguinte:

Doente que comparece à observação com fisionomia viva, mímica animada. Teve após a sua entrada acessos convulsivos, de caráter epiléptico, apenas de dia. Este mês ainda não os manifestou, parecem, entretanto, histeriformes ou simulados, segundo um detalhe posterior da enfermaria. Nesta colônia não prestou se a qualquer mister, negando-se a fazê-lo. Tem hipertrofia da glândula tireoide. O seu catamênio é normal. Desorientada no tempo, lugar e meio. Humor irritável. Tem manifestado leves crises de agitação psicomotora passageiras. Vontade e afetividade presentes. Memória relativamente conservada, ideação normal, atenção íntegra. Percepção regular e de acordo com seu nível mental. Ideias persecutórias e de grandeza.

O primeiro ponto a ser destacado é que essa observação difere completamente das observações de pacientes esquizofrênicas por Gustavo de Rezende. Ou seja, apesar de Almeida ter mantido a categoria diagnóstica bleuleriana trazida pela paciente do HN, ele a analisou da mesma forma que as ditas dementes precoces, a partir da nosografia

---

<sup>1013</sup> N. 1.386, Livro 10 de Observação. Procedente do 12º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em março de 1919, sendo enviada para a colônia em outubro desse ano. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Faleceu em setembro de 1934 de enterocolite, cachexia. Permaneceu na colônia por quase quinze anos.

kraepeliana. Nesse sentido, vale ressaltar a informação de que a paciente tinha hipertrofia da glândula tireoide. Segundo Almeida, fazia tempo que Kraepelin atribuía a causa da demência precoce a um mal funcionamento das glândulas de secreção interna, o que estudos posteriores teriam confirmado, indicando assim a existência de um verdadeiro desequilíbrio pluriglandular.<sup>1014</sup> Mas o fato é que tanto Kraepelin como Bleuler acreditavam em um substrato orgânico para a patologia. A grande diferença é que, se Bleuler nunca deixou de ter certeza da intervenção das causas orgânicas no desencadeamento e dinâmica inicial da esquizofrenia, ele também nunca deixou de destacar a centralidade da interpretação hermenêutica e psicopatológica dos fenômenos (NOVELLA; HUERTAS, 2010: 208).

O terceiro caso mostra como, com o passar do tempo, as observações das pacientes esquizofrênicas foram ficando cada vez mais afinadas com os conceitos de Bleuler. Segundo Gustavo de Rezende, Isabel Moura<sup>1015</sup> (branca, brasileira, natural de São Paulo, solteira, enfermeira prática, 29 anos) negava antecedentes alcoólicos e taras neuropsicopáticas, menstruou pela primeira vez aos 14 anos e aprendeu a ler e escrever já depois dos 10 anos. Aos 18 anos começou a praticar em hospitais para enfermeira e, quando adoeceu, se achava trabalhando na seção de raios X da Casa de Saúde de Pedro Ernesto. Ainda segundo o médico, a paciente trouxe do HN o diagnóstico de psicose infectuosa, mas na colônia “apresenta o complexo sintomático de Bleuler, autismo, ambivalência afetiva, intelectual, volitiva, desordens de associações de ideias e reações emotivas paradoxais, que fazem enquadrar o tipo mórbido apresentado pela paciente na esquizofrenia”. No exame direto, o médico destacou que os processos associativos eram desordenados, “aceitando a paciente conceitos absurdos e predominando complexos representativos com forte carga afetiva” e, também, que as ideias de suicídio que a paciente, por vezes, revelava pareciam se originar de “complexos de caráter deprimente”. A discriminação estava presente mas não era frequentemente utilizada, a afetividade caracterizava-se pela introversão e reações emotivas paradoxais e a ambivalência aparecia “nas esferas intelectual, afetiva e volitiva”. Rezende falava ainda da predominância de

---

<sup>1014</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Distúrbios mentais no decurso na nasomiasis. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano XIII, n. 1, 1917b, p. 23.

<sup>1015</sup> N. 2.701, Livro 23 de Observação. Foi internada em 1º de setembro de 1933 pelo SAPPE, sendo enviada para a parte fechada da colônia em 13 de novembro do mesmo ano. Trabalhava na limpeza geral, consta que foi feito o tratamento específico (904) sem resultado. Calcioterapia, opoterapia (com bom resultado), hipoinsulinoterapia com melhora apenas do estado geral. Obteve licenças médicas de 1934 a 1941. Foi transferida em 8 de maio de 1942 para a CJM. Permaneceu em Engenho de Dentro quase nove anos. Faleceu em 4 de maio de 1955, na CJM, de tuberculose pulmonar.



automatismos que se manifestavam “em impulsos, estereotípias, negativismo e sugestibilidade”. É possível perceber que o pensamento de Rezende estava fortemente informado pelos conceitos de Bleuler e, também, pelo sistema teórico do discriminacionismo afetivo, desenvolvido por ele e pelo psicólogo Radecki em meados da década de 1920, do qual trataremos adiante. Como destaca Ana Teresa Venancio, por complexos entendia-se “um grupo de ideias investido emocionalmente em torno de um núcleo central, parcial ou totalmente reprimido, ou seja, um grupo de ideias reprimidas e interligadas num todo complexo, que assediava o indivíduo e o impelia a pensar, sentir e agir segundo um único padrão” (VENANCIO, 2010: 330). Por fim, podemos dizer que a notória influência de Bleuler não impediu que Rezende, pouco mais de dez anos depois, ao definir a patologia em análise o fizesse sem diferenciar os termos demência precoce e esquizofrenia. No entanto, o médico, mais de uma vez, referiu-se às ideias do psiquiatra francês: “forma de loucura que interioriza os sentimentos, torna paradoxais as emoções e inibe a atividade pragmática”.<sup>1016</sup>

Para nos encaminharmos para o final da discussão, analisamos a seguir dois casos de parafrenia. De acordo com Paul Hoff, a parafrenia era conceituada por Kraepelin “como uma psicose com uma sintomatologia aguda e heterogênea, incluindo o desenvolvimento de déficits duradouros, mas sua separação dos casos típicos de demência precoce era justificada pela ausência de grandes distúrbios na vontade e por um menor grau de rebaixamento afetivo” (HOFF, 2012: 448). Essa ideia de rebaixamento afetivo estava presente também nas elaborações sobre a doença de Gustavo de Rezende. Em 1935, no artigo “As esquizofrenias”, Rezende escreveu que pensava “que a carga energética, que condiciona a sensibilidade afetiva, quando é fraca, é um dos fatores da introversão da esquizofrenia e quando é forte, concorre para os tipos parafrênico e paranoide da esquizofrenia”.<sup>1017</sup>

O quarto caso é de Maria Soledad (branca, brasileira, idade, profissão e estado civil não informados, diagnosticada com parafrenia sistemática), que tinha a mãe falecida e o pai vivo. Contava que sua doença “começou por perda de memória, esquecendo-se até de escrever e ler, o que sabia muito bem e em diversas línguas”. Segundo Gustavo de Rezende, a paciente estava desorientada no meio e no tempo e tinha ideias de grandeza:

Dizendo que se acha num convento que pertence ao seu pai. Sua memória ressent-se de muitas lacunas que são preenchidas por coisas

---

<sup>1016</sup> REZENDE, Gustavo de. Tratamento dos insanos na antiga..., 1950, p. 55.

<sup>1017</sup> REZENDE, Gustavo de. As esquizofrenias. *Brazil-Médico*, ano XLIX, n. 45, 9 de novembro de 1935, p. 1015.

imaginárias. Tem ideias de grandeza; seu nome é dona Branca Carmen Wolmar Richelieu Alvear Arcoverde de Umaty Rio Branco, tem 3 mil anos de idade, casou-se primeiramente com o seu bisavô, rei Carlos V, depois contraiu matrimônio com o seu primo, o Marechal Blanco, e, finalmente, casou-se com o papa. É descendente do Cardeal Richelieu e viveu em aeroplano quando ainda nem havia edificações no Brasil. Seu pai era o mais poderoso capitalista, tendo comprado uma casa por 250 milhões de pesos ouro. Sua mãe era madre em um convento e era irmã do rei Jorge V da Inglaterra. Tem ideias persecutórias, dizendo-nos a doente que foi sequestrada da casa de sua família, que foi roubada de todos os seus documentos que estavam contidos em 3.000 malas. Uma mulher malvada apoderou-se da casa que seu pai tinha comprado, e ela teve de se [vestir?] de roupas brancas. A doente tem alucinações auditivas, dizendo ouvir vozes que falam com ela por meio de um cano.<sup>1018</sup>

Em suas ideias de grandeza, Maria Soledad casou-se com representantes dos três grandes poderes: nobreza, exército e Igreja católica. Ela e sua mãe pertenciam a importantes linhagens, e seu pai era muito rico, mas uma mulher malvada teria se apoderado de uma casa que seu pai havia comprado. No entanto, seu pai era dono do convento onde ela estava (colônia). Ela contou que havia sido sequestrada da casa de sua família, e roubada de todos os seus documentos. A questão da roupa branca parece apontar para a vida no próprio asilamento. Maria Soledad, assim como outras pacientes internadas na colônia, muitas pelos próprios pais, vivenciou a experiência traumática da perda da mãe e da inserção de uma madrasta (mulher malvada) na família. Em sua fala delirante, é possível entrever verdades subjetivas e seus contextos familiares, bem como uma tentativa de lidar com a dor e organizar de dentro para fora, subjetiva e “loucamente”, as experiências vividas.

Sobre o delírio, Huertas sublinha que “quem delira, ou quem tem ideias delirantes, é quem vive ‘outra’ realidade, quem tem uma crença que assume com absoluta convicção e certeza, por mais ‘ilógica’ ou extravagante que seja e que, em geral, é acompanhada de confusão, ansiedade e mudanças de comportamento” (HUERTAS, 2020: 46). Ainda segundo o autor, há pelo menos duas formas de pensar o delírio: “como a manifestação de um déficit ou doença que deve ser tratada e combatida, ou como um trabalho subjetivo, um esforço de autorreparação e estabilização” (pp. 46-47). Com relação ao livro *Memórias de um doente dos nervos*, publicado em 1903 pelo eminente jurista alemão

---

<sup>1018</sup> N. 1.907, Livro 16 de Observação. Procedeu e foi internada pelo 12º Distrito Policial. Ingressou no hospício em dezembro de 1924, sendo transferida para a colônia em agosto de 1925. Trabalhava na costura, o tratamento foi *open-door* e o prognóstico desfavorável. Veio a óbito em novembro de 1928 de tuberculose intestinal, cachexia, tuberculose. Viveu na colônia pouco mais de três anos, estando na assistência por quase quatro anos.

Daniel Paul Schreber (1860-1904), Huertas chama a atenção para “a capacidade do sujeito delirante de produzir uma história, de construir uma narrativa no esforço de manter uma identidade que, por sua vez, o proteja da desintegração de si” (p. 50). De modo similar, para o teórico intersubjetivista George Atwood o delírio nada mais é do que uma tentativa do *self*, que está se sentindo ameaçado por questões de realidade ambiental, dar uma concretude à sua existência (ATWOOD, 2012: 41). De certo, Maria Soledad não construiu uma narrativa escrita, mas suas palavras e histórias transmitidas oralmente ao médico observador nos possibilitam pensar em um “esforço de manter uma identidade”, enfim, em uma tentativa de salvaguardar como possível a sua existência.

O quinto e último caso foi escolhido para que fosse possível explorar a experiência erótica e religiosa das parafrênicas. Anete Tavares<sup>1019</sup> (branca, brasileira, solteira, professora municipal, 44 anos, diagnosticada com parafrenia) tinha o pai falecido e sua mãe viva e atribuía a sua internação a uma perseguição. Segundo Gustavo de Rezende, a emotividade predominava sobre a sentimentalidade da paciente, que conservava sentimentos familiares, sociais e religiosos de pequena intensidade. No exame direto, o médico ainda registrou o seguinte:

Exame direto: Apresenta-se calma, orientada no meio e no tempo. Atenção regular, associação rápida de ideias. Lembra-se de fatos antigos e recentes, mas tem muitas falsificações da memória que se traduzem por narrações imaginárias. Juízo e raciocínio estão perturbados, tem perda de autocritica, tem ideias de grandeza, se dizendo muito rica, se referindo a todo instante aos seus braços, aludindo aos seus pretendentes, entre os quais se contam pessoas altamente colocadas. A estas ideias de grandeza se prestam ideias persecutórias, se julgando perseguida desde criança pelos parentes que se locupletaram com seus bens (dela), pelas pessoas que a rodeavam tais como desembargadores, professores etc. Notam-se também ideias eróticas e religiosas, há referências constantes aos seus amores, os homens mais distintos a perseguiram e a recebiam em certos trajés, outros a possuíam espiritualmente e também carnalmente (*sic*), mas sempre ela cumpriu seus deveres religiosos, confessando-se sempre, vivendo em contato com as irmandades religiosas, embora transigindo apenas com os homens que amava.

Anete era uma “solteirona” e, nesse sentido, como mencionamos no capítulo anterior, estava condenada à abstinência sexual e tinha de ser discreta e até um tanto austera “para evitar as más línguas e contentar a todos que insistem em controlar seus passos” (PINSKY, 2013: 490). Sobre a Igreja Católica, Carla Pinsky ressalta que, em

---

<sup>1019</sup> N. 2.238, Livro 19 de Observação. Procedente e internada pelo 15º DP. Ingressou no HN em outubro de 1925, sendo enviada para a colônia em setembro de 1929. Foi transferida em setembro de 1930 para o HN por não se prestar ao regime colonial. Permaneceu na colônia quase seis meses.

meados do século XX, ela “continuava a orientar condutas e impingir modelos, mas suas mensagens concorriam com as dos meios de comunicação, da educação laica e dos ecos sutis de vozes estrangeiras favoráveis à emancipação feminina” (PINSKY, 2013: 481). Assim, se o ideal de mulher se achava intimamente ligado aos valores do catolicismo nacional, como a virgindade pré-nupcial, as décadas de 1920 e 1930 trouxeram novas concepções sobre como deveria ser a “mulher moderna”, o que teve uma grande influência sobre a clínica psiquiátrica da época, ou seja, no aparecimento de certos sintomas nas mulheres. Deste modo, um padrão ideal de “mulher para casar” ou de “mulher de família” desempenhava um papel importante não só no número de mulheres consideradas loucas, como também agravava seus sofrimentos.

Através da análise dos livros de observação, percebemos uma diferença entre as ideias espíritas e as ideias católicas das pacientes. Além das primeiras aparecerem, sobretudo, nas histórias das mulheres de cor e as últimas nas histórias das brancas, as ideias espíritas dialogavam, em geral, com a noção de cerimônia religiosa (sessão espírita) e de feitiço, e as católicas com a noção de dogmas católicos e de pecado e culpa, o que não é surpreendente diante do contexto cultural em que elas se apresentavam. Mas o fato interessante é que as ideias religiosas católicas apareceram de modo mais contundente nas pacientes classificadas como parafrênicas, nessas pacientes que oscilam, na maior parte dos casos, entre o delírio e a realidade. No caso da Colônia de Engenho de Dentro, as parafrênicas passavam do delírio erótico à realidade religiosa (e com isso à culpa) com grande facilidade. Assim vemos Maria no relato médico de Gustavo de Rezende, quando, depois de dizer que era possuída espiritualmente e carnalmente por alguns homens, referia que sempre “cumpru seus deveres religiosos...”. Maria “delirava na carne” no sentido de que experimentava fenômenos extracorpóreos (SORIA, 2020: 166).<sup>1020</sup>

Flávio Carvalho Ferraz (2000) aponta que, já em 1894, Freud sinalizava a presença de uma defesa mais profunda na psicose em relação à neurose. Assim, no artigo “As neuropsicoses de defesa” argumentou “que, nas psicoses alucinatórias — diferentemente do que ocorria na histeria e na neurose obsessiva —, o mecanismo de defesa utilizado era uma rejeição de fragmentos da realidade (e não o recalque), que implicava a produção de uma alteração do ego” (FERRAZ, 2000: 92). Mas foi, segundo Ferraz, no caso de Daniel Paul Schreber – há pouco referido – que Freud (1911) mostrou que o delírio “se constrói como um discurso articulado, sendo uma forma de o psicótico

---

<sup>1020</sup> Para saber mais sobre a parafrenia, ver SORIA, 2020.

enunciar a verdade de sua história e de seu desejo” (p. 92). Nesse sentido, conforme Ferraz, o psicanalista austríaco afirmava então que o momento psicótico seria, de fato, “o da retirada dos investimentos libidinais dos objetos” e o momento da construção do delírio, “o da tentativa de recuperar os fragmentos do eu que se encontram estilhaçados”; por esse meio, o sujeito tenta “reconstruir um mundo possível, que esteja em consonância com o seu desejo” (p. 93). Em 1914, no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud caracterizava a parafrenia apontando um desligamento parcial da libido dos objetos externos e a distinguia em três grupos de fenômenos no quadro clínico:

De uma vez, que a parafrenia com frequência, se não geralmente, acarreta apenas um desligamento parcial da libido dos objetos, podemos distinguir três grupos de fenômenos no quadro clínico: (1) os que representam o que resta de um estado normal de neurose (fenômenos residuais); (2) os que representam o processo mórbido (afastamento da libido dos seus objetos e, além disso, megalomania, hipocondria, perturbações afetivas e todo tipo de regressão); (3) os que representam a restauração, nos quais a libido é mais uma vez ligada a objetos, como numa histeria (na demência precoce ou na parafrenia propriamente dita), ou como numa neurose obsessiva (na paranoia). Essa nova catexia libidinal difere da primária por partir de outro nível e sob outras condições (FREUD, 1914: 103, *apud* FERRAZ, 2000: 93).

Tanto Maria Soledad como Anete tinham sintomas megalomaniacos (quadro clínico 2) e haviam passado do mecanismo de defesa à tentativa de restauração. Assim, elas se acham, de fato, no quadro clínico 3, que abarca os fenômenos que representam a restauração, pela qual a libido é mais uma vez conectada aos objetos externos. Com efeito, ambas as pacientes restauraram o seu mundo com o retorno da libido aos objetos, porém de uma forma delirante, alucinada. Maria Soledad deixava de ser acolhida por uma família amorosa, pois, na prática, não a encontrava, para existir dentro de uma família poderosa (megalomania), e Anete deixava, ao que tudo indica, de ter uma vida sexual ativa pois, na realidade, não podia (afinal ela era solteira, e, além do mais, branca e professora), para fazê-lo em seu delírio. Como observa Ferraz, no texto “O mal-estar na civilização”, de 1930, Freud tratou da fuga para a doença (psicose) “como uma alternativa entre as várias possibilidades de defesa que o homem encontra na tentativa de minimizar o sofrimento proveniente das imposições da vida em civilização” (FERRAZ, 2000: 94).

### **5.1.2. Prognósticos e terapêuticas**

Joel Birman explica que, do ponto de vista evolutivo, a avaliação do prognóstico se acharia diretamente articulada à realização do diagnóstico, “de modo que diagnosticar uma doença implicaria necessariamente a antecipação de sua evolução, bem como do

possível destino do doente no futuro” (BIRMAN, 2010: 351). Em decorrência desse fato, a relação endógeno-exógeno constituía o fundamento da perspectiva kraepeliniana, pois “enquanto as enfermidades exógenas seriam relativamente reguláveis e curáveis, as endógenas, em contrapartida, estariam fadadas à cronicidade, uma vez que enraizadas num fundo constitucional e degenerativo”. Por sua vez, o conceito de endogeneidade de Kraepelin se caracterizaria “em continuidade com a concepção de degeneração, forjada no campo da psiquiatria francesa por Morel (1859) e Magnan e Legrain (1895)” (p. 351).

Somado a isso, o fato de a instituição ser destinada a pacientes crônicas explica as elevadas taxas de prognóstico desfavorável na Colônia de Engenho de Dentro. Apenas 43% das observações médicas determinaram o prognóstico da paciente. Nos livros de observação, encontramos três tipos de prognóstico e as seguintes estatísticas: desfavorável (69%), sem esperança (16%) e favorável (15%).<sup>1021</sup> Apenas uma paciente foi vista como tendo um prognóstico reservado, ou seja, 85% das pacientes dessa amostra tinham prognósticos ruins. De todo modo, isso sugere que boa parte das pacientes diagnosticadas com psicose maníaco-depressiva/psicose periódica, diagnóstico de maior prevalência na população da colônia (30%), não seria classificada com prognóstico favorável.

A fundação da Colônia de Engenho de Dentro, como vimos no primeiro capítulo, é fruto de um momento histórico em que a classe médica psiquiátrica buscava soluções para a falta de eficiência do HN, determinada, sobretudo, por sua superlotação. Ela tinha como objetivo acolher as pacientes indigentes (não pagantes) do sexo feminino, consideradas crônicas, mas aptas ao trabalho na assistência psiquiátrica do Distrito Federal. A terapêutica da colônia em suas diversas modalidades foi trabalhada em outras partes da tese. No primeiro capítulo analisamos a praxiterapia; no segundo, mapeamos os tratamentos profiláticos e terapêuticos realizados pelo Ambulatório Rivadávia Corrêa e no terceiro focalizamos na atuação do Ambulatório n. 2 da Fundação, do Serviço Aberto do Pavilhão Epitácio Pessoa, do Laboratório de Psicologia Experimental e da Assistência Heterofamiliar. Aqui nos interessa apresentar de maneira geral as principais

---

<sup>1021</sup> Essa estatística foi realizada com base apenas nos campos com informação de prognóstico (de 1.105 pacientes). No grupo dos prognósticos favoráveis, duas pacientes tiveram o prognóstico favorável quanto ao aperfeiçoamento e uma se não ingerisse mais álcool. No grupo dos desfavoráveis, em um caso especificava-se que o prognóstico era desfavorável quanto ao restabelecimento completo e em outro que era desfavorável, quase valetudinário. No grupo dos prognósticos sem esperança, em um caso afirmava-se que o prognóstico assim o era devido à idade e à natureza da moléstia. Uma paciente foi classificada como tendo prognóstico desfavorável e, também, sem esperança; esta paciente foi incluída para fins estatísticos no último grupo.

características do sistema fechado e a análise estatística dos tratamentos em relação às pacientes da Colônia de Engenho de Dentro.

Segundo Rezende, o serviço fechado da colônia era constituído por dormitórios, refeitório, praxiterapia, seção de doentes agitadas, outra de semiagitadas e outra de calmas, sendo a instalação das agitadas composta “de uma vasta sala com uns 30 leitos, com uma porta larga e janela ainda mais larga, teto ventilado, uma salinha para filtro d’água potável e a sala com banheiras adaptadas ao serviço de balneoterapia”. Nesse espaço, uma equipe especializada em balneoterapia cuidava das doentes. Ainda segundo o médico, “em mais de dois decênios nunca houve necessidade de medidas coercitivas como camisola de força, amarrar doentes ao leito etc.”.<sup>1022</sup> Aqui é relevante reforçar que, de acordo com a análise dos livros de observação, desde o início dos anos de 1920 a seção de doentes agitadas, denominada Sala Paulo Costa, tornou-se um expediente comum do fazer psiquiátrico na colônia; o próprio Waldemar de Almeida afirma, em seu artigo de 1917 sobre os dementes precoces, que a clinoterapia era a forma de tratamento adequada para os enfermos inadaptáveis ao trabalho.<sup>1023</sup>

No tocante à farmacoterapia, segundo Rezende, os sedativos usados eram brandos e só em casos de insônia eram empregadas as fórmulas: 0,10 de luminal; 0,50 de neuronal; 0,50 de hedonal; 10,0 de brometo de sódio, 100,0 de xarope e 100,0 de hidrolato flores laranja; ou 10,0 de hidrato de cloral, 100,0 de xarope de tília e 100,0 de hidrolato de tília. Essas fórmulas, de acordo com o médico, eram prescritas por Plínio Olinto, chefe do serviço do qual ele era assistente. Rezende ainda explicava que, eventualmente, mediante indicação formal, eram usadas injeções hipodérmicas de sedol, pantopon, sedopon (substâncias derivadas do ópio) e que a injeção de apomorfina, inicialmente utilizada, foi por ele eliminada da terapêutica. Já o banho morno só era não empregado em casos muito especiais.<sup>1024</sup> Adicionalmente, devido ao fato dos distúrbios emotivos, muito comuns nos psicopatas, causarem desordens humorais e assim estabelecerem um círculo vicioso, a terapêutica precisava empregar “meios diversos, como a opoterapia, a vitaminoterapia, os princípios antitóxicos do fígado, as substâncias minerais que regulam os equilíbrios osmótico e acidobásico e mantêm o equilíbrio vaso-simpático assim como a eucoloidia”. Rezende não deixava de falar da importância da dietética, que interviria

---

<sup>1022</sup> REZENDE, Gustavo de. Tratamento dos insanos na antiga..., 1950, p. 50.

<sup>1023</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces, 1917a, p. 63.

<sup>1024</sup> REZENDE, Gustavo de. Tratamento dos insanos na antiga..., 1950, p. 51.

“sempre nas suas justas proporções de protídios, lipídios, glucídios, substâncias minerais, água e vitaminas”.<sup>1025</sup>

Pela análise de documentos administrativos, especificamente de três notas fiscais de compras da Colônia de Engenho de Dentro de produtos químicos e farmacêuticos, sabemos que no dia 31 de maio de 1929 foram adquiridos 132 itens/127 variedades,<sup>1026</sup> no valor total de 15:247\$335 réis (R\$ 1.875.422,20). Vale citar aqui alguns dos principais produtos adquiridos: ampolas de sedol (dez caixas), de sedopon (dez caixas), de novocaína (três caixas), de óleo canforado a 25% (24 caixas), bromureto de potássio (vinte quilos), bromureto de sódio (vinte quilos), óleo de fígado de bacalhau (quarenta quilos) etc.

Pelo artigo de Gustavo de Rezende e, sobretudo, pelas notas fiscais da colônia, podemos pensar que a aplicação da farmacoterapia foi maior do que os dados dos livros de observação mostram. A propósito, apenas 46% das observações médicas registraram a aplicação de algum tratamento.<sup>1027</sup> Dessa amostra, apenas 10% das pacientes foram tratadas com farmacoterapia, sendo as principais drogas sedol (4%), luminal (3%), dormiol (1%) e apomorfina (1%).<sup>1028</sup> Os outros 90% das pacientes foram tratadas, especialmente, com *opendoor* (66%), clinoterapia (14%) e balneoterapia (9%). As demais modalidades foram isolamento, assistência heterofamiliar, reintegração no meio familiar, cuidados higiênicos, desintoxicação lenta, dieta láctea e regime alimentar reconstituente.

Por fim, reforçamos que a terapêutica por excelência da colônia era o *open-door* e o trabalho e as outras terapêuticas mais biológicas vão surgir no período em que o nosso trabalho se encerra. Como vimos no capítulo 2, foi em 1936 e 1937 que começou a ser usado no serviço “aberto” (Pavilhão Presidente Epitácio), respectivamente, o tratamento pelo choque hipoglicêmico e pela convulsoterapia. Assim, seria interessante em pesquisas futuras<sup>1029</sup> analisar como a terapia pelo trabalho da paciente e as terapêuticas biológicas conviveram a partir dessa época na instituição de Engenho de Dentro.

---

<sup>1025</sup> REZENDE, Gustavo de. Tratamento dos insanos na antiga..., 1950, p. 55.

<sup>1026</sup> Para conferir as compras de produtos químicos e farmacêuticos do mês de maio de 1912 da Colônia de Engenho de Dentro, ver nota de rodapé 109.

<sup>1027</sup> Essa estatística foi realizada a partir dos dados de tratamento de 1.193 pacientes, mais especificamente com base no número total de tratamentos realizados (n=1.592).

<sup>1028</sup> As demais representam menos de 1% do total e são as seguintes: antiespasmódico, bromureto de sódio, *casimiroa edulis*, dial, hipnótico, injeção de óleo de canforado, injeção de sedoferro, injeção de cacodilato de sódio, iodeto de sódio, iodetos, levedura seca de cerveja, medicação diurética, mercúrio, ópio, opoterapia, opoterapia (soro hipotônico sedativo feminino), opoterapia tireóidea, paraldeído, sedativo, sedopon e tônico geral.

<sup>1029</sup> Eliza Toledo, em um interessante estudo sobre a circulação da psicocirurgia entre atores e instituições da ciência psiquiátrica e sua aplicação em pacientes do Hospital Juquery, em São Paulo, entre as décadas



### 5.1.3. Permanências e saídas

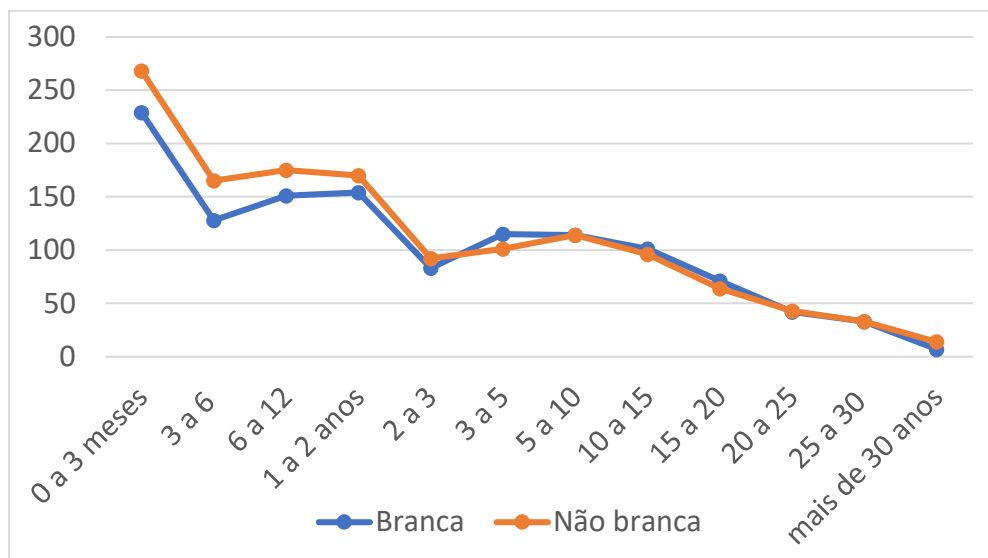
O tempo de permanência das pacientes na Colônia de Engenho de Dentro variou de um dia a mais de três décadas. Os resultados apontam que 30% das pacientes permaneceram de zero a seis meses, 13% de seis meses a um ano, 13% de um a dois anos, 7% de dois a três, 8% de três a cinco, 9% de cinco a dez, 8% de dez a quinze, 5% de quinze a vinte, 3% de vinte a 25, 3% de 25 a trinta e 1% mais de trinta anos.<sup>1030</sup> Ou seja, 56% pacientes ficaram de zero a dois anos e o restante (44%) experimentou estadias mais longas. Nesse ponto, é importante considerar também que muitas pacientes deixaram a colônia por óbito, muitas vezes causado, inclusive, pela própria permanência em uma instituição superlotada e com problemas de estrutura e atendimento. Outro dado relevante é que, em geral, pacientes que saíram da colônia em até um ano acabaram sendo internadas novamente na instituição; não foram poucas as pacientes que, à primeira vista, se livraram da colônia, mas que, na verdade, morreram dentro de seus muros. Para uma análise mais refinada dessas informações, seria preciso considerar, portanto, a existência de pacientes que ficaram mais de um ano e até décadas na instituição, mas cuja permanência total se encontra segmentada em diversas internações. De qualquer modo, podemos concluir que a colônia foi marcada por duas realidades: por um lado, a das pacientes que tiveram a chance de reconstruir suas vidas fora do contexto manicomial, e, por outro, a das que tiveram que viver ali por muitos anos. Devemos ainda destacar que nessa análise não foi contabilizado o tempo de permanência que a paciente trazia do HN, o que, em alguns casos, representava décadas.

---

de 1930 e 1950, observou que, logo após serem operadas pelas técnicas psicocirúrgicas, muitas pacientes foram encaminhadas para a Colônia Feminina (TOLEDO, 2022: 231). A autora demonstra “que, em alguns casos, para pacientes consideradas crônicas e agitadas, a leucotomia aparece como terapêutica calmante antes de seu envio para as colônias. Em outros, apesar da tentativa pela psicocirurgia e aferido um estado de cronicidade, elas foram enviadas às colônias ainda que esses sintomas não tenham desaparecido” (p. 233).

<sup>1030</sup> Essa estatística foi realizada a partir do tempo de permanência de 2.580 pacientes, porque dez pacientes não tiveram a data de saída registrada nos livros de matrícula. Pela análise documental foi possível perceber que se tratavam de pacientes que permaneceram na instituição até o momento de sua desconstrução, na década de 1940, sendo transferidas para as novas unidades do estabelecimento ou para instituições como a CJM.

**Gráfico VII – Do tempo de permanência das pacientes brancas e não-brancas na Colônia de Engenho de Dentro**



O gráfico acima, resultante da comparação entre as permanências das pacientes brancas e não brancas na colônia, mostra que não houve uma diferença significativa no tempo de internação durante o período estudado. A instituição, nesse ponto, igualou, pelo menos aparentemente, as internas. Resta, no entanto, saber se elas saíam aproximadamente com o mesmo tempo pelos mesmos motivos.

Nos livros de observação da Colônia de Engenho de Dentro, encontramos saídas por transferência (para o HN e outras instituições), óbito, eliminação da matrícula por não se apresentar no prazo final da licença e, também, por não ter sido capturada no prazo legal de quinze dias (evasão) e por alta médica:<sup>1031</sup>

<sup>1031</sup> Essa estatística foi realizada a partir dos dados de saída de 1.228 brancas, 725 pardas e 610 pretas. Foram excluídas da análise 27 pacientes, dez que não tiveram a saída registrada e dezessete que não tiveram a cor informada. Estas últimas saíram pelas seguintes causas – licença (oito), óbito (quatro), transferência para o HN (uma) e para a CJM (uma).

## Quadro XI – Saída das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro (1911-1932)

Saída (em porcentagem) <sup>1032</sup>	Branca	Não-branca	Parda	Preta
Transferida para o HN	28%	34%	31%	37%
Transferida para a CJM (1942-45)	6%	4%	5%	3%
Transferida para o IP (1945)	2%	2%	2%	2%
Óbito	26%	27%	28%	27%
Eliminação – licença	25%	16%	18%	14%
Eliminação – evasão	2%	3%	2%	4%
Alta <sup>1033</sup>	11%	14%	14%	13%

A análise estatística acima mostra que, enquanto as pacientes pardas e negras saíram mais por remoção para o HN e, também, por alta, as brancas deixaram a instituição em maior porcentagem em consequência, também, de licenças médicas. No que se refere às licenças, a diferença de 9% a mais para as pacientes brancas está ligada à presença maior das famílias dessas pacientes tanto na internação como na desinternação. Como vimos no capítulo 4, as mulheres não brancas, especialmente as pretas, foram menos internadas no manicômio por suas famílias em comparação às brancas; nesse sentido, é significativo que o percentual de eliminação por licença se apresente ainda mais baixo em relação às pacientes pretas. Já a concessão de alta foi 3% maior entre as pacientes não brancas. Em boa parte dos casos, as altas passavam por um pedido nesse sentido por parte do internante, o que também aponta para o papel da família. Mas a análise das histórias clínicas revela que as pacientes não brancas negociavam mais com os médicos a alta, alegando que poderiam trabalhar fora da instituição. O recomeço para a mulher branca estaria mais associado ao restabelecimento do laço familiar enquanto, para a mulher parda e preta, estaria ligado, também, em muitos casos, ao trabalho. A taxa de mortalidade é quase igual nas pacientes brancas (26%) e não brancas (27%). O mesmo acontece com a taxa de evasão, que foi de 2% entre as brancas e 3% nas não brancas; levando em

<sup>1032</sup> Não foram apresentados no quadro os casos que representaram menos de 1% do total, a saber: eliminada por dar entrada na colônia transferida do HN durante vigência de licença médica – nova matrícula por reingresso (duas brancas e duas pardas); eliminada por não terem sido satisfeitas as condições exigidas na licença pela perspectiva familiar (uma preta); transferida para o Hospital de São Sebastião em 1925 por estar verificado sofrer de “mal de Hansen”; transferida para o HNP em 1944 (uma branca e uma preta), transferida para o BMC em 1945 (uma preta) e transferida para o PBP em 1948 (uma branca). As três últimas instituições dizem respeito ao CPN.

<sup>1033</sup> Apenas 42 altas foram especificadas, sendo 22 por determinação do Juiz de Menores (oito pacientes brancas, treze pardas e uma preta), nove a pedido da família (quatro brancas, quatro pardas e uma preta) e seis melhoradas (cinco brancas e uma preta). Com apenas uma ocorrência, as demais altas foram assim cadastradas: alta curada (branca), alta como tentativa de aperfeiçoamento (branca), alta para tentativa de adaptação em outro ambiente (branca), alta para ser entregue ao rabino (branca) e alta em virtude de não apresentar aparentemente sintomas de alienação (Dr. Rezende) (preta).

consideração a classificação das pacientes por cor, percebemos que as pretas (4%) fugiram um pouco mais que as brancas (2%) e que as pardas (3%). A análise das histórias clínicas revelou ainda que, além dessas pacientes eliminadas do quadro da instituição devido à evasão, um número significativo de internas fugiu da colônia, mas foi recapturado por seus funcionários ou pela polícia ou voltou por conta própria. Com relação às transferências para o HN, encontramos uma diferença de 6% a mais para as pacientes não brancas, sendo as maiores taxas observadas, em ordem decrescente, nas pacientes pretas (37%), pardas (31%) e brancas (28%). Isso ocorreu porque as primeiras foram mais avaliadas como agitadas, agressivas, turbulentas, tendentes à fuga; em suma, incompatíveis com o regime colonial e, também, como tendo tuberculose e necessidade de tratamentos cirúrgicos. Já com relação às transferências realizadas nos anos de 1940, no contexto de desconstrução da Colônia de Engenho de Dentro, sobretudo, para a CJM e para o IP, verificamos que a taxa de transferência para o IP foi a mesma no conjunto de pacientes; já a taxa de transferência para a CJM foi superior entre as pacientes brancas (6%) em relação às não brancas (4%).

Em relação às saídas por gestão, verificamos que nos oito anos da gestão de Braule Pinto, as formas de saída mais importantes foram, nesta ordem: transferência para o HN (36%), óbito (30%), alta (16%), eliminação do quadro após licença (13%), transferência para a CJM (3%), transferência para o IP (1%) e eliminação do quadro após evasão (1%). Já nos catorze anos da gestão de Gustavo Riedel, o movimento de saída foi o seguinte: eliminação do quadro após licença (28%), transferência para o HN (26%), óbitos (23%), alta (9%), transferência para a CJM (7%), eliminação do quadro após evasão (4%), transferência para o IP (2%) e saída não registrada (1%). Houve, portanto, em relação à gestão anterior, uma redução de 10% nas transferências para o HN, de 7% nas altas e, também, nos óbitos. Por outro lado, ocorreu um aumento de 15% nas eliminações do quadro após licença e de 3% nas eliminações do quadro após evasão e, por último, um crescimento de 4% nas transferências para a CJM.

Como já comentamos, as licenças e as eliminações por licença estão mais relacionadas aos laços familiares. Contudo, a realidade é que a maioria das pacientes nunca obteve uma licença, e, dentre as que saíram da instituição licenciadas a pedido da família, a grande maioria o fez apenas uma vez durante todo o internamento. Nesse sentido, cabe ressaltar que o número de licenças é alto, principalmente, porque um número significativo de pacientes voltava antes de terminar o prazo e acabava obtendo, em seguida, outras licenças. O aumento das licenças com o passar do período estudado

também corresponde a uma população de mulheres que alternava a vida institucional com a familiar fora do estabelecimento. Em sua maioria, eram pacientes com muitos anos de internamento e dezenas de licenças obtidas nos anos de 1920 e 1930. Nos casos em questão, a família contava com os serviços psiquiátricos e de enfermagem para tratamento de doenças crônicas, ou seja, algumas famílias utilizaram, de fato, a instituição psiquiátrica como um suporte para lidar com a doença mental. Nesse contexto, a Sala Paulo Costa (seção de doente agitados) foi, muitas vezes, um espaço intermediário entre a casa da família e a instituição psiquiátrica, uma espécie de emergência psiquiátrica. Quando se fala do uso da enfermagem, é preciso ter em mente que a assistência médica no Rio de Janeiro era precária, de tal forma que uma matrícula em uma instituição psiquiátrica se tornava um vínculo importante; inclusive, não foram poucas as pacientes que retornaram à instituição de forma definitiva já perto de falecer. Por fim, vale lembrar que, como vimos no capítulo 3 na parte referente à Assistência Heterofamiliar, que também se apresentou como uma modalidade de licença, algumas licenças foram solicitadas por famílias que se interessavam pelas pacientes para realização de trabalhos domésticos. No entanto, segundo os registros clínicos, algumas internas puseram fim a essas licenças e, também, às requeridas por suas famílias de sangue por preferirem ficar na colônia, “por terem se adaptado mal à vida em família”. Mas, na maior parte dos casos, era a família que decidia voltar, por um tempo ou definitivamente, com a paciente para a instituição; nesse sentido, a licença foi, para muitas mulheres, um meio de liberdade eficiente, mas instável.

Outro dado importante é que algumas pacientes não voltavam da licença não porque se adaptaram em casa, mas porque a família tentava resistir à permanência de sua parente no modelo colonial, apresentando-a novamente no hospício (em alguns casos até com outro nome). A mudança do nome seria uma estratégia da família para impossibilitar o acesso ao histórico da paciente. Com base nos livros de matrícula, quatro pacientes foram eliminadas do quadro por terem sido retransferidas do HN para a colônia durante a vigência da licença (nova matrícula), todas durante a gestão do primeiro diretor. Outras, no entanto, retornaram já fora da vigência da licença na colônia e, muito provavelmente, algumas permaneceram no estabelecimento da Praia Vermelha.

Sobre as evasões, um dado relevante é que, em alguns casos, a tentativa de fuga malsucedida da colônia levou a administração da colônia a dar alta ou, principalmente, a remover a paciente para o hospício. Nos dois casos, o entendimento era de que a paciente era prejudicial ao meio. Além da documentação clínica, os jornais são uma ferramenta

essencial para pesquisa sobre esse assunto, pois publicavam várias notas e matérias sobre fugas de internas, em tons críticos à instituição pela falta de vigilância. Essas notícias eram, em geral, veiculadas a pedido dos parentes das pacientes, numa tentativa de encontrá-las.

A estratégia mais bem-sucedida das pacientes que não tinham a possibilidade de deixar a instituição mediante licença ou alta a pedido foi enfatizar a existência de um vínculo familiar e/ou a capacidade de trabalhar fora da instituição. Caso elas tivessem trabalhado com proveito na instituição, seu argumento ganhava força. Nesse sentido, a praxiterapia seria “a prova dos nove”, tanto que, para algumas pacientes, a prática em relação ao trabalho representou uma possibilidade, uma brecha para se obter a liberdade. Por outro lado, como também vimos, pacientes debilitadas fisicamente foram transferidas do HN para a colônia como trabalhadoras apreciáveis. Nesse sentido, um possível aumento na taxa de mortalidade da colônia relacionado ao peso dado ao trabalho da paciente para as finanças da instituição é um fator que não pode ser desconsiderado.

Em toda a documentação analisada, constam apenas seis altas especificadas como melhoradas e uma como curada. Independentemente da questão conceitual que envolve a problemática da alta médica, o fato é que os critérios para a alta estavam, de fato, relacionados à produtividade e à obediência ao invés de à melhora ou cura dos sintomas associados às enfermidades mentais. Nesse sentido, vale ressaltar que, ao tratar da superlotação do HN nos relatórios ministeriais, Juliano Moreira mencionava inclusive que as altas médicas, lidas, à primeira vista, como “altas por cura”, eram continuamente utilizadas para desafogar a instituição, ou seja, a alta, além de um expediente clínico, foi concedida tanto no hospício como na colônia como uma medida administrativa para diminuir a superlotação na instituição.

Ao que tudo indica, o poder médico seria suficiente para liberar as pacientes, com exceção das pacientes impedidas (condenadas e menores de idade). Mas, em alguns casos, os doutores referiram esperar que algum parente fosse buscar a paciente, o que possivelmente correspondia a uma cautela no sentido desta não acabar voltando para a assistência por “ficar na rua”. Por fim, vale ressaltar que, na documentação analisada, não foi encontrado registro de nenhuma objeção por parte dos médicos à saída de pacientes da colônia por motivo de licença e alta, ao contrário do caso argentino estudado por Ablard (2008).

É preciso dizer ainda que, apesar da transferência para a colônia apontar para um aprofundamento da institucionalização, as pacientes, ao serem admitidas na colônia,

deveriam passar por uma nova observação médica, o que representou para algumas delas uma nova possibilidade de alta. Se, na maior parte dos casos, os médicos da colônia legitimavam os diagnósticos e davam continuidade à internação das pacientes transferidas do HN, em algumas poucas situações a remoção para a colônia se desdobrou logo numa alta. Aqui, o médico parecia resistir aos usos indevidos que os internantes, em especial parentes, faziam da instituição psiquiátrica. Além disso, é notável a agência das pacientes que se esforçaram para contar a sua história, para ter a sua versão dos fatos validada, o que era, de fato, muito difícil de acontecer, pois suas falas eram duplamente desacreditadas (como mulheres e como loucas), e, também, porque os médicos comumente se mantinham “neutros” em relação às “questões domésticas”. Entretanto, em alguns poucos casos o fazer médico foi diferente. Este foi o caso da paciente Neusa Ramos<sup>1034</sup> (parda, brasileira, natural da capital federal, casada, 31 anos, pouca instrução, diagnosticada com psicose periódica). Ela foi internada no HN em janeiro e na colônia em abril de 1920, permanecendo 63 dias naquele estabelecimento e apenas catorze na instituição de Engenho de Dentro, de onde saiu com alta médica. A nota do HN indicou que se tratava de uma paciente colonizável: “calma e loquaz. Tem trabalhado nos refeitórios e na lavanderia. Atualmente ajuda o asseio dos dormitórios”. Mas, na colônia, em 14 de abril de 1920, três dias antes da paciente sair com uma alta, o médico Waldemar de Almeida registrou o seguinte:

Foi internada porque seu irmão a julgou maluca. É casada, teve dois filhos. É alcoolista moderada; é tabagista, vício que diz adquirido no hospital. Tem os gânglios cervicais e demais hipertrofiados. Glândula tireoide com os lobos aumentados. Dismenorreia. Fala com desembaraço; é loquaz, procura expressar-se em termos elevados. Orientada bem no tempo, lugar e meio. Memória íntegra. Demais faculdades boas. Trabalha em chapéus de palha, numa fábrica à rua General Pedra. Está com traqueobronquite. Está separada de seu marido que a maltratava e era viciado.

Portanto, na colônia ela não seria apreendida como uma doente aproveitável, mas como uma mulher loquaz e trabalhadora. Neste tipo de discordância, havia, de um lado, provavelmente, o interesse do hospício numa produtividade da colônia, e, de outro, da parte da colônia, haveria uma preocupação com a sua lotação. O médico parecia entender que essa mulher não era louca, mas efetivamente lutava para sobreviver honestamente a despeito de um marido violento e viciado, que se tornava o degenerado da história, e de um irmão hostil. Essa e outras histórias clínicas da Colônia de Engenho de Dentro

---

<sup>1034</sup> N. 1.433, Livro 11 de Observação.

desfazem a ideia de que qualquer paciente que fosse ativa ficaria na instituição para contribuir com a sua manutenção. A impressão que se tem é a de que isso ocorreria com algumas pacientes com vínculos familiares inexistentes ou fragilizados, e que trabalhavam, de fato, com muito proveito na instituição.

Por fim, cabe sublinhar também que se podia conseguir uma alta por ser uma paciente “insuportável”. Aqui se enquadravam, por exemplo, alcoolistas internadas pela polícia e com várias passagens pela assistência psiquiátrica. Esse foi o caso de Ana Silva<sup>1035</sup> (branca/parda, brasileira, viúva, doméstica, 25/26 anos, diagnosticada com debilidade mental e alcoolismo), com oito entradas no HN e cinco na colônia. Com o seu nome, a paciente tinha duas entradas na colônia; da primeira vez saiu transferida para o HN, depois de uma permanência de 22 dias, com a seguinte justificativa: “transferida por ser etilista inveterada, atualmente sem distúrbios mentais e por ser elemento de indisciplina e imoralidade no meio, que não importa tal classe de degeneradas”. Menos de um ano depois, Ana Silva foi novamente enviada para a colônia, onde, após ser observada por Waldemar de Almeida, deixou a instituição, agora como uma alta médica.

Esta doente é mui conhecida nesta colônia, onde tem dado entrada também com o nome de Ana Souza. Foi removida para o Hospital Nacional em 24/09/1920. Mais uma vez revelou-se incompatível com o meio: antiga alcoolista, não tendo distúrbios mentais, atualmente, que justifiquem sua permanência num manicômio aberto. É uma turbulenta, uma amoral, um elemento pernicioso, um fator de indisciplina a este asilo-colônia. Por mais de uma vez provocou desordens, agredindo pessoas e destruindo objetos. Esteve na clinoterapia e os meios suasórios psiquiátricos aqui em voga não deram o menor resultado porque, de fato, não lhe aproveitam. Melhor lhe caberia o regime colonial para alcoólicos ou em última instância [ilegível] a colônia correccional.<sup>1036</sup>

Para fins de análise, dividimos as transferências em quatro grupos, de acordo com as justificativas apresentadas nos livros de matrícula para tal: comportamentais, médicas, a pedido e sem justificativa. As justificativas comportamentais corresponderam a 57% do total de transferências, as médicas a 15%, as transferências a pedido a 6% e as sem justificativa a 22%. Verificamos também que as pacientes brancas foram mais removidas sem justificativas (25%) – não brancas, 22% –, e as não brancas por questões médicas

---

<sup>1035</sup> N. 1.515 e 1.584 (sem observação), Livro 12 de Observação. Procedente do 15º DP e, depois, do 13º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em janeiro de 1920 e em abril de 1921, sendo enviada para a colônia em setembro de 1920 e maio de 1921. Foi transferida para o HN em 24 de setembro de 1920 e obteve alta médica em 17 de julho de 1921. Trabalhava na lavanderia, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>1036</sup> N. 1.515, Livro 12 de Observação.



(15%) – brancas, 11%. Pela análise dos livros de matrícula, compreendemos que a incompatibilidade com o regime colonial não era só da ordem da agitação, da recusa ao trabalho etc., pois ela abarcava diversas questões médicas. Com relação às transferências a pedido (do diretor, do alienista, da família, da própria paciente, e, em um caso, do Juiz de Direito), averiguamos que 25 pacientes brancas, doze pardas e catorze pretas saíram dessa forma. Uma das transferências a pedido da família, no caso da progenitora de uma paciente branca, deu-se em função da mesma ser pensionista. Das seis pacientes que foram transferidas para o HN por seu insistente pedido, uma o fazia por estar com escorbuto (paciente branca) e a outra em vista de seu desejo de permanecer junto à sua progenitora (paciente preta).

Com relação às transferências por questões comportamentais, averiguamos que 193 pacientes brancas, 123 pardas e 130 pretas saíram dessa forma. Abaixo apresentamos um quadro com as principais justificativas envolvendo os comportamentos das internas.

**Quadro XII – Quadro das justificativas comportamentais para a transferência de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro para o HN**

<b>Transferências – Justificativas comportamentais</b>	<b>Branças</b>	<b>Pardas</b>	<b>Pretas</b>
por não se adaptar/incompatível com o regime colonial	133	77	79
por agitação	36	15	23
por fuga ou tentativa de fuga	7	13	9
por agressividade	5	4	8
por não se prestar ao trabalho	4	4	1
por tentativa de suicídio	2	4	1
por agitação e agressividade		3	2
por ser turbulenta (muito agressiva e turbulenta)		1	2

Como podemos ver no quadro acima, a agitação e a inadaptação ao trabalho, bem como, em menor escala, as tentativas de fuga e de suicídio eram os principais problemas para a permanência das pacientes na Colônia de Engenho de Dentro. E as pacientes não brancas foram percebidas dessa forma mais frequentemente pelos médicos: incompatibilidade com o regime colonial (54%), agitação (51%), fuga (76%), agressividade (71%), não se prestar ao trabalho (56%), suicídio (71%), agitação e agressividade (100%) e turbulência (100%).

Em dois casos (pacientes branca e preta), constava na justificativa que as pacientes eram removidas por ficar provada mais uma vez a inadaptação ao regime colonial.

Algumas especificações foram omitidas do quadro acima, a saber: por ser agitada e tentar enganar as companheiras à noite (parda); por não se prestar ao trabalho devido a um delírio hipocondríaco (parda); por tentar evadir-se aliciando outras doentes (parda); por tentativa de fugas constante e alucinações persistentes (parda); por tentar evadir-se e ser agitada e desordeira (branca) e por evadir e embriagar-se após obter esmola (branca). A primeira foi incluída no grupo “agitação e agressividade”, a segunda em “não se prestar ao trabalho” e as demais em “fuga ou tentativa de fuga”. Em nota de rodapé apresentamos os treze casos com apenas uma ocorrência, mas aqui gostaríamos de destacar a reação das pacientes de cor, especialmente das pretas, ao internamento na colônia, citando as justificativas para a transferência da paciente Carmelita Paiva<sup>1037</sup> (preta, brasileira, solteira, doméstica, 18 anos, diagnosticada com epilepsia psíquica (?), debilidade mental), onze dias após sua admissão na colônia, por ter “fortemente reagido contra o regime colonial”; e da paciente Raimunda Soares<sup>1038</sup> (preta, brasileira, solteira, doméstica, 16 anos, diagnosticada com debilidade mental), 45 dias após a admissão, “por perturbar a ordem”.<sup>1039</sup>

Por último, gostaríamos chamar a atenção para o caso de uma paciente russa que foi removida para o HN em dezembro de 1914, dois meses após sua admissão, com a seguinte justificativa: “transferida para o hospital, onde poderá, talvez, ser entendida, aqui ninguém a compreende porque só fala russo”.<sup>1040</sup> No entanto, em janeiro de 1916, Alexandra Bueno<sup>1041</sup> (branca, casada, doméstica e 44 anos) foi novamente transferida para a colônia, onde faleceu em outubro de 1927 de bócio, choque operatório. Seu diagnóstico era psicose periódica, mas em nenhuma das duas entradas ela foi observada pelos médicos da colônia. Em seu estudo sobre o Hospital Jose A. Esteves, localizado na

---

<sup>1037</sup> N. 1.778, Livro 14 de Observação (livro não encontrado). Procedente do 6º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em 22 de novembro de 1919, sendo enviada para a colônia em 05 de janeiro de 1923.

<sup>1038</sup> N. 605 (não registrada no livro de observação). Procedente do 12º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em 10 de outubro de 1914, sendo enviada para a colônia em 08 de novembro de 1914. Foi transferida para o HN em 24 de novembro de 1914.

<sup>1039</sup> Com uma ocorrência cada, total de três pacientes (pretas), temos: por ser impulsiva e não convir, portanto, ao regime colonial; por tentar assassinar uma empregada; conforme fundamentava Ernani Lopes, em 16 de julho de 1940, “a docilidade desta oligofrênica tornou-se elemento nocivo à colônia, pois começaram a fazer dela moça de recados para fora do hospital inclusive para compra de bebidas alcoólicas nos botequins das imediações, para uso de outras doentes do estabelecimento”. Com uma ocorrência cada, total de duas pacientes (pardas): por ser insubordinada e por ser incendiária.

<sup>1040</sup> Com uma ocorrência cada, total de seis pacientes (brancas), temos: por insistir em ser enviada para a polícia, inadaptável ao RC; por ser etilista inveterada, atualmente sem distúrbios mentais e por ser elemento de indisciplina e imoralidade no meio, que não importa tal classe de degeneradas; por ser irritada, insubordinada e destruidora; por ter caído em nostalgia; e por fugir diariamente e ter ataques constantes.

<sup>1041</sup> N. 611 (não registrada no livro de observação) e n. 859, Livro 5 de Observação (não observada). Internada pela RCP e impedida de sair sem a autorização da polícia. Ingressou no HN em 10 de outubro de 1914.

localidade de Lomas de Zamora, província de Buenos Aires, Golcman observa que “uma das consequências mais diretas da imigração estrangeira dentro do hospital era o caldeirão de nacionalidades e línguas que se encontravam” (GOLCMAN, 2022: 414). Nesse sentido, a autora destaca que “possivelmente houve pacientes que foram diagnosticados com determinada patologia ou sem um diagnóstico preciso porque não conseguiram se fazer entender no momento da internação, devido à sua língua materna ou outras diferenças culturais” (p. 414). Como Alexandra, diversas outras pacientes removidas para o hospício foram, muitas vezes, novamente transferidas para a colônia. A análise dessa movimentação sugere que a instituição de Engenho de Dentro passava a ser não apenas o lugar destinado a pacientes capazes de se entregarem ao trabalho, mas também a mulheres que não deveriam ocupar um espaço no HN por questões sociais ou por indisciplina.

Com relação às transferências por questões médicas, constatamos que 38 pacientes brancas, 45 pardas e 37 pretas saíram desse modo. A tuberculose figurou como a maior responsável por essas transferências, com 49 pacientes transferidas para o HN devido a esta doença, sendo 13 brancas e 36 não brancas (23 pardas e 13 pretas). Além de serem mais vistas como agitadas, agressivas, turbulentas e tendentes à fuga, as pacientes não brancas foram mais identificadas com tuberculose (73%) e necessidade de tratamentos cirúrgicos (71%), por isso voltaram mais para o HN que as brancas. No que se refere às demais justificativas médicas, encontramos uma diferença de 5,5% a mais para as pacientes brancas. O total das justificativas médicas pode ser visto no **anexo XIII**.

A taxa de mortalidade foi de 26% da população total. As *causas mortis* foram distinguidas entre infecciosas e não infecciosas e ainda em transmissíveis e não transmissíveis. Em relação à natureza infecciosa ou não infecciosa, observamos que 65,26% das doenças eram infecciosas; 31,1%, não infecciosas; 2,04%, outras causas; e 1,6%, não constam a causa. Quanto à contagiosidade, 63,08% das doenças eram transmissíveis; 35,32%, não transmissíveis; e 1,6%, não constam a causa. Este último resultado chama a atenção, especialmente, para o problema da aglomeração de pacientes na assistência psiquiátrica do Distrito Federal, incluindo, no caso, tanto o HN como a sua colônia feminina. Por último, os óbitos foram separados por etiologias, e as porcentagens foram: digestivas (31%), cardiocirculatórias (26%), respiratórias (18%), nefro-urológicas (10%), neurológicas (9%), infecções generalizadas (2%), outras (2%) e não constam (2%).<sup>1042</sup>

---

<sup>1042</sup> Na análise da mortalidade, consideramos a *causa mortis* tal como está exarada no livro de matrícula, apesar de entendermos que essa informação nem sempre determina realmente a causa de morte da paciente.

No grupo das enfermidades digestivas, destacam-se as diarreicas agudas, o que aponta para um problema na qualidade sanitária da água utilizada e dos alimentos fornecidos na instituição. O escorbuto, por ser uma doença causada pela deficiência de vitamina C (ácido ascórbico), foi considerado como uma enfermidade não infecciosa digestiva.

As infecções gerais representaram uma pequena porcentagem das causas de mortalidade; apenas doze casos documentados morreram de septicemia. O grupo de *causas mortis* reunidas sob o termo “outras” inclui bócio, choque operatório; câncer do fígado; câncer do útero, cachexia cancerosa; câncer uterino; caquexia cancerosa; carcinoma da bexiga, cachexia; epiteloma de colo uterino, cachexia; moléstia de Addison; tétano e tumor de hipófise, cachexia; suicídio e asfixia por enforcamento. Houve, portanto, apenas um suicídio registrado. Joana Santos<sup>1043</sup> (parda, brasileira, casada, 32 anos, residente em Bento Ribeiro, diagnosticada com psicose infecciosa, tuberculose (?)), se suicidou em janeiro de 1933, pouco mais de três meses depois de dar entrada na instituição através do serviço aberto. Já a paciente que faleceu asfixiada (enforcamento), Alice Motta<sup>1044</sup> (branca, portuguesa, casada, doméstica, 25 anos, diagnosticada com demência precoce), estava há nove meses na instituição quando o fato aconteceu.

De 1919 a 1940, foram registrados seis óbitos por tifo: febre tifoide; infecção tifoide; paratifo; infecção paratífica; infecção paratífica, pielonefrite; e infecção paratífica, colapso cardíaco. Devemos lembrar que os dados podem ser maiores devido às pacientes ingressadas de 1933 a 1940, que não estão sendo consideradas na nossa amostra de 2.590 pacientes que vai apenas até 1932. A paciente morta de infecção tifoide (branca, brasileira, viúva, 47 anos, diagnosticada com delírio episódico) foi internada no HN em dezembro de 1930 e transferida para a colônia em fevereiro de 1931. Em novembro desse ano, foi encaminhada para o Hospital São Sebastião, retornando após nove dias para a colônia, onde faleceu pouco menos de um mês depois. Pela análise da documentação clínica, sabemos que as pacientes transferidas para a CJM foram, nesta instituição, vacinadas com a vacina antitífica a partir de meados da década de 1940.

Thales Pereira aponta que, apesar do baixo índice de mortalidade da febre tifoide, a doença exercia um importante impacto na saúde e na longevidade da população, pois aumentava a probabilidade das vítimas, subsequentemente, desenvolverem um evento

---

<sup>1043</sup> N. 2.542, provavelmente Livro 22 de Observação (livro não encontrado).

<sup>1044</sup> N. 182 (não registrada no livro de observação).

cardíaco, respiratório e neurológico potencialmente fatal, o que também acontecia no caso da disenteria. Conforme explica Pereira, o fenômeno descrito acima se chama Mills-Reincke e foi percebido pela primeira vez para a febre tifoide, mas posteriormente apontado para uma série de doenças ligadas à insalubridade urbana. O autor também destaca que foi só a partir da década de 1940 que se verificou um entendimento maior sobre a febre tifoide, o que também contribuiu para uma menor taxa de mortalidade pela doença no período subsequente (PEREIRA, 2016: 451).

A tuberculose apareceu 88 vezes nos livros de matrícula analisados como causa de morte das pacientes admitidas na colônia. Foram encontrados dezesseis diagnósticos diferentes de óbitos por tuberculose: tuberculose pulmonar (38 pacientes), tuberculose pulmonar, cachexia (23), enterite tuberculosa (dez), tuberculose miliar (três), tuberculose pulmonar, 2º grau (duas) e tuberculose intestinal (duas).<sup>1045</sup> Deve-se ter em mente que provavelmente a tuberculose esteja subdiagnosticada e que pneumonias, broncopneumonias e bronquites crônicas poderiam estar relacionadas a essa infecção.

No que diz respeito aos óbitos e à raça/cor, observamos que a taxa de mortalidade foi de 46,37% nas pacientes brancas e 53,03% nas não brancas (29,5% nas pardas e % nas pretas), ou seja, a taxa de mortalidade das não brancas foi apenas ligeiramente maior que a taxa das brancas. Podemos observar que a relação de óbitos e raça seguem a mesma proporção de brancas e não brancas da instituição (n=2.590, sendo 47,6% brancas e 51,74% não brancas).

Vamos ao perfil dessas oitenta e oito pacientes falecidas com tuberculose. Quanto às nacionalidades, havia setenta e três brasileiras e quinze estrangeiras, sendo nove portuguesas, duas italianas, duas espanholas, uma alemã e uma austríaca. Quanto à cor da pele das pacientes, quarenta e cinco eram brancas e quarenta e três não brancas (27 pardas e dezesseis pretas). Considerando os dados estatísticos obtidos por Pereira, através do fenômeno Mills-Reincke, podemos imaginar que a tuberculose apresentasse um efeito deletério maior na população negra na cidade do Rio de Janeiro no pós-abolição.

No que se refere aos diagnósticos psiquiátricos, verificamos que, das 88 pacientes falecidas com tuberculose, 33% foram diagnosticadas com loucura/psicoses maníaco-depressivas ou periódicas, 21% estavam no grupo das esquizofrenias (demência precoce,

---

<sup>1045</sup> Com uma ocorrência cada (total de dez): encefalite tuberculosa; meningite tuberculosa; tuberculose de fase septicemia; tuberculose ganglionar, ancilostomíase, cachexia; tuberculose peritonite; tuberculose pulmonar e laríngea; tuberculose pulmonar, colapso cardíaco; tuberculose pulmonar, insuficiência cardíaca, nefrite clorurêmica; tuberculose pulmonar, pericardite, insuficiência cardíaca; e tuberculose vertebral, insuficiência renal.

esquizofrenia e parafrenia), 15% no grupo das oligofrenias (debilidade mental, imbecilidade, idiotia e oligofrenia), 11% foram avaliadas com epilepsia, 5% receberam diagnósticos relacionados ao abuso do álcool (alcoolismo, psicose alcoólica e tóxica alcoólica), 3% apresentavam psicose pré-senil, 2% debilidade mental e epilepsia e, com uma ocorrência cada (correspondendo a 1% cada também): debilidade mental/alcoolismo; debilidade mental/ dep. melancolia(?)/ histeria/ delírio; oligofrenia/ associação esquizofrênica; psicose puerperal e psicose tóxica catamenial.

Como vimos no início deste capítulo, a psicose maníaco-depressiva correspondeu a 30% dos diagnósticos únicos das pacientes e o grupo das esquizofrenias a 14%. Logo, os resultados obtidos demonstram que, em comparação com a população total, as pacientes falecidas com tuberculose possuíam 3% a mais o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva e 7% a mais o de demência precoce, esquizofrenia ou parafrenia. Como veremos mais adiante, quando formos tratar destes três últimos diagnósticos, o médico da colônia Waldemar de Almeida falava da alta mortalidade por tuberculose entre os dementes precoces. Segundo ele, era preciso deixar de lado o velho preconceito de que a terapêutica mental se achava ainda obscura, e, por isso, abandonar nos manicômios os dementes precoces “à mercê das incertezas das remissões, ou expostos às intercorrências clínicas, que, dadas as condições de inferioridade da resistência orgânica e dos distúrbios do metabolismo, atingem com frequência tais enfermos, sendo que, em primeira linha, convém citar a tuberculose, que contribui com o maior contingente letal”.<sup>1046</sup>

Para além de uma capacidade de resistência diminuída, é interessante perceber a ligação entre a tuberculose e a doença mental, que difere completamente de outras por levar a “um abandono do território da linguagem e dos significados compartilhados” (NOVELLA; HUERTAS, 2010: 206). Como observam os autores, “não se tem esquizofrenia, é-se esquizofrênico”. Mas não só isso: a própria natureza da esquizofrenia nos diria algo essencial sobre o “espírito do nosso tempo”, de modo que não são poucos os paralelos e as analogias entre a condição esquizofrênica e a chamada modernidade (p. 206). Sobre a tuberculose, Nascimento identifica dois momentos distintos no que se refere à representação social dessa doença, passando de mal romântico à flagelo social. No final do século XVIII e meados do XIX, a tuberculose foi vista como a “doença da paixão”, “do espírito” no campo artístico e literário. Foi a partir da segunda metade do século XIX, com o advento da ordem burguesa e da questão social e eugênica do “corpo burguês”,

---

<sup>1046</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces, 1917a, p. 24.

que a tuberculose começou a ser vista como flagelo social, o que era reforçado pela alta incidência da doença entre os trabalhadores (NASCIMENTO, 2005: 45; VIANNA; LOPES, 2020). Ainda segundo a autora, ao contrário de doenças como a febre amarela, a varíola e a peste, que, na visão dos sanitaristas, eram sinônimo de atraso nacional, “a tuberculose era vista como doença própria da civilização” no sentido de “um processo de crescimento desordenado e discriminatório” (NASCIMENTO, 2007: 175). Assim, tanto a tuberculose como a doença mental se confundem com os “avanços da civilização”, a primeira sendo produto de um caos externo (desorganização social) e a segunda de um caos interno (desorganização psíquica, “divisão do eu”).

Apesar da Colônia de Engenho de Dentro dispor de uma policlínica anexa, onde eram atendidos homens, mulheres e crianças pobres com tuberculose, o sistema asilar não possuía meios (isolamento e médico especializado) para realizar a profilaxia específica da tuberculose. Ou seja, o fato de existir um serviço anexo que atendia esses casos não parece ter alterado a realidade das ditas loucas tuberculosas, que chegavam e, muitas vezes, morriam na colônia. Assim, a história da colônia evidencia a complexidade em relação à questão da tuberculose nas três primeiras décadas do século XX: de um lado, o discurso e o esforço para implementar a prevenção e o tratamento da doença junto aos trabalhadores dos subúrbios (tratamento ambulatorial), e, de outro, a ausência de meios básicos para realizar o tratamento da tuberculose, restando a transferência para o HN e a morte (tratamento hospitalar).

Monica Moraes, em sua tese de doutoramento, aponta que, ao que tudo indica, a tuberculose não foi “um impeditivo para o envio de algumas doentes para a Colônia, por serem consideradas aptas para a vida rural e estarem com a tuberculose fechada (sem emissão de bacilos)” (MORAES, 2020: 191). Assim, se o pessoal do hospício, a princípio, não via problemas em remeter para a colônia pacientes com tuberculose dita fechada, os médicos da colônia, muitas vezes, solicitavam nova remoção de pacientes com essa doença (sete casos foram reportados como sendo de tuberculose aberta), destacando não haver isolamento para as doenças infectocontagiosas na instituição. Não havia na Colônia de Engenho de Dentro defesa de isolamento e tratamento especial dessas doenças como no HN; a orientação era a remoção de pacientes portadoras dessas doenças para o hospício. O que existia na colônia era uma Enfermaria de Doenças Intercorrentes; no relatório do ano de 1935 dessa enfermaria, afirmou-se que a falta de isolamento para as doenças infecciosas representava uma grande lacuna, “o que mais se ressentia por ocasião

dos surtos, que habitualmente ocorrem”.<sup>1047</sup> O mesmo relatório destacou ainda que, uma vez que o número de internadas na colônia aumentava de ano para ano, cresciam os casos de intercorrência, mas, no entanto, a enfermaria mantinha o mesmo número de leitos e ainda reduzira o de enfermeiras.

O escorbuto apareceu 36 vezes nos livros de matrícula analisados como causa de morte das pacientes. Quanto às nacionalidades, havia trinta brasileiras e seis estrangeiras, sendo quatro italianas e duas portuguesas. Quanto à cor da pele das pacientes, dezoito eram brancas e dezessete, não brancas (doze pardas e cinco pretas); uma não tinha a cor registrada. No que se refere aos diagnósticos psiquiátricos, verificamos que das 36 pacientes falecidas com escorbuto, 22% foram diagnosticadas com loucura/psicoses maníaco-depressivas ou periódicas, 14% foram avaliadas com epilepsia, 14% no grupo das oligofrenias (debilidade mental, imbecilidade, idiotia e oligofrenia), 11% estavam no grupo das esquizofrenias (demências precoce, esquizofrenia e parafrenia), 6% receberam diagnósticos relacionados ao abuso do álcool (alcoolismo, psicose alcoólica e tóxica alcoólica), 6% apresentavam histeria, e com uma ocorrência cada (respondendo a 3% cada caso): alcoolismo/ demência senil; alcoolismo/ histeria/ psicose periódica depressiva f. dep.; confusão mental; delírio alcoólico/ alcoolismo; demência precoce? imbecilidade?; epilepsia? debilidade mental; histeria/ epilepsia; histeria/ psicose periódica f. maníaca; psicose maníaco-depressiva f. mista (mania agitada? demência?); e psicose pré-senil f. melancólica. Os resultados obtidos demonstram que, em comparação com a população total, as pacientes falecidas com escorbuto possuíam 4% a mais o diagnóstico de epilepsia e, também, 4% a mais o diagnóstico de histeria.

Sem dúvida, o que mais chama a atenção aqui é o diagnóstico de epilepsia, que apresentou maior expressão numérica. É possível pensar que as pacientes epiléticas (em razão dos ataques e do quadro geral da doença) fossem mais vulneráveis em relação aos problemas de nutrição do que as demais pacientes. Nesse sentido, vale recordar o experimento realizado por Plínio Olinto com as pacientes epiléticas durante quatro meses, com base em um regime vegetariano especial, instituição de medicamentos brometos e trabalhos em serviços agrícolas quatro horas por dia. O objetivo era demonstrar que, com dieta e medicação adequadas, essas pacientes tinham a capacidade de viver em colônias e dar resultados, ou seja, serem economicamente vantajosas para a instituição.<sup>1048</sup>

---

<sup>1047</sup> ROCHA, Olavo. Relatório do movimento da Enfermaria..., 1936, p. 270.

<sup>1048</sup> SBNPML. Sessão de 9 de julho de 1914. *ABNPML*, 1914 (3-4), pp. 260-261.



Com uma lotação de 295 pacientes e um número de óbitos de 73, 1912 foi o ano com maior mortalidade (24,75%) na gestão do primeiro diretor e, também, em todo o período estudado. A alta taxa de mortalidade, um ano após a inauguração da instituição, chama a atenção para as condições estruturais e higiênico-sanitárias em que se encontrava a colônia nessa época. Como vimos no primeiro capítulo, os quatro primeiros anos da gestão de Braule Pinto foram marcados por obras de construção ou reforma e, também, por um conflito entre o diretor e a Diretoria de Contabilidade do MJNI. Ao tentar dotar a instituição de condições organizacionais melhores para a efetivação da sua função assistencial, Braule Pinto acabou se indispondo com esse órgão, que repreendeu o médico amazonense por seus excessos em despesas/aquisições de mercadorias. Braule Pinto, por sua vez, reclamava da insuficiência das dotações orçamentárias para a instituição, apontando, inclusive, o risco que isso representava no que se referia ao estado de nutrição das pacientes. A incidência do escorbuto na colônia deveu-se diretamente à diminuição do orçamento e ao empobrecimento da dieta das internas. Podemos lembrar aqui, também, os pedidos feitos por Braule Pinto ao longo dos quatro primeiros anos de funcionamento da colônia para a instalação de uma grande caixa d'água de cimento armado, pois a instituição sofria nos fins de tarde de falta d'água, o que indica que essa falta d'água tratada também pode ter contribuído com a mortalidade geral.

Tudo isso ajuda a entender a alta taxa de mortalidade da colônia em 1912, quando 21 pacientes faleceram de escorbuto, dezesseis de tuberculose pulmonar, dez de disenteria, três de ancilostomíase, três de enterite tuberculosa, três de gripe, três de nefrite, duas de enterocolite e, com uma ocorrência cada: *angor pectoris*, arteriosclerose generalizada, broncopneumonia, estado de mal epilético, meningite tuberculosa, nefrite intersticial, pielonefrite, púrpura hemorrágica, sífilis cerebral e asfixia por enforcamento.

Para além disso, convém sublinhar que, de acordo com os dados do relatório de 1911, as *causas mortis* das 19 pacientes que foram a óbito entre a data de chegada das primeiras pacientes, em 31 de agosto, até o fim desse ano, em 31 de dezembro, na colônia foram as seguintes: tuberculose pulmonar (sete), escorbuto (quatro), enterocolite crônica (três), arteriosclerose (duas), uncinariose (uma), gastroenterite (uma) e estado de mal epilético (uma).<sup>1049</sup> Braule Pinto, como vimos no primeiro capítulo, relacionava a taxa de mortalidade do ano de 1911 à quantidade de pacientes tuberculosas, escorbúticas e uncinariosas entre as primeiras levas que foram remetidas do hospício para a colônia.<sup>1050</sup>

---

<sup>1049</sup> Relatório do diretor Braule Pinto de 15/02/1912.

<sup>1050</sup> *Idem*.

Nos anos seguintes, os efeitos desse tipo de transferência continuaram sendo sentidos na colônia. Por outro lado, além das causas institucionais, esse pico de mortes refletia as más condições socioeconômicas não só da população manicomial mas da população em geral. Os resultados dos exames de fezes realizados pelo laboratório Gaspar Vianna (anexados às observações médicas) encontraram uma alta prevalência de áscaris, ancilóstomo e tricocéfalos entre as pacientes da colônia, o que apontava para a precariedade do saneamento básico não apenas na instituição, mas no Rio de Janeiro. A desnutrição seria bastante frequente na cidade, tanto que é possível observar um número significativo de pacientes desnutridas dando entrada no HN, através da análise das histórias clínicas da colônia. A tuberculose figurou, durante quase todo o período estudado, no topo das causas de morte na cidade do Rio de Janeiro (NASCIMENTO, 2002: 26; MORAES, 2020: 27).

O escorbuto, a tuberculose pulmonar e a pneumonia lobar constituíram as três principais causas de óbitos na colônia em 1915. Foram registrados nesse ano 35 óbitos, sendo seis por escorbuto, cinco por tuberculose pulmonar e quatro por pneumonia lobar. Em seu relatório de 1915, Braule Pinto abordou a questão da epidemia de escorbuto ocorrida na instituição. Segundo o diretor, “o estado sanitário da colônia seria muito lisonjeiro se não se tivesse se manifestado uma pequena epidemia de escorbuto, que acometeu a 196 doentes, das quais baixaram à enfermaria de moléstias intercorrentes 33, vindo a falecer 6”.<sup>1051</sup> Devemos destacar que a taxa de mortalidade por escorbuto citada pelo diretor não representa o número real de pacientes acometidas pela doença na instituição, como vimos.

Na Colônia de Engenho de Dentro, de 1911 a 1918, foram registrados 42 óbitos relacionados à tuberculose, e, de 1919 a 1941, 46 óbitos, lembrando mais uma vez que os dados para o último recorte são maiores devido às pacientes ingressadas de 1933 a 1941 que não estão sendo consideradas na nossa amostra. O ano de 1912 foi o ano com mais óbitos por tuberculose na primeira gestão, vinte óbitos; na segunda gestão, o maior número de mortes por tuberculose foi nos anos de 1925 e 1926, cada um com cinco óbitos. Já em relação ao escorbuto, 35 pacientes faleceram entre 1911 e 1915 e apenas uma em 1920, na gestão de Riedel; ou seja, os resultados demonstram que as mortes por escorbuto praticamente desapareceram na administração de Gustavo Riedel. Podemos relacionar isto com o início da produção agrícola na instituição a partir de 1921, como mostrado no primeiro capítulo. Em 1922, por exemplo, os três itens mais importantes da produção

---

<sup>1051</sup> Relatório do diretor Braule Pinto de 03/02/1916. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. Is3 20, Arquivo Nacional.

interna foram legumes (15.479 kg), leite fresco (1.879,5 litros), batata doce (2.155 kg) e limão azedo (8.540 unidades). Acredita-se que a introdução desses alimentos na dieta das pacientes tenha impactado nas taxas de mortalidade da instituição. Assim, a probabilidade de uma paciente falecer na colônia na gestão do segundo diretor diminuiu consideravelmente, o que não deixava de representar também a queda na mortalidade geral na cidade no período (NASCIMENTO, 2002; PEREIRA, 2016; MORAES, 2020).

Se, por um lado, “as invasões de escorbuto” foram contidas na gestão de Riedel, o número de óbitos por tuberculose e ancilostomíase, por exemplo, voltou a aumentar a partir de 1925. Na década de 1920, a sarna foi, também, muito comum entre as internas. O fato de que, em 1932, no último ano da gestão de Riedel, o número de mortes chegou a 36, o maior número registrado na administração do higienista, é elucidativo no sentido de demonstrar o agravamento das condições higiênico-sanitárias na instituição nesse período. Algumas das causas de morte nesse ano foram ancilostomíase (oito), enterite (quatro, duas crônicas e duas disinterioide), tuberculose (quatro, duas pulmonares, uma ganglionar e outra de fase septicemia), enterocolite aguda (duas, uma enterocolite e uma enterite disinterioide). Destacaram-se também as mortes por enfermidades cardiocirculatórias e neurológicas não infecciosas.<sup>1052</sup> Assim, podemos supor que houve a melhora nutricional das pacientes, pois o escorbuto praticamente desapareceu, mas os riscos de infecção e contágio continuavam a estar presentes na instituição.

Por fim, o enterro das pacientes da colônia ocorria, em geral, no cemitério de Inhaúma, sem nenhuma pompa. A informação sobre os falecimentos, no entanto, aparecia em notas de jornais de grande circulação. A partir destas, sabemos que muitos féretros saíam da própria Colônia de Engenho de Dentro. Até a publicação do obituário, essas internas eram como qualquer outra dentro da instituição, pois havia na colônia, em grande medida, um apagamento das insígnias sociais. Algumas mulheres com família e posses, principalmente viúvas, passaram o resto de seus dias no asilamento, e pela documentação clínica não é possível, em geral, constatar a existência de parentes nem mesmo distinguir seu status social, o que pode ser feito apenas através de notas comunicando seu

---

<sup>1052</sup> Os óbitos totais foram por: ancilostomíase, cachexia (cinco), arteriosclerose (generalizada), insuficiência cardíaca (cinco), pielonefrite (três), arterioesclerose, ictus apoplético (dois), tuberculose pulmonar (dois), e, com uma ocorrência cada, ancilostomíase, pielonefrite; ancilostomíase, tuberculose ganglionar, cachexia; arteriosclerose, edema pulmonar agudo; arteriosclerose, enterite disenterioide; arteriosclerose cardiorenal, edema pulmonar agudo; edema pulmonar agudo; enterite crônica, cachexia; enterite crônica, cachexia, insuficiência cardíaca; enterite disenterioide, verminose (áscaris e tricocéfalo); enterocolite aguda; enterocolite aguda, verminose; epilepsia, estado de mal epilético; ictus cerebral, colapso cardíaco; nefrite crônica, edema pulmonar agudo; polineurite generalizada, colapso cardíaco; polinevrite generalizada; polinevrite, endocardite, insuficiência cardíaca; tuberculose de fase septicemia.

falecimento, enterro e convite para missa de sétimo dia em diferentes jornais do Rio de Janeiro.

Nesta primeira parte do presente capítulo, buscamos analisar as questões quantitativas e qualitativas relacionadas a diagnósticos, prognósticos, terapêuticas, permanências e saídas das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro; não enfocamos, por exemplo, a visão particular de cada médico observador da colônia sobre esses aspectos. Nas próximas linhas, procuraremos distinguir os diferentes olhares e práticas dos psiquiatras da Colônia de Engenho de Dentro.

## **5.2. A clínica psiquiátrica da Colônia de Engenho de Dentro**

Os depoimentos dos médicos da Colônia de Engenho de Dentro são informativos sobre o nascimento da psiquiatria moderna e o lugar que as mulheres ocuparam no campo da psiquiatria, desde o século XIX até hoje. Não é demais lembrar também que as observações médicas aqui analisadas foram produzidas em um tempo e local determinados: entre 1911 e 1932, numa instituição psiquiátrica feminina chamada Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro. Além disso, até pelo menos o início da década de 1930, essas observações foram produzidas exclusivamente por médicos homens. Apenas a partir de meados dessa década, enfermeiras que atuavam na Sala Paulo Costa e, também, no serviço social ligado à colônia passaram a redigir, de forma mais regular, alguns relatórios. Essas “observações” sobre os antecedentes e as moléstias das pacientes feitas por mulheres eram, em geral, mais prolixas e contextualizadas, inclusive sendo elaboradas, muitas vezes, junto aos familiares das pacientes.

É importante salientar que a observação médica é um relato escrito pelo médico sobre o que ele teria ouvido da paciente. Algumas vezes, certas expressões ou frases das pacientes eram citadas. Plínio Olinto, mais do que qualquer outro médico aqui analisado, costumava fazer isso, muitas vezes registrando ditos populares e referências jocosas ou mesmo inflamadas das internas. Em algumas observações, é possível identificar ainda a expressão “SIC” após uma “leitura errônea” ou convicção delirante da observada. A observação médica era um espaço de intersecção (ou choque) entre as subjetividades do médico e da paciente. A desconfiança, muitas vezes, era mútua. Afinal, era um encontro marcado por hierarquias burocráticas, sociais, raciais e de gênero e que, em última instância, implicava sempre uma seleção do que “valia a pena ser registrado”. Dessa maneira, os médicos se colocavam no papel de portadores da verdade das narrativas das observadas.

Nos livros de observação da Colônia de Engenho de Dentro, abertos entre 1911 e 1932, verificamos a atuação de cinco médicos: Plínio Olinto em 1911 e de 1921 a 1924, Braule Pinto de 1912 a 1913, Ernani Lopes em 1914 (e a partir de 1932), Waldemar de Almeida de 1917 a 1920 e Gustavo de Rezende de 1924 a 1932. Waldemar de Almeida e Ernani Lopes tinham o hábito de assinar e datar todas as suas observações. Gustavo de Rezende assinou apenas algumas dezenas de observações, apesar de ter realizado centenas delas. As observações realizadas por Braule Pinto não foram assinadas, mas é possível perceber que se trata da caligrafia do médico que, como diretor, rubricou as folhas dos onze primeiros livros de observação. Já a autoria de cerca de cinquenta observações publicadas no primeiro livro de observação da colônia foi atribuída a Plínio Olinto. Esse médico também não assinou as observações realizadas na colônia, mas foi possível comparar a caligrafia com outras observações médicas realizadas por ele na Seção Esquirol (HN), além de outros documentos administrativos escritos e assinados por ele. Além disso, Plínio Olinto era, nesse momento, o médico assistente da instituição. Assim, são cinco os médicos observadores atuando nos dezenove livros de observação analisados (1911-1932).<sup>1053</sup>

A análise dos livros mostrou uma grande variabilidade da prática clínica entre os médicos que trabalharam na colônia, mesmo que todos, igualmente, tenham passado pela FM-RJ e pelo HN. Por trás disso, estava a apropriação e o amálgama de diferentes teorias psicopatológicas, como veremos a seguir.

Conforme explica Huertas, o processo de desenvolvimento da psicopatologia foi influenciado substancialmente por mudanças nos paradigmas médicos e, também, por teorias psicológicas. A partir da visão anatomoclínica, surgida na França no início do século XIX, era preciso estabelecer nexos entre a lesão anatômica e as manifestações clínicas (HUERTAS, 2012: 129-130). Assim, segundo o autor, se passava “de uma sintomatologia, como um simples fenômeno descritivo, para uma semiologia, pela qual a doença adquire tanto um significado subjacente em suas manifestações externas quanto um potencial evolutivo”. Posteriormente, com a teoria da degeneração, houve um deslocamento da semiologia para a etiologia (pp. 130-131). Nesse contexto, era notória a concepção fragmentária do signo psiquiátrico, a qual respondia grandemente “à velha pretensão de assimilar a psiquiatria à medicina interna” (p. 136).

---

<sup>1053</sup> No livro 8, de 1917, foi possível identificar ainda algumas poucas observações feitas por um outro médico. Suspeitamos que seja o médico Jefferson de Lemos, que atuava na instituição nesse período, contudo são necessários mais dados para uma possível confirmação.

As observações clínicas dos médicos da Colônia de Engenho de Dentro, assim como as observações clínicas de médicos em outras partes do mundo na mesma época, “estão repletas de uma ‘clínica do olhar’”, da qual os alienistas nunca abriram mão, conforme destaca Huertas. Desse modo, juntamente com a descrição do paciente (aquilo que pode ser “observado”), a inclusão de palavras (ouvidas ou lidas) também visa “mostrar, representar, oferecer uma imagem da loucura e, em particular, dos seus sintomas mais representativos. Sintomas cuja identificação era impossível com os métodos exploratórios da medicina interna”. Ficava claro que, para alcançar “uma ‘objetificação’ da ‘subjetividade’ alterada”, era necessário estabelecer um diálogo com o louco: “se os cadáveres dos loucos não podiam falar, não podiam mostrar a natureza da doença mental, se não era possível ‘ler’ o interior de seus corpos, os alienistas se esforçavam para ‘ler seus pensamentos’ (*lire dans leur pensée*)” (HUERTAS, 2012: 166).

Assim, nos tópicos seguintes colocamos em cena os médicos da Colônia de Engenho de Dentro e os seus encontros e diálogos com as internas.

### 5.2.1. Plínio Olinto

Plínio Olinto nasceu em Niterói, no Rio de Janeiro, em 19 de fevereiro de 1886 e faleceu em Petrópolis, no mesmo estado, em 8 de agosto de 1956. Era filho de João Olinto de Oliveira e Joanna Olinto das Chagas. Em 24 de junho de 1911, casou-se com Zélia Fausto de Souza (1890), tendo uma filha, Zorah Olinto, em 1912. Formou-se em 1910 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro com a tese “Contribuição ao estudo da associação de ideias”.<sup>1054</sup> Interessava-se, particularmente, pela psicologia experimental. Trabalhou como voluntário tanto no laboratório do Pedagogium<sup>1055</sup> (1890-1919), instalado em 1906 por Manoel Bonfim (1868-1932), como no laboratório do HN

---

<sup>1054</sup> OLINTO, Plínio. *Contribuição ao estudo da associação de ideias*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1910.

<sup>1055</sup> Segundo Penna (1992), o Pedagogium foi criado “pelo Decreto nº 667 de 16 de agosto de 1890, destinado a ser o ‘centro propulsor das reformas e melhoramentos de que carecesse a educação nacional’” (p. 8). Sobre Plínio Olinto, esse autor ainda afirma o seguinte: “Tanto o laboratório do Hospital como o do Pedagogium tiveram Plínio Olinto como assistente voluntário, na medida em que visava aperfeiçoar-se no manejo dos métodos da psicologia experimental. No Pedagogium, inclusive, realizou um ensaio sobre a fadiga intelectual nos escolares, publicado em 1913, na *Revista de Pedagogia, Educação e Pediatria*, 1 (3), citado, inclusive, em *Psicologia da infância*, de Claparède. Em 1921, quando da estada no Rio de Janeiro do grande Henri Pieron, funcionou como seu assistente voluntário em um curso dado pelo eminente mestre francês no auditório da Policlínica do Rio de Janeiro. Em 1923, Gustavo Riedel adquiriu na Europa outro laboratório completo de psicologia experimental, que mais tarde foi instalado na colônia de psicopatas no Engenho de Dentro e entregue à direção de Waclaw Radecki. Plínio Olinto, contudo, não se integra à equipe que colaborou com o psicólogo polonês, segundo declarou em seu texto, por não concordar com a doutrina do discriminacionismo afetivo” (PENNA, 1992: 25-26).

organizado por Maurício Campos de Medeiros (1885-1966). Foi interno efetivo, por concurso, no HN, de 13/06/1910 a 11/07/1911.<sup>1056</sup> Depois disso, serviu como alienista assistente da recém-inaugurada Colônia de Engenho de Dentro, onde realizou o trabalho de observação no ano de 1911 (ou seja, das primeiras pacientes transferidas do HN) e, depois, no início da década de 1920. Além de ter atuado como alienista durante a gestão de Braule Pinto, foi chefe do Ambulatório Rivadávia Corrêa e do Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa e dirigiu interinamente a colônia várias vezes durante a gestão de Gustavo Riedel. Foi membro de várias instituições científicas no Brasil e no exterior, e representou o Brasil em vários congressos internacionais de higiene mental.<sup>1057</sup> Foi vice-presidente honorário do Comitê Internacional de Higiene Mental.

Publicou, entre outros, os seguintes artigos em revistas especializadas: “Diagnóstico diferencial entre alguns casos de demência precoce e loucura maniaco-depressiva” (1911), “Relatório sobre Assistência a Alienados no Rio da Prata” (1913), “Notas da semiologia mental” (1915), “Notas de pedagogia e psicologia normal e patológica” (1918), “O homem e a mulher (Estudo psicológico)” (1922) e “As dores vagas dos neurastênicos” (1932).<sup>1058</sup> Olinto também escreveu livros como *Introdução à Psiquiatria* (1930), *Psicologia* (1934), *Notas de pedagogia e psicologia normal e patológica* (1936)<sup>1059</sup> e *Higiene mental* (1939).<sup>1060</sup>

No início de seu artigo “Notas da semiologia mental” (1915), Plínio Olinto levantava a questão sobre o que era necessário saber acerca do exame psiquiátrico, indicando a centralidade da “parte clínica da psicologia”:

No exame psiquiátrico, além do que importa saber acerca dos antecedentes familiares, da história pessoal anterior às manifestações mórbidas, da anamnese da doença, da transformação da personalidade individual, dos estados passado e presente etc.; além das alterações dos órgãos dos sentidos, das desordens de origem trófica vasomotora e secretora; além dos auxílios da química biológica e mesmo da anatomia e histologia patológicas etc., a parte mais importante da observação do alienado é justamente a que se refere ao estado mental, digamos a parte clínica da psicologia.<sup>1061</sup>

---

<sup>1056</sup> Notas extraídas do livro de registro de nomeações dos funcionários do Hospital Nacional em relação aos candidatos aos lugares de assistentes da Assistência a Alienados do Distrito Federal por Juliano Moreira, 16/11/1911. Is3 27, Arquivo Nacional.

<sup>1057</sup> FALECEU o Professor Plínio Olinto. *A Noite*, ano XLV, n. 15.387, 9 de agosto de 1956, p. 2.

<sup>1058</sup> OLINTO, Plínio. *Introdução à psiquiatria*. Rio de Janeiro: F. Briguiet, 1930.

<sup>1059</sup> OLINTO, Plínio. *Notas de pedagogia e psicologia normal e patológica*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1936.

<sup>1060</sup> OLINTO, Plínio. As dores vagas dos neurastênicos. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, ano XV, n. 8-9, 1932, pp. 231-32.

<sup>1061</sup> OLINTO, Plínio. Notas da semiologia mental. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano XI, n. 1, 1915, p. 172.

A palavra chave da “clínica da psicologia” de Plínio Olinto era consciência, que, segundo ele, não devia ser confundida com raciocínio nem juízo e podia “ser despertada pelo conhecimento de objetos de uso e pelos excitantes dos órgãos dos sentidos, mas excitantes de natureza a provocar reações do indivíduo examinado, tais como a luz do magnésio incandescente (...)”.<sup>1062</sup> Ainda segundo o médico, o raciocínio e o juízo deviam “ser procurados através da consciência da doença, provocando o sentido moral do doente, as suas manifestações sobre conveniências sociais”. No caso das crianças, caberia a aplicação dos testes de [Alfred] Binet (1857-1911) e de [Giulio Cesare] Ferrari (1867-1932).<sup>1063</sup> Já para os adultos, uma palestra bem encaminhada dava resultados melhores. A reatividade (exaltada, abolida ou simplesmente diminuída), segundo ele, “pode ser despertada por várias provocações e mesmo insultos dirigidos ao doente”.<sup>1064</sup> Olinto considerava as ilusões e as alucinações como manifestações sempre secundárias a estados, por vezes muito leves, de obnubilação da consciência. Visando tratar dos meios práticos de estudar esses estados, indicava o seguinte:

Desprezando o exame das sensações como simples impressão dos órgãos dos sentidos, consideraremos a percepção como sensação consciente, localizada e determinada, pelo que abordamos primeiramente a consciência porque nela vemos a transformação das sensações em fato psíquico, não esquecendo de suas relações íntimas com a atenção que é a excitação do órgão central pela sensação.<sup>1065</sup>

Para Plínio Olinto, o estudo da associação das ideias e o método experimental em psicologia eram a base da classificação das psicoses.<sup>1066</sup> Com efeito, o médico pensava a loucura, sobretudo, a partir da associação de ideias, que, inclusive, foi o tema de sua tese de doutoramento. No início desta tese, Olinto afirmava que Kraepelin, à frente da escola psicológica moderna alemã, foi responsável por introduzir na medicina mental novos meios de indagação para o diagnóstico e sistematizar a pesquisa experimental psicológica, preparando, assim, o campo para o surgimento da psicologia clínica: “aplicando os métodos experimentais à clínica, Kraepelin, seus discípulos e Ziehen, Sommer, Claparède, Stern, Binet, Simon, Vaschide, Toulouse, Janet, Marie e tantos outros

---

<sup>1062</sup> OLINTO, Plínio. Notas da semiologia mental, 1915, p. 175.

<sup>1063</sup> Respectivamente diretor do Laboratório de Psicologia Fisiológica da Sorbonne em Paris e psiquiatra e psicólogo italiano, tradutor das obras de William James (1842-1910) e fundador, em 1905, da *Rivista di psicologia*, o primeiro periódico da área na Itália (PAOLA, 2014: 487).

<sup>1064</sup> OLINTO, Plínio. Notas da semiologia mental, 1915, p. 178.

<sup>1065</sup> OLINTO, Plínio. Notas da semiologia mental, 1915, p. 174.

<sup>1066</sup> OLINTO, Plínio. Notas da semiologia mental, 1915, p. 185.



desenvolveram a psicologia clínica cujos estudos são tanto médicos como psicológicos”.<sup>1067</sup>

No artigo “O diagnóstico diferencial entre alguns casos de demência precoce com loucura maníaco-depressiva” (1911), retornando ao tema de sua tese de doutoramento, Plínio Olinto destacava que nela estabeleceu as bases do exame da associação das ideias nos indivíduos normais, organizando uma lista de 88 palavras-indutoras retiradas da série dos testes de Sommer e provocando a excitação ora auditiva, ora visual. Aceitando a classificação do psiquiatra alemão Gustav Aschaffenburg<sup>1068</sup> (1866-1944), acrescentou à esta novas maneiras de reagir aos testes, como a medicação do tempo. Segundo o médico, depois de orientá-lo na tese, Juliano Moreira sugeriu que estudasse também os dementes precoces.<sup>1069</sup> No referido artigo, discutia, em específico, a dificuldade existente no diagnóstico da demência precoce, agrupamento nosológico, conforme o médico brasileiro, estabelecido por Kahlbaum, Hecker e Kraepelin e dividido por este último em três subgrupos: a hebefrenia, a catatonia e a demência paranoide.<sup>1070</sup> Olinto destaca que o mais lhe impressionara ao começar a estudar a demência precoce era “o número relativamente alto de casos em que catatônicos, delirantes e paranoides, sem tratamento quase, obtinham, no fim de algum tempo, uma remissão, por vezes com *restitutio ad integram*”.<sup>1071</sup> Tratava-se de pacientes cuja leitura das observações e do exame sumário e o próprio quadro inicial forneciam dados para rotulá-los como dementes precoces, mas a evolução de seu mal, na instituição, demonstrava que se tratava, de fato, de casos de loucura maníaco-depressiva. Partindo das ideias do psiquiatra francês Rogues de Fursac (1872-1941), destacava que as associações, na demência precoce, “são lentas e se estabelecem frequentemente sem nenhuma ligação aparente, dando lugar a despropósitos que atingem por vezes os últimos limites da incoerência”. Nos estados maníacos, “elas se fazem ao acaso, por assonância, por coexistência no tempo e no espaço; a fuga das ideias é aí encontrada sob sua forma típica”. Já nos quadros melancólicos, existe “um retardamento considerável da associação das ideias”. No interrogatório, o doente fica mudo, simulando negativismo, quando o que existe é apenas abulia. Mas, uma vez que

---

<sup>1067</sup> OLINTO, Plínio. *Contribuição ao estudo...*, 1910, p. 9.

<sup>1068</sup> ASCHAFFENBURG, G. “Experimentelle Studien über Associationen”. In KRAEPELIN, Emil. *Psychologische Arbeiten*. Leipzig: [s.e.]. Vol. 1, 1896.

<sup>1069</sup> OLINTO, Plínio. Diagnóstico diferencial entre alguns casos de demência precoce e loucura maníaco-depressiva. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano VII, n. 1-2, 1911, pp. 125-126.

<sup>1070</sup> OLINTO, Plínio. Diagnóstico diferencial..., 1911, p. 123.

<sup>1071</sup> OLINTO, Plínio. Diagnóstico diferencial..., 1911, p. 124.

ele reage às indagações, “o faz sempre com uma associação mais ou menos admissível e nele não se verificam as estereotípias de linguagem tão comuns na demência precoce de forma catatônica, mas que sobrevêm muito na forma simples e na paranoide”.<sup>1072</sup>

Assim, examinando a associação de ideias de quatro doentes com diagnóstico de demência precoce, Plínio Olinto notou que um reagiu de maneira muito diversa dos outros, pois houve “perfeita coerência entre o indutor e o induzido; a média do tempo, que nos outros nem foi possível apurar pelas numerosas falhas, foi neste apurada e fixada em 3 e 4 segundos; exatamente o dobro do tempo encontrado em pesquisas anteriores nos indivíduos normais”. Quanto à qualidade de suas associações, concluiu “que as processadas por contraste e por coordenação foram as mais frequentes”.<sup>1073</sup> Verificou que as aquisições intelectuais neste indivíduo “não se destruíram como na demência precoce, em que, geralmente, só restam conhecimentos adquiridos anteriormente à doença, ou melhor ao delírio inicial”, dispondo o mesmo “ainda de uma quantidade regular de ideias e que a sua concatenação faz-se com nexos e razoavelmente”. Em contraste, as associações dos outros três restantes se processaram, segundo ele, quase que exclusivamente por assonância, o que lembraria o “fenômeno da intoxicação por ideia ou palavra precedente, que os alemães chamam *Haftenbleiben*”.<sup>1074</sup> Sobre o problema do diagnóstico diferencial entre demência precoce e loucura maníaco-depressiva, vale citar um trecho da observação da paciente Custódia Alves Corrêa,<sup>1075</sup> feita por Plínio Olinto. Depois de destacar que a paciente trazia do HN o diagnóstico de loucura maníaco-depressiva, o médico afirmava que, na colônia, a demência precoce foi a síndrome observada. Ele chega a levantar a hipótese de se tratar de um caso de imbecilidade, “pois há uma nota de observação do Hospital referente à sua incapacidade para aprender na escola. Seu nível intelectual é de fato muito baixo e não nos afigura impossível que tenha tido ela algumas crises impulsivas tão comuns nos imbecis”. Mas termina por dizer que é “mais razoável pensar em demência precoce em vista do seu estado atual com distúrbios pronunciados da afetividade e da vontade. A associação das ideias estudada repetidamente poderá talvez fornecer mais tarde algum esclarecimento, pelo despertar de aquisições da juventude”.

---

<sup>1072</sup> OLINTO, Plínio. Diagnóstico diferencial..., 1911, pp. 125-126.

<sup>1073</sup> OLINTO, Plínio. Diagnóstico diferencial..., 1911, p. 129.

<sup>1074</sup> OLINTO, Plínio. Diagnóstico diferencial..., 1911, pp. 129-130.

<sup>1075</sup> N. 12, Livro 1 de Observação. Paciente parda, brasileira, solteira, doméstica, nenhuma instrução, 31 anos. Procedente do 11º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em 25 de outubro de 1909 (2ª entrada, a 1ª em 26 de maio de 1909), sendo enviada para a colônia em 31 de agosto de 1911. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança. Faleceu em 28 de maio de 1914 de uncinariose. Permaneceu quatro anos e meio na assistência psiquiátrica, sendo quase três anos na colônia.

No início dos anos 20, encontramos um artigo no formato de estudo de gênero escrito por Olinto. Em “O Homem e a Mulher (Estudo psicológico)”, conferência feita sob os auspícios da SBNPML e publicada em 1922, afirmava que, ao contrário do que diziam os homens, as mulheres não lhes eram inferiores, mas, na prática, superiores. Era com esse argumento que Olinto afirmava, por exemplo, que “de cada um de nós fazem elas um santo ou um diabo, é só quererem. Elas governam o mundo em que nós reinamos”.<sup>1076</sup> Na sua opinião, o feminismo, ou antes, o masculinismo era uma utopia, afinal a lei da igualdade não existia na natureza e a mulher só vencida “na concorrência com o homem quando se nos aparece como esposa, como mãe”, e a família era o destino da mulher. Lembramos que, para Sigmund Freud, de quem o médico brasileiro era leitor, a centralidade do desejo feminino estava no pênis e, assim, também, a saúde da mulher era modulada no desejo maternal (FREUD, 2001 [1905]). Nesse sentido, Olinto entendia que as defensoras do feminismo não eram nem homens nem mulheres; pois, para ele, as que não se casavam constituíam “um novo elemento e a sua concorrência prejudica a própria família. São as neutras cujos organismos, sem atividade fisiológica a que estão destinados, perdem as qualidades de seu sexo. Atiram-se, por isso, à ação religiosa, artística, literária, política etc.”<sup>1077</sup> Afirmava ainda que, enquanto o homem era ativo e egoísta, a mulher era passiva e altruísta. No campo do raciocínio, o homem representava o lado dedutivo e analítico e a mulher, o indutivo e sintético. Além disso, estabelecia que as mulheres não se aprofundavam muito na ciência porque as suas associações de ideias se faziam “mais por séries lineares segundo atributos comuns, do que pelo conteúdo das idéias, propriamente, segundo atributos que se prendem ao núcleo de um complexo donde irradiam”.<sup>1078</sup> Assim, diante dessas “diversidades”, conclui que ao gênio intelectual do homem se opunha o gênio moral misto de amor, de ternura, de devotamento da mulher: “é a mulher-mãe a mais elevada criação do criador, a mulher educadora, a mulher que forma o homem, a mulher que faz o gênio!”.<sup>1079</sup> Numa parte do texto onde o médico se refere ao uso da força do homem (que confunde submissão com servilismo) sobre a mulher, termina chamando os homens de “pobre sexo forte! Sempre vencido pela astúcia...”.<sup>1080</sup> Por fim, Olinto ressaltava que nas mãos das mulheres eram depositadas “as

---

<sup>1076</sup> OLINTO, Plínio. *O homem e a mulher (Estudo psicológico)*, 1922, p. 3.

<sup>1077</sup> OLINTO, Plínio. *O homem e a mulher (Estudo psicológico)*, 1922, p. 5.

<sup>1078</sup> OLINTO, Plínio. *O homem e a mulher (Estudo psicológico)*, 1922, pp. 7-8.

<sup>1079</sup> OLINTO, Plínio. *O homem e a mulher (Estudo psicológico)*, 1922, p. 10.

<sup>1080</sup> *Idem*.

mais belas e as mais fundamentadas esperanças da moderna eugenia”.<sup>1081</sup> Esse artigo é um exemplo de como os comportamentos femininos, sobretudo os ligados às lutas pelos direitos das mulheres, eram abordados na época pela psicopatologia.

Olinto voltou ao tema “homem e mulher” no artigo “Terapêutica ocupacional e orientação profissional”, publicado nos *Anais da Colônia de Psicopatas* de 1929. Inicialmente esclarecia que a grande preocupação de todos os povos atualmente “é obter do indivíduo o máximo de rendimento com o mínimo de fadiga, poupando ao mesmo tempo os gastos de seu organismo”.<sup>1082</sup> Em seguida, dizia que, nestes tempos de masculinismo, em que todos querem comportar-se como homem, “as profissões que ainda melhor calham às mulheres são as de professora e de enfermeira, justamente por onde elas começaram. E por isso mesmo que são as ocupações mais de acordo com os pendores da maternidade, são também as que mais realçam o valor da mulher”.<sup>1083</sup>

Duas observações nos parecem pertinentes a propósito desses textos. Em primeiro lugar, a preocupação do médico em delimitar as diferenças entre homens e mulheres nos remete à teoria de Thomas Laqueur (2001), que enfatiza que atestar as diferenças organicamente, desde o início do século XVIII, fazia parte de um projeto político. Segundo o historiador francês, a construção da diferença sexual incomensurável no âmbito do modelo dos dois sexos não resultou de novas descobertas, mas, ao contrário, se estabeleceu a despeito do surgimento de fatos biológicos como os ligados à embriogênese. O poder do gênero, no qual se pautara o modelo do sexo único, entrava em colapso na nova ordem social e os “fatos” do sexo biológico deveriam reorganizar o mundo (LAQUEUR, 2001: 193). As brasileiras Fabíola Rohden e Ana Paula Vosne Martins travaram um diálogo com Thomas Laqueur, em suas pesquisas sobre a constituição da ginecologia e da obstetrícia. Segundo Rohden, a ciência da mulher “se constitui não apenas como o despretensioso estudo e tratamento das doenças, mas como uma ciência da feminilidade, da diferença sexual e das desordens sociais relacionadas com as ameaças à delimitação dessa diferença” (ROHDEN, 2001: 109). Pensando a mulher no discurso médico e intelectual brasileiro, Martins chega à conclusão de que os discursos produzidos pela medicina mostram “um tipo de escrita masculina sobre seu objeto, a mulher, esta criatura gerada na imaginação e na racionalidade e apenas

---

<sup>1081</sup> OLINTO, Plínio. *O homem e a mulher (Estudo psicológico)*, 1922, p. 12.

<sup>1082</sup> OLINTO, Plínio. Terapêutica ocupacional e orientação profissional. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1929, p. 8.

<sup>1083</sup> OLINTO, Plínio. Terapêutica ocupacional e orientação profissional, 1929, p. 15.

parcialmente em evidências das mulheres de carne, osso, útero, ovários e cérebro que eles pretendiam explicar” (MARTINS, 2004: 259).

Em segundo lugar, como bem observam Facchinetti e Cupello, “o problema da nação, quando a população passou a ser considerada a base de sua prosperidade”, como apresentado no curso *Segurança, território e população*, ministrado por Michel Foucault em 1977-1978, é central no debate de eugenistas e psiquiatras brasileiros, entre 1903 e 1930, em torno do processo de delineamento e fixação de padrões e papéis de normalidade (para homens e mulheres). Nesse contexto, “o corpo feminino – lugar da gestação do futuro da nação – passou a se tornar, como nunca antes, foco dos investimentos médicos. Assim, a ideia de normalidade feminina atrelou-se ao que foi considerado o principal objetivo da mulher na república: gerar cidadãos saudáveis e educados” (FACCHINETTI; CUPELLO, 2011: 711).

Nas décadas de 1930 e 1940, a produção teórica de Plínio Olinto se voltou para a temática da higiene mental. Em 1939, na obra *Higiene Mental*, no tópico intitulado “Higiene mental na formação dos hábitos”, combinando noções de degeneração, lembranças hereditárias e processos inconscientes e subconscientes, apontava o seguinte:

Os hábitos facilitam as reações, traduzem a forma que todo o organismo dá às suas atividades. Longas gerações de bons hábitos trariam personalidades controladas e superiores e entre elas caridade e piedade seriam desnecessárias. A capacidade de refrear tendências impulsivas seria assim obtida pela Higiene Mental.

As condutas dos degenerados são provas de regressão às maneiras primitivas de reagir nas situações difíceis. O comportamento do homem normal faz-se utilizando a experiência adquirida pelos seus antepassados, pelas situações de sua vida, pelos seus hábitos.

A boa saúde psíquica, pois, consiste na aprendizagem e emprego de hábitos sadios, que produzem prazer e correspondam à conveniência e necessidade do nosso organismo e do meio em que vivemos.

As nossas tendências naturais nos permitem possuir o que se poderia chamar de opiniões irracionais, isto é, reações afetivas, emoções, instintos, às vezes desapropriados às situações, mas resultantes de processos inconscientes e que, se não controladas, ou substituídas, pouco a pouco se transformam em hábitos nocivos.

Os processos inconscientes e subconscientes explicam o mecanismo de muitas de nossas crenças. Resultados emotivos de lembranças hereditárias nos levam a crer na feitiçaria, nas fadas, em fantasias várias com que sonhamos sem distinguir o real do ideal.<sup>1084</sup>

---

<sup>1084</sup> OLINTO, Plínio. *Higiene Mental*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1939, pp. 73-75.

O homem, para ele, precisava ser confrontado com a realidade externa (indivíduo como resistente à realidade, fantasioso). Esse tipo de enquadramento também serviria para a adaptação do indivíduo ao trabalho.<sup>1085</sup>

Dadas as condições de mútua adaptação individual e social que é o ajustamento, é mister encarar a vida como ela é e não como desejaríamos que ela fosse.

Mais vale visão dos olhos que alucinação dos desejos. Dadas as condições de interdependência entre a alma e o corpo, cumpre ter sempre presente que a boa saúde psíquica deve corresponder à boa saúde física.

As aptidões que cada um manifesta em suas atividades, as vocações para este ou aquele gênero de trabalho são bases de orientação profissional que muito concorrem para a Higiene Mental, pois põe, na vida, cada um no seu lugar, obtendo com menos esforço um maior rendimento.

De tais circunstâncias resultaria o sentimento de segurança que traz a tranquilidade no viver. Uma grande parte da inquietação e do nervosismo contemporâneo é devida à obrigação contínua de fazer face a situações que nunca se materializam.<sup>1086</sup>

No tocante à sexualidade, o médico da colônia destacava que, mesmo sem o que considerava os excessos das ideias de Freud, não se podia ignorar que, de modo direto ou indireto, “esta ultradinâmica sedução desempenha importante papel em toda a obra criadora, cuja extensão é, muitas vezes, o resultado da sublimação dessas exigências, quando não cumpridas satisfatoriamente”.<sup>1087</sup> Para Plínio Olinto, as exigências da sexualidade, quase sempre, decidiam o comportamento humano.

A sexualidade é, pois, um fator de desenvolvimento mental e cultural. Sendo a sexualidade uma forma de manifestação de energia, tem exigências que muitas vezes não podem ser satisfeitas ou sofrem oposição de outras energias. Dão-se então choques dessas energias no inconsciente. O poder repressivo da consciência desvia a descarga, faz-se a sublimação. E, quando as energias não são sublimadas na vida mental, distribuem-se nos processos moleculares da vida orgânica e produzem distúrbios na atividade molecular. Essas perturbações da atividade molecular das células e dos tecidos determinam doenças, doenças que têm suas raízes na abstinência e nas renúncias. A energia não utilizada, a que não teve escapamento, conduz às nevroses. Aparecem então os prejuízos da sexualidade que a Higiene Mental deve impedir.<sup>1088</sup>

---

<sup>1085</sup> Conforme aponta Jennifer Laws, em *O mal-estar da civilização* (1930), Sigmund Freud (1856-1939) “afirma que de todas as atividades – incluindo a psicanálise – é o trabalho que mais prontamente liga o indivíduo à realidade e à razão” (LAWS, 2016: 353).

<sup>1086</sup> OLINTO, Plínio. *Higiene Mental*, 1939, pp. 73-77.

<sup>1087</sup> OLINTO, Plínio. *Higiene Mental*, 1939, p. 87.

<sup>1088</sup> OLINTO, Plínio. *Higiene Mental*, 1939, p. 86.

Ainda na obra de 1939, pensando a religião, sublinhou que “a fé não suporta o exame da razão, impõe-se inicialmente e é suficientemente forte para dominar todos os processos intelectuais chamados conscientes”.<sup>1089</sup> Em 1934, na obra *Psicologia*, afirmou que o alcoolismo trazia consigo a abulia; “o bebedor não deixa de beber porque o álcool não lhe permite reagir perante o vício de beber. Ele próprio reconhece o mal, mas não domina a paixão”.<sup>1090</sup>

Como analisado no primeiro capítulo desta tese, Plínio Olinto foi incumbido pelo diretor geral da Assistência a Alienados, Juliano Moreira, de verificar o progresso dos estabelecimentos para alienados da Argentina e do Uruguai. Em seu “Relatório sobre Assistência a Alienados no Rio da Prata”, tratou de dois estabelecimentos uruguaios, o Hospital de Vilardebó e a Colônia de Santa Luzia, e de vários estabelecimentos argentinos, dentre eles o Hospital Nacional de Alienados e o Hospício das Mercedes e suas respectivas colônias, a Colônia de Lomas e a Colônia Nacional de Alienados. Neste relatório, o médico salientou o valor “terapêutico” (disciplinar) do trabalho e sua importância na manutenção da instituição psiquiátrica.<sup>1091</sup>

Plínio Olinto representa de modo mais evidente o aparecimento de visões mais “psicológicas” na clínica psiquiátrica. Ao observar as pacientes, abordava os seguintes aspectos: atenção, memória, associação de ideias, consciência, vontade, afetividade e reatividade. Também dava importância aos antecedentes hereditários (ascendentes e colaterais) e às taras neuropsicopáticas. Em suas observações, encontramos poucas menções a pacientes com estigmas degenerativos; no entanto, a maioria desses pacientes era classificada como parda e preta. Deve-se notar que, pela centralidade que a consciência tem em seu pensamento, a degeneração, para Olinto, era frequentemente, além de física, psíquica. Como vimos há pouco, ele compartilhava a opinião de que o destino da mulher era constituir família. Assim, não é difícil achar em suas observações uma preocupação com a mulher que assumia comportamentos esperados, na verdade, para o homem. Lembramos que a Colônia de Engenho de Dentro era destinada a mulheres pobres, ou seja, as mulheres observadas por Olinto e outros médicos eram, em geral, trabalhadoras, que, com frequência, “não se adaptavam às características dadas como universais ao sexo feminino: submissão, recato, delicadeza, fragilidade” (SOIHET, 2004: 367). Para ele, tratava-se de mulheres que perdiam a qualidade de seu sexo.

---

<sup>1089</sup> OLINTO, Plínio. *Higiene Mental*, 1939, p. 75.

<sup>1090</sup> OLINTO, Plínio. *Psicologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1934, p. 208.

<sup>1091</sup> OLINTO, Plínio. *Relatório...*, 1913, p. 10.

Com base nestas informações, passamos a analisar as histórias clínicas de sete pacientes observadas na colônia por Plínio Olinto. Os diagnósticos dessas pacientes foram loucura/psicose maníaco-depressiva (dois), psicose periódica (um), alcoolismo (um) e demência precoce (dois). Os casos narrados a seguir revelam temas caros ao médico como associação de ideias (sintomas da clínica psicológica), sexualidade, alcoolismo, espiritismo, ociosidade e trabalho na instituição.

O primeiro caso é de Antônia Barboza<sup>1092</sup> (branca, brasileira, viúva, doméstica, nenhuma instrução, 33/46 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva, forma depressiva). De acordo com Olinto, não foi possível fazer a anamnese devido a uma carência total de dados. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava calma e tinha a fisionomia prazenteira. Na colônia, permanece sempre um pouco “satisfeita monologando, dizendo frases desconexas sem, contudo, manifestar maior grau de agitação ou período pronunciado de depressão. Suas alternativas são leves e curtas”. A afetividade achava-se extremamente perturbada: “a doente afirma que não teve maridos e quanto a filho diz que teve uma ninhada de cinco diabinhos que morreram todos”. A atenção era muito móvel, a associação de ideias era absurda, “parecendo até por vezes um estado de confusão mental”. Não manifestava ilusões, alucinações ou delírios. A memória estava bastante comprometida e não tinha nenhuma consciência ou orientação: “a doente não se recorda de fato algum da sua vida pregressa, nem mesmo de coisas ou pessoas do Hospital Nacional onde esteve; afirma apenas que nasceu no hospício e que se sair daqui irá para lá a fim de encontrar seu pai que lhe comprará um vestido de cetim”. Essa observação sintetiza bem o pensamento do médico sobre a loucura, partindo de uma associação de ideias absurda à ausência de consciência ou orientação. Ela permaneceu na assistência psiquiátrica por mais de 34 anos, sendo 23 na colônia, onde faleceu em setembro de 1934 de enterocolite, abscesso do fígado.

O segundo caso envolve uma paciente vista como completamente desorientada psiquicamente e com a associação de ideias quase nula. No exame direto, o médico registrou que Francisca de Jesus<sup>1093</sup> (preta, brasileira, solteira, cozinheira, analfabeta,

---

<sup>1092</sup> N. 19, Livro 1 de Observação. Foi internada pela RCP. Ingressou no HN em abril de 1900 (2ª entrada, a 1ª em 1896), sendo transferida para a colônia em agosto de 1911. Não trabalhava, o tratamento foi o *opendoor* e o prognóstico, desfavorável. Esteve na enfermaria com escorbuto de 5 a 11 de julho de 1912.

<sup>1093</sup> N. 33, Livro 1 de Observação. Procedeu do 7º DP e foi internada pela RCP. Entrou grávida no HN em novembro de 1907 e foi transferida para a colônia em agosto de 1911. Não trabalhava, o tratamento foi o *opendoor* e o prognóstico desfavorável. Foi transferida para o HN em agosto de 1915 para a realização de tratamento ginecológico. Permaneceu na colônia em torno de quatro anos, estando há quase oito anos na assistência psiquiátrica.



25/31 anos, diagnosticada com loucura maníaco-depressiva) tinha a fisionomia “caracterizada pelos estigmas de degeneração próprios da raça”, sendo a apresentação calma e a atitude humilde. Na colônia, auxiliava “os empregados no preparo das camas e na limpeza das enfermarias”. Não estava bem orientada quanto ao meio e ao tempo e em relação a si a desorientação era completa: “diz que é enfermeira, que cuida das doentes, que veio aprender para doutor, que é cozinheira, lavadeira e juiz de direito”. Ainda segundo o médico, a paciente não manifestava ilusões ou alucinações; a atenção era móvel, a memória apoucada, “mesmo porque não dispõe de aquisições para delas se recordar”, e a associação de ideias quase nula, “pronuncia palavras soltas que lhe vêm à mente sem concentração alguma, soltas, dispersas”. A vontade estava diminuída e a afetividade embotada: “referindo-se a seus parentes diz com desprezo que eles andam por aí pelo mundo e que ela não deseja procurar ninguém; se sair da colônia será com todas as doentes”. Do ponto de vista do processo de construção de si, é possível pensar que Francisca buscasse um potencial de resistência nesse olhar, nessa identidade de enfermeira, cozinheira, lavadeira, juiz de direito e mesmo médica.

O terceiro caso é o de uma jovem que saiu do hospício para ver o carnaval. Rosa Silva<sup>1094</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, 20 anos, diagnosticada com psicose periódica) foi observada em 1921 por Olinto, que apontou que se tratava de uma doente irrequieta, muito instável e orientada no meio e no tempo. Não vinha tendo “crise de agitação, nem fuga de ideias, mas apenas um certo grau de euforia”. Contou ao médico “que tendo sido contrariada em seus amores, resolveu suicidar-se ingerindo um pouco de iodo com água. Depois apareceu-lhe um nervoso durante o qual não poderia ver sua mãe e nem outras pessoas de casa” (sublinhado do autor). Devido a isso, foi internada no HN, “de onde saiu para ver o carnaval, voltando novamente para o hospital de onde veio, então transferida para esta colônia a cujo regime não se adapta pelo seu estado de agitação motora embora moderada”.

No artigo “A sensualidade em festa: representações do corpo feminino nas festas populares no Rio de Janeiro na virada do século XIX para o XX”, Rachel Soihet ressalta que “sinônimo de liberação e abolição de hierarquias, privilégios, regras e tabus em que a comida, a bebida e a sexualidade assumem enorme importância, o Carnaval era de todas as festas aquela que mais inquietações provocava”; portanto, desde fins do século XIX,

---

<sup>1094</sup> N. 1.586, Livro 12 de Observação. Procedeu do 18º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em novembro de 1920, sendo transferida para a colônia em maio de 1921. Trabalhava na limpeza, o tratamento foi *opendoor* e o prognóstico, desfavorável.

no Rio de Janeiro, os populares, e sobretudo a sua parcela feminina, buscaram “garantir nela o seu espaço, dando lugar à movimentação e à exibição dos corpos, não obstante os preconceitos que enfrentavam” (SOIHET, 2003: 186-187). Soihet aponta ainda que, “através de suas denúncias, a imprensa contribuía para acentuar a rotulação negativa atribuída ao Carnaval nas duas primeiras décadas do século XX, visando dele afastar as mulheres ‘honradas’” (p. 188). Na visão da autora, “mulheres anônimas”, como a paciente em questão, “que atuaram nos interstícios do sistema, atrevendo-se a exibir seus corpos e expressar de forma crescente sua sensualidade, revelando a presença de um desejo apenas permissível no leito conjugal, foram, também, precursoras da emancipação feminina” (p. 195). O procedimento de Rosa, que não só aproveitou o carnaval, como o fez depois de fugir do manicômio, onde estava internada por “amores contrariados”, é bastante eloquente de um movimento de emancipação feminina e, ao mesmo tempo, da reação conservadora contra as mulheres. Além disso, enquanto o carnaval representava liberdade, fantasia, subversão e ousadia, o manicômio remetia à clausura, racionalidade, disciplina e moralidade. Ela foi eliminada do quadro de pacientes por não regressar de uma licença de seis meses obtida em julho de 1921. Permaneceu na assistência psiquiátrica pouco mais de oito meses, sendo 82 dias na colônia.

O quarto caso é de uma paciente diagnosticada com alcoolismo. Na anamnese de Felisbina Andrade<sup>1095</sup> (preta, natural do Rio de Janeiro, solteira, doméstica, 25 anos, nenhuma instrução, diagnosticada com alcoolismo), Plínio Olinto registrou não haver dúvida de que as causas de sua moléstia fossem “o álcool em um terreno já degenerado”. De acordo com o médico, ela negava ter estado doente, “afirmando que entrou para o hospital por implicância dos policiais, confessa que bebeu muito, achando isso natural e perguntando: ‘quem é que de vez em quando não toma uma chuva?’”. Contou “que da primeira vez foi presa porque, voltando tarde de uma sessão espírita, dirigia-se a uma venda para comprar velas quando um guarda pegou-a e levou-a para a Polícia Central”; e, da segunda vez, “foi presa porque já tinha estado uma vez na polícia e, assim sendo, por qualquer coisa as guardas prendem e levam”. Essa observação traz, portanto, uma informação importante sobre a perseguição policial às religiões mais ligadas às classes mais baixas. Porém, considerando o pensamento do médico exposto no início desta seção,

---

<sup>1095</sup> N. 63, Livro 1 de Observação. Procedeu do 25º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN, pela segunda vez, em 1910 (a 1ª entrada foi em 1909), sendo transferida para a colônia em setembro de 1911. Trabalhava na cozinha, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável, se não ingerir mais álcool.

é possível imaginar que, ao registrar a queixa da paciente sobre a perseguição da polícia, ele intencionasse apontar, efetivamente, o comportamento incivilizado da paciente.

Conforme aponta Rachel Soihet, “o Código Penal, o complexo judiciário e a ação policial eram os recursos utilizados pelo sistema vigente a fim de disciplinar, controlar e estabelecer normas para as mulheres dos segmentos populares”, o que passava pela tentativa de impactar “na moderação da linguagem dessas mulheres, estimulando seus ‘hábitos sadios e as boas maneiras’, reprimindo seus excessos verbais” (SOIHET, 2004: 363). Na mesma linha de Soihet, mas focalizando o protagonismo da mulher negra, Bebel Nepomuceno aponta que “ao contrário do prescrito para a mulher idealizada da época, as negras circulavam pelas ruas, marcando a seu modo presença no espaço público. Tal presença, entretanto, incomodava e seria alvo de intervenções das autoridades de então” (NEPOMUCENO, 2013: 383). Ainda segundo a autora, as mudanças desejadas pela elite republicana local implicavam a transformação do feitio das cidades, dos modos de vida e da mentalidade de sua população. Para atingir esse objetivo, “formas de morar, trabalhar, se vestir, curar e se divertir passaram a ser tratadas sob a ótica policial, com intensa repressão a elementos da cultura popular considerados incompatíveis com a imagem civilizada que se queria atribuir ao país” (NEPOMUCENO, 2013: 383). Por exemplo, até o início dos anos 1940 eram corriqueiras “as incursões policiais contra terreiros de candomblé e de macumba e as perseguições a benzedadeiras, curandeiras, herbaristas e parteiras, associadas à superstição e ao charlatanismo” (NEPOMUCENO, 2013: 383-84).

No exame direto, o médico apontou que se tratava de “uma doente de complexão robusta, apresentação calma. Maus hábitos e costumes grosseiros. Atitude debochada”. A afetividade e o sentido moral se achavam muito embotados; as sensações e as percepções nem sempre eram claras e precisas, mas não manifestava ilusões ou alucinações. Na instituição, se ocupava “da limpeza dos dormitórios, tendo já servido na cozinha”. Mas, como observa o médico, “está desgostosa porque diz que trabalha e não ganha. Deseja sair para empregar-se a fim de poder viver lá fora. Não oculta que aprecia o Paraty e que saindo continuará a beber”. Ainda segundo o médico, “fala vagamente num filho de 13 anos e pede para avisar a gente dela (que aliás não sabe onde anda) para que a venham buscar”. Em seguida, “ri e diz-se bem na colônia onde quer permanecer. Às vezes põe-se a cantar muito alto, pretendendo chamar a atenção para si e também procurando inquietar as demais doentes etc.”. Felisbina era uma das muitas pacientes que reclamava por não ser paga pelo serviço realizado. Permaneceu na assistência psiquiátrica mais de cinco

anos e meio, sendo quase cinco anos na colônia. Foi eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de seis meses obtida em junho de 1916.

O quinto caso é o de uma paciente epilética que frequentou práticas espíritas com o fim de mitigar seus males, Idalina de Souza<sup>1096</sup> (preta, brasileira, natural do Rio de Janeiro, solteira, cozinheira, 24 anos, nenhuma instrução, diagnosticada com epilepsia). Na anamnese, o médico registrou que após a morte do pai, aos 5 anos de idade, começou a padecer de ataque, motivo pelo qual não frequentou a escola. Sua mãe era viva e sadia. Negava a existência de antecedentes alcoólicos e doença nervosa ou mental na família. Entrando no tema do espiritismo, que parecia aqui interessar mais ao médico do que o da epilepsia em si, verificou que a paciente “frequentou práticas espíritas com o fim de minorar seus males. Aí teve ocasião de se manifestar médium, recebendo uma vez um espírito. Os ataques, porém, a despeito disso, continuam senão aumentaram” (sublinhado do autor). No exame direto, o médico apontou que se tratava de uma paciente bem orientada (tempo, lugar e meio), com a atenção pouco fixa, a associação de ideias difícil e a afetividade e memória muito diminuídas. Portava-se bem na instituição, mas não se dedicava a nenhum trabalho. Tinha a “fisionomia indiferente, irritando-se logo quando se lhe fala em espiritismo. Atitude humilde geralmente. Acolhe bem aos que lhe dirigem a palavra, respondendo com acerto”. Mais adiante, destacou que ela dizia que conversava com os espíritos, negando-se, porém, “a dizer o que vê e o que ouve nessas palestras”. Excepcionalmente manifestava “alucinações, sobrevindo por vezes o delírio místico apenas esboçado”. Por último, destacou que a paciente sofria “de ataques de natureza epilética, como sono prolongado etc.”. Idalina, provavelmente por compreender que o espiritismo constituía um motivo de estigmatização agregado ao preconceito contra o negro, se negava a falar sobre o assunto. Aos médicos, como atores sociais implicados no combate ao que denominavam de “baixo espiritismo” e, também, em geral, como católicos, interessava relacionar o espiritismo à perturbação mental – com delírios e/ou alucinações auditivas e visuais. Na prática, ser frequentadora de sessões espíritas e, principalmente, se dizer médium era considerada uma prova de perturbação mental. No que diz respeito à “raça”, as histórias clínicas mostram que os médicos observaram um número maior de pacientes não-brancas com esse tipo de “perturbação”. Conforme apontam Muñoz e Dias (2021), diversos textos médicos da primeira metade do século XX

---

<sup>1096</sup> N. 70, Livro 1 de Observação. Procedeu do 19º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em dezembro de 1907 (3ª entrada, a 1ª foi em 1904), sendo transferida para a colônia em setembro de 1911. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança.

articulavam espiritismo, doença mental e crime. No artigo “Perturbações mentais nos negros do Brasil” (1904), Henrique Roxo “afirmava que a ‘casta negra’ e os ‘pretos de imaginação pueril’ eram, no geral, mentalmente ‘atrasados e inferiores’, por isso, interessavam-se por ‘ideias místicas, fantásticas e irreais’, como as ‘espíritas’” (MUÑOZ; DIAS, 2021: 198). Idalina permaneceu na assistência psiquiátrica por mais de seis anos, sendo quase três anos na colônia, de onde foi transferida para o HN em junho de 1914 por ser incompatível com o regime colonial.

O sexto caso é de Antônia da Penha<sup>1097</sup> (parda, brasileira, da Paraíba, solteira, instrução nenhuma, 37/45 anos, diagnosticada com demência precoce). Segundo Olinto, essa paciente trouxe do hospício o diagnóstico de histeria, contudo, a princípio, pensou-se ser um caso de alcoolismo crônico, e depois lhe pareceu mais razoável o diagnóstico de demência precoce. Na anamnese, o médico apontou que não foi possível saber nada sobre seus antecedentes e sobre o início e marcha da doença, “porque a doente quer dissimular o seu estado dizendo que nunca esteve internada no Hospital Nacional e que veio para esta Capitania (Colônia) para desenhar com giz”. No exame direto, o médico apontou que a doente tinha a fisionomia abatida, sendo a apresentação calma e a atitude desconfiada. Na colônia, nunca teve ataques e nada fazia, “vive sempre pelos cantos à procura de argila que reduz a pó finíssimo e aspira como rapé, procurando também às vezes comer um pouco”. Não tinha nenhuma orientação quanto ao meio e ao tempo, não referia a ilusões ou a alucinações. Vale destacar que Antônia foi em 1905, no âmbito do Pavilhão de Observação, considerada como tendo delírio persecutório e religioso, bem como alucinações auditivas.

Ainda segundo o médico, a afetividade, o sentido moral e a reatividade estavam muito embotadas; a vontade também se achava reduzida “até nas relações com as necessidades orgânicas”. O médico avaliou, portanto, a vontade dessa demente precoce de um modo mais global (não era incomum a avaliação da vontade da paciente ser atrelada à adaptação ao trabalho na instituição). A linguagem era reduzida, pouco falava, “pronunciando palavras desconexas e usando muitos neologismos”, e a ideação era fraca, “tornando-se a associação lenta e difícil. Há incoerência, mobilidade e falta de sistematização completa nas associações que se processam”. A memória anterógrada

---

<sup>1097</sup> N. 23 e 1.333, Livros 1 e 10 de Observação. Procedeu da 7ª Circunscrição Urbana e foi internada pelo chefe de polícia do Distrito Federal. Ingressou no HN em setembro de 1905, sendo transferida para a colônia em agosto de 1911 e fevereiro de 1919 (duas entradas na colônia sem sair do circuito da assistência). Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança.

estava bastante comprometida e a retrógrada ainda persistia; apresentava um quadro de dismnésia completa. Em 1915, Antônia deixou a colônia pela primeira vez, transferida para o HN para fazer tratamento ginecológico. Em setembro de 1922, faleceu de colapso cardíaco no curso de uma gastroenterite aguda. Permaneceu na assistência psiquiátrica dezessete anos, dos quais quase quatro foram na colônia.

No sétimo e último caso, apresentamos a observação de Ema Souza<sup>1098</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, instrução regular, 24 anos no livro de matrícula e 27 no de observação, diagnosticada com demência precoce catatônica), onde é possível perceber questões pontuadas pelo médico em 1911 sobre a demência precoce como estereotipia, dissociação e negativismo. No exame direto, Olinto registrou que a paciente tinha “constituição franzina, abatimento físico certamente determinado pela natureza da afecção mental. Alguns estigmas degenerativos. Atitude esquiva”. Também destacou que, na colônia, ela nada fazia: “vive rindo, por vezes soltando gritos, de cabeça baixa, levando frequentemente as mãos à boca em posição estereotipada”; tinha “a atenção móvel, muito móvel”, “a associação das ideias quase que não se dá, antes parece haver dissociação” e “a imaginação, a consciência e a vontade são faculdades psíquicas que se podem dizer atrofiadas nessa doente”. Evidenciava crises de erotismo, negativismo acentuado, mau humor e gestos desordenados. Não tinha ilusões nem alucinações. Encontrava-se com a afetividade bastante comprometida, “mostrando-se sempre indiferente às visitas de um seu irmão que a procura sempre”, e um tanto emotiva: “se alguém lhe dirige a palavra, ainda que docemente e na melhor das intenções, afasta-se logo, nega-se a responder as perguntas, esconde o rosto, depois, afastando-se cada vez mais, vai dizendo ‘não quero conversar!’”. Ela permaneceu quase 27 anos na assistência psiquiátrica, sendo mais de 25 na colônia, onde faleceu em dezembro de 1936 de enterocolite (colapso cardíaco).

Plínio Olinto foi o médico observador que menos traduziu os pensamentos das pacientes para uma linguagem médica, o que parece estar relacionado, em especial, ao fato dele entender que a consciência, a associação de ideias qualitativa e quantitativamente perturbada era uma prova de loucura. Ao transcrever as falas das pacientes, Olinto teria como objetivo principal demonstrar conteúdos de natureza pulsional e de ordem inconsciente. No entanto, ao traduzir menos o pensamento das internas também foi, ao nosso ver, o que mais chegou perto da subjetividade dessas

---

<sup>1098</sup> N. 69, Livro 1 de Observação. Procedeu do 16º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em fevereiro de 1910, sendo transferida para a colônia em setembro de 1911. Não trabalhava e o tratamento foi o *open-door*.

mulheres pobres urbanas, tidas como loucas e perigosas. Em suas observações, as pacientes foram representadas, na maioria dos casos, como tendo hábitos grosseiros, atitudes debochadas, atrevidas, rixosas, agressivas. O fato é que muitas das pacientes internadas em Engenho de Dentro negaram, através de suas vivências e lutas, o lugar de submissão e passividade socialmente destinado às mulheres, que, como vimos, era central no pensamento de Plínio Olinto.

### **5.2.2. Braule Pinto**

Simplicio de Lemos Braule Pinto (1865-1918), como vimos no primeiro capítulo, atuou desde 1895 na Assistência a Alienados do Distrito Federal. Sua grande experiência como alienista nas colônias masculinas e os quase dois anos como diretor dessas colônias concorreram certamente para a indicação de seu nome por parte de Juliano Moreira para o cargo de primeiro diretor da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro e a sua consequente nomeação pelo MNJI. O médico amazonense permaneceu na direção dessa instituição até a sua morte, em 18 de setembro de 1918.

As observações médicas feitas por Braule Pinto apresentavam, na maioria dos casos, um conjunto de questões previamente colocadas numa sequência lógica e invariável: 1. Antecedentes hereditários; 2. Antecedentes pessoais; 3. Exame direto (estatura, fâcies, desvios de coluna vertebral, extremidades dos membros, marcha, sinal de Romberg, agnosia e apraxia, movimentos involuntários); 4. Sensibilidade geral (subjetiva e objetiva), sentido estereognóstico; 5. Sensibilidade especial; 6. Reflexos (rotuliano e aquiliano, sinal de Babinski); 7. Troficidade (desenvolvimento do tecido célula-gorduroso e dos tecidos muscular e ósseo, formas e desenvolvimentos dos órgãos de visão, audição, olfação e gustação); 8. Aparelhos (respiratório, digestivo e circulatório) e 9. Exame mental (orientação no tempo, lugar e meio, nível mental, humor, atenção, linguagem e associação de ideias). Se tratam de observações extensas, mas protocolares. Nesse sentido, podemos pensar que, com algumas exceções, as observações realizadas pelo diretor da colônia tivessem como objetivo central combater o não-registro nos livros de observação.

Nas observações realizadas por Braule Pinto, o exame mental perdia espaço diante da análise do físico. A maior parte de suas observações foi feita a partir de uma escuta reduzida. O médico não registrava, por exemplo, o motivo da internação, segundo a visão das pacientes; também não mencionava a questão do trabalho e da adaptação delas à instituição e não se valeu da noção de estigmas degenerativos na clínica psiquiátrica. Pelo

que foi possível apurar, a atenção do médico se voltava particularmente para a questão neurofisiológica. Devemos lembrar que Braule Pinto formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro com a tese “Da alucinação psicomotora verbal” (1892), onde afirmou que “a patologia mostra que há sempre uma lesão material, por insignificante que seja, correspondente a cada alucinação, a fisiologia nos ensina a estabelecer as relações que existem entre as lesões materiais e o fenômeno alucinatório, podendo assim determinar-lhe a natureza, o mecanismo e a sede”.<sup>1099</sup> Em resumo, sustentou o seguinte sobre o tema: “a alucinação é um fenômeno psicossensorial, cuja sede é o córtex cerebral. Seu mecanismo é o mesmo da apercepção fisiológica. Nem toda alucinação é sintoma de alienação mental”.<sup>1100</sup> Ao longo da tese, o médico faz referências a autores franceses, como o neurologista e psiquiatra Jules Baillarger (1809-1890), o psicólogo e filósofo Théodule Ribot (1839-1916) e o psiquiatra Jules Séglas (1856-1939). Também é mencionado o psiquiatra italiano August Tamburini (1848-1919), para explicar o fenômeno alucinatório. Conforme explica Berrios, Tamburini começou seu trabalho sobre alucinações durante a década de 1870 “e, em 1881, sugeriu que elas não eram um problema ‘psiquiátrico’” (BERRIOS, 2012: 46). De acordo com ele, “as alucinações eram separadas da história do paciente, uma vez que seu conteúdo (imagens) era determinado por estimulação aleatória de locais cerebrais” (BERRIOS, 2012: 47).<sup>1101</sup>

Abaixo comentamos um caso paradigmático do exposto acima. Trata-se da história clínica da paciente Angelina das Dores<sup>1102</sup> (preta, brasileira, solteira, 30 anos, diagnosticada com debilidade mental), observada em 18 de março de 1915 por Braule Pinto:

Antecedentes hereditários: nada informa.

Antecedentes pessoais: teve 9 filhos, são falecidos 5, não sabendo a causa. Os 4 vivos gozam saúde. É fumante. Fazia contínuo uso de álcool. Em criança teve varíola e mais tarde sarampo.

Exame direto: estatura alta. Fáceis demente. Não apresenta desvio da coluna vertebral. Seus membros e extremidades tem normais formas e desenvolvimentos. Tem noção do corpo no espaço, bem como das posições segmentares.

Equilíbrio: normal, ficando nas posições vertical, horizontal, joelhos e cócoras.

Marcha: normal.

---

<sup>1099</sup> PINTO, Braule. Da alucinação psicomotora verbal. 56 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, s.n., 1892, p. 12.

<sup>1100</sup> PINTO, Braule. Da alucinação psicomotora verbal, 1892, p. 50.

<sup>1101</sup> Para saber mais sobre Tamburini e sua hipótese sensorial, ver Berrios (2012).

<sup>1102</sup> N. 328, Livro 3 de Observação. Procedeu do 14º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em agosto de 1911, tendo sido transferida para a colônia em dezembro desse ano. Trabalhava na cozinha, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança.



Sinal de Romberg: ausente.

Sensibilidade geral – subjetiva: não se queixa de dores nem apresenta parestesias; objetiva: sensibilidade térmica: normal; dolorosa e tátil: [s/i].

Sensibilidade especial – audição: ouve pouco; visão, olfação e gustação: normais. Sentido estereognóstico: [s/i].

Reflexos – rotulianos, aquiliano e plantares: [s/i].

Troficidade: pele pálida, cheia de cicatrizes de varíola e deitando sobre um tecido célula-gorduroso pouco desenvolvido. Os tecidos muscular e ósseo apresentam normal desenvolvimento. Exteriormente os órgãos dos aparelhos da visão, audição, olfação e gustação apresentam formas e desenvolvimento normais.

Aparelhos: impossível o exame porque a doente não se conservou parada em nenhum momento, pulando etc.

Exame mental: Não tem noção de tempo, nem de lugar. Apresenta-se de bom humor. Não lê nem escreve. Presta-nos a máxima atenção.

Angelina permaneceu por mais de 24 anos na colônia, onde faleceu em agosto de 1936 de arteriosclerose/insuficiência cardíaca.

Há, no entanto, algumas poucas exceções a este esquema básico de observação de Braule Pinto, isto é, determinadas observações que comportaram, além do grande número de exames diretos, também um exame mental mais amplo (e uma tentativa mais clara de explorar o campo subjetivo). Este foi o caso da observação da paciente Ana Alencar<sup>1103</sup> (branca, brasileira, solteira, doméstica, 45 anos, diagnosticada com psicose periódica), realizada em 10 de abril de 1915.

Antecedentes hereditários: pais mortos; seu pai faleceu do coração, sua mãe faleceu de parto; teve 12 filhos dos quais 3 estão falecidos, não sabendo a causa.

Antecedentes pessoais: é fumante. Fazia uso continuado de álcool. Não sabe precisar a idade, porém, diz só ter tido sarampo, varicela e febre tifoide. [ilegível] a este ponto tem sofrido constantemente dos olhos. Agnosia e apraxia: [nada consta].

Exame direto: estatura alta. Não tem desvio da coluna vertebral. Fácies alegre. Seus membros e extremidades apresentam normais forma e desenvolvimento. Tem noção do corpo no espaço, bem como de posições segmentares.

Equilíbrio: normal, ficando nas posições vertical, horizontal, cócoras e joelhos.

Marcha: normal.

Sinal de Romberg: ausente. Tem noção de força, peso e resistência.

Sensibilidade geral – subjetiva: não se queixa de dores nem apresenta parestesias; sensibilidade objetiva: dolorosa, térmica e tátil: normal.

Sensibilidade especial – sentido estereognóstico presente; gustação, olfação, audição: normal; visão: míope.

Troficidade: pele corada, cheias de rugas e pigmentos melânicos; deitando sobre um tecido celular gorduroso pouco desenvolvido. Exteriormente os órgãos dos aparelhos da gustação, audição, olfação e

---

<sup>1103</sup> N. 374, Livro 2 de Observação. Procedeu do 10º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em fevereiro de 1912 (3ª entrada), sendo transferida em junho deste ano para a colônia.

visão apresentam normais forma e desenvolvimento. Dentes mal conservados. Cabelos curtos e pretos em sua maioria.

Reflexos rotulianos: preguiçosos; aquileanos e plantares: preguiçosos. Aparelhos respiratório e digestivo: normal; circulatório: normal, contando-se 80 pulsações por minuto. Menstruou-se pela primeira vez aos 13 anos e é regulada.

Exame mental: linguagem clara. Tem noção de tempo, lugar e meio. Presta-nos a máxima atenção, apresenta-se de bom humor e não associa bem as ideias. Constantemente está falando a respeito do espiritismo que segundo diz “é o caminho da verdade”. Não acredita absolutamente nos homens, por quanto foi desrespeitada pelo seu próprio pai. Quando nos afirma qualquer coisa jura pela sua palavra sem honra e diz que foi desvirginada por um seu irmão criança ainda. Tem por costume molhar constantemente os dedos de saliva e em seguida passar na saia. Conta-nos muitas histórias; antes de começar a primeira, começa uma segunda. Tem diversas recitativas. Sabe ler e escrever.

Ana era órfã de mãe e referiu ao médico ter sido vítima de violências por parte do pai e do irmão, sendo que este último a teria desvirginado, motivo pelo qual ela se via como uma mulher sem honra, “impura”. Ela permaneceu na colônia pouco mais de oito anos, sendo transferida para o HN em julho de 1920 por não se adaptar ao regime e ao tratamento colonial (por ser tuberculosa).

As características e as condições do espaço de observação dessas pacientes são, como nos fala Huertas (2012), fundamentais para qualquer interpretação das histórias clínicas. Assim, definitivamente não é sem importância que Braule Pinto, como vimos no primeiro capítulo, tenha enfrentado, principalmente durante os primeiros quatro anos de sua gestão (1911-1915), sérias dificuldades político-administrativas, dentre elas a falta de médicos, para implementar a Colônia de Engenho de Dentro. Aliás, nos livros 2 e 3 de observação da colônia, ambos abertos em fins de 1912, as pacientes não foram registradas, como de costume, respeitando-se a ordem de matrícula, mas sim de modo descontinuado. A partir do livro 4 de observação, aberto no início de 1915, as observações foram regularizadas. Outro aspecto importante a ser notado é que, das 668 pacientes matriculadas até fins de 1914 na colônia, apenas 44% foram observadas (muitas delas aliás anos mais tarde), o que provavelmente estava relacionado ao fato de que a colônia passou a funcionar de um dia para o outro, com uma grande leva de pacientes transferidas do HN e durante um bom tempo sem um alienista designado. Foi dentro desse contexto que o primeiro diretor da colônia passou a acumular a função de médico observador. No entanto, não podemos deixar de constatar o efeito das observações, ainda que protocolares, na manutenção do asilamento das pacientes transferidas para a colônia e, também, na constituição do saber-poder psiquiátrico.

### 5.2.3. Ernani Lopes

Ernani Lopes nasceu em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 30 de agosto de 1885 e faleceu no Rio de Janeiro em 4 de setembro de 1969. Era filho de Francisco Candido Lopes e Antonina Bastos Lopes. Casou-se com Juana Mancusi Lopes (1898-1983) e teve duas filhas, Júlia (1918-) e Augusta Lopes (1922-). Formou-se farmacêutico pela Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre (1902) e médico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1910). No âmbito da Assistência a Alienados do Distrito Federal, chegou ao cargo de alienista assistente por concurso realizado em fins de 1911, nomeado por decreto de 10 de janeiro de 1912. Foi auxiliar do serviço do Laboratório Anatomopatológico, depois atuou como alienista interino. De maio de 1915 a dezembro de 1916, esteve em comissão de estudos na Argentina. Foi professor e vice-diretor da Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto, professor contratado de Psiquiatria e Neurologia na Faculdade de Medicina de Belo Horizonte (1918-1919), diretor da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, depois do Hospital Gustavo Riedel, do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1932-1948), livre docente vitalício de Clínica Psiquiátrica e Clínica Neurológica da Universidade do Brasil e psiquiatra do Departamento Nacional da Criança (1948), cofundador e presidente honorário da Liga Brasileira de Higiene Mental e membro honorário da Academia Nacional de Medicina, além de ter sido membro honorário, sócio correspondente e colaborador de várias instituições no Brasil e no exterior.<sup>1104</sup>

Em sua tese de doutoramento “Contribuição ao estudo da apraxia”, referiu-se aos trabalhos de Paul Broca (1824-1880), Theodor Meynert (1833-1892), John Hughlings Jackson (1834-1911), Carl Wernicke (1848-1905), Arnold Pick (1851-1924), Hugo Karl Liepmann (1863-1925) e Karl Kleist (1879-1960), mas sua grande influência foi o neurologista e psiquiatra alemão Hugo Liepmann (1863-1925). Lopes apontou que o termo apraxia havia sido criado em 1873, por Ludwig Gogol (1847-?), e que, no passado, descrevia “somente a perda da aptidão para manejar com propriedade os objetos. Ninguém, entretanto, percebera as causas várias dessa incapacidade”.<sup>1105</sup> No entanto, em

---

<sup>1104</sup> LOPES, Ernani. *A poesia, a arte e o bom senso contra o alcoolismo*. Rio de Janeiro: Rodrigues&Cia, 1955.

<sup>1105</sup> LOPES, Ernani. *Contribuição ao estudo da apraxia*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Tipografia do “Jornal do Commercio”, de Rodrigues & Cia., 1910. Reeditada nos *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, 1911, ano VII, n. 1-2, p. 259.

1900, Liepmann “mostrou que a essas falhas na identificação dos objetos cabia o termo agnosia (Freud), pois os atos do doente que não reconhece um objeto são corretos em si, e apenas errôneos em virtude do falso reconhecimento”. Entretanto, caso o paciente reconheça o objeto e seu uso, compreenda as ordens que recebe e tenha os membros indemnes de perturbações motoras, execute com eles movimentos em contradição com os que procura executar, já não se pode falar em agnosia, mas em uma genuína apraxia na acepção já clássica de Liepmann.<sup>1106</sup> Na concepção de Lopes, “apraxia é a incapacidade de executar consoante o fim proposto, qualquer movimento anteriormente conhecido, desde que essa incapacidade não seja explicável nem por alterações perceptíveis ou aperceptivas, nem por desordens motoras ou mentais propriamente ditas”.<sup>1107</sup> Ainda segundo o médico, mais modernamente, todas as obras de neurologia e psiquiatria consagram um capítulo à apraxia. Assim, na 8ª edição de seu *Tratado de Psiquiatria*, publicada entre 1909 e 1915, “Kraepelin se ocupa com desenvolvimento da síndrome, mostrando-se adepto das ideias de Liepmann, quase sem restrições”.<sup>1108</sup>

Segundo Lopes, enquanto os dementes revelavam uma incapacidade mais global de seu psiquismo, os indivíduos apráticos executavam movimentos, atos apráticos, com resultados errôneos, sem se dar conta disso. Seu estudo se voltava para os indivíduos que não estavam aptos a obedecer a ordens e executar tarefas. Como o americano Rhein, pensava que o déficit encontrado nesses indivíduos seria de ordem psíquica e, também, agnóstica; e, seguindo Liepmann, entendia que esse déficit seria antes o resultado da lesão produtora da apraxia do que a causa desta.<sup>1109</sup> Assim, para Lopes, a desordem do processo psíquico (a ruptura do trajeto psicomotor) era a chave para se chegar, no final das contas, a uma área lesionada do cérebro.<sup>1110</sup>

Chamou a atenção para o fato de a apraxia e a demência serem estados completamente diferentes, um sendo o extremo do outro, e criticou o fato de muitos pacientes, simplesmente com afasia motora, serem internados no HN como dementes. Já a afasia, na sua visão, era uma barreira para se chegar ao estado de espírito dos pacientes, os quais eram, muitas vezes, diagnosticados erroneamente como dementes precoces e maníaco-depressivos. Na conclusão desse trabalho, parafraseando o pensamento do

---

<sup>1106</sup> LOPES, Ernani. *Contribuição ao estudo da apraxia*, 1910 (1911, p. 260).

<sup>1107</sup> LOPES, Ernani. *Contribuição ao estudo da apraxia*, 1910 (1911, pp. 261-262).

<sup>1108</sup> Para saber mais sobre as descobertas neurológicas e a relação entre neurologia e psiquiatria, ver LANCZIK; BECKMANN; KEIL, 2012; RIGOLON; SERPA JUNIOR, 2022.

<sup>1109</sup> LOPES, Ernani. *Contribuição ao estudo da apraxia*, 1910 (1911, p. 281).

<sup>1110</sup> LOPES, Ernani. *Contribuição ao estudo da apraxia*, 1910 (1911, p. 415).

psiquiatra belga Bernard D'Hollander<sup>1111</sup> (1878-1952), para o qual o estudo do mecanismo íntimo da morte era um dos meios de compreender e acautelar a vida, ressaltou que “conhecendo cada vez mais a demência — essa morte do espírito — nos habilitaremos a determinar com crescente justeza as condições da vida psíquica”.<sup>1112</sup>

Não foi, assim, à toa que ele se dedicou ao estudo da meningite<sup>1113</sup> e da arteriosclerose<sup>1114</sup> e, também, se envolveu fortemente com o problema da sífilis e da paralisia geral progressiva,<sup>1115</sup> doenças relacionadas à anatomia e à fisiologia do sistema nervoso e caracterizadas por deterioração das funções cognitivas, produzindo afasias, agnosias e apraxias. Debruçou-se, ainda, sobre a aplicação de testes psicológicos, principalmente do teste de Binet-Terman,<sup>1116</sup> com o objetivo de identificar incapacidades ideativas e motoras e prejuízos cognitivos. Desse modo, importava saber, por exemplo, se a paciente podia identificar ou não os objetos apresentados.

Lopes, alienista efetivo e terceiro e último diretor da Colônia de Engenho de Dentro, realizou poucas observações durante o período aqui estudado (1911-1932), contudo suas observações eram, em geral, prolixas e pouco esquemáticas. Não se valeu da noção de estigmas físicos degenerativos na clínica psiquiátrica. Suas observações médicas e diagnósticos se baseavam mais no laboratório; nesse sentido, de maneira diferente dos demais médicos, costumava incorporar o resultado dos exames laboratoriais na narrativa de sua observação. O médico buscou muitas vezes, em suas observações, confirmar ou não o diagnóstico trazido pelas pacientes do HN, algo que não era tão comum de se ver nos livros de observação. A clínica, para ele, era claramente um espaço de experimentação e de práticas terapêuticas intervencionistas; como referido no capítulo 3, Lopes se envolveu na década de 1920 com a questão do tratamento antissifilítico na instituição de Engenho de Dentro e no início de 1932 fez um importante levantamento e

---

<sup>1111</sup> Bernard Hollander é conhecido, em especial, por seu trabalho sobre “a localização cerebral da melancolia” (1901) (BERRIOS, 2012: 620).

<sup>1112</sup> LOPES, Ernani. *Contribuição ao estudo da apraxia*, 1910 (1911, p. 420).

<sup>1113</sup> LOPES, Ernani. Título: Um caso atípico de meningoencefalite em foco. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 2, 1908, pp. 367-374.

<sup>1114</sup> LOPES, Ernani. *Contribuição clínica ao estudo da arteriosclerose cerebral*. Tese de livre-docência, aprovada por unanimidade na Fac. de Med. do Rio de Janeiro, Tip. do “Jornal do Commercio”, de Rodrigues & Cia, 1911.

<sup>1115</sup> LOPES, Ernani. Diagnóstico da paralisia geral feminina. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano VIII, 1912a, pp. 408-410; Paralisia geral atípica ou demência sifilítica. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano VIII, 1912b, pp. 394-395; Um caso de paralisia geral juvenil. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano VIII, 1912c, pp. 390-391; *A pornologia na paralisia geral*. Rio de Janeiro, 1922. Tip. do “Jornal do Commercio”.

<sup>1116</sup> LOPES, Ernani. Subsídio para a adaptação brasileira dos testes de Binet-Terman. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, v. IV, n.1, jan-fev. 1931, pp. 17-52.

reavaliação das pacientes sífilíticas que haviam sido tratadas pelo ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée-Guinle.

Além disso, interessou-se pela adaptação das pacientes ao trabalho na instituição e, ao que tudo indica, como mostrado na parte referente à AHF, foi responsável por encaminhar pacientes para a “assistência familiar”, na década de 1910, fora do perímetro da instituição. Esse foi o caso de Teutônia do Nascimento<sup>1117</sup> (preta, brasileira, solteira, doméstica, 25 anos, diagnosticada com psicose periódica), observada em 25 de maio de 1914 por Lopes e licenciada para experiência em AHF em 28 de maio de 1914 (Rua Dr. Dias da Cruz). A paciente foi enviada de volta para a instituição pela polícia em 5 de junho de 1914. Na avaliação do médico, tratar-se-ia de uma “periódica” em intervalo de lucidez ou em acalmia.

A doente de que trata a presente observação é uma mulher de boa compleição física, fisionomia habitualmente sorridente, quando interrogada, maneiras compostas e humildes. [ilegível], logo que em realidade a impressão que se tem da observada é a que ela deverá ser uma periódica em intervalo de lucidez ou em acalmia presentemente (vide o diagnóstico que já do hospício ela nos trouxe). Eis aí está o essencial do caso clínico mental, evidentemente. Acrescentamos que a doente lê alguma coisa, mas não escreve. Seu trabalho aqui na colônia tem sido feito muito a contento, na arrumação dos dormitórios. A doente é mãe de uma filha de 7 anos, antes tivera um aborto. Somaticamente normais os principais aparelhos. O exame de urina nos revelou, qualitativamente, [ilegível] 1014, ausência de albumina, reação ácida, cor amarelo-clara. Catamênio regular.

Para encerrar, apresentamos um caso paradigmático no sentido de mostrar a aplicação dos conhecimentos médico-científicos de Lopes na compreensão e no enquadramento da loucura. Em 17 de maio de 1932, ele observou na colônia a paciente Josefina de Carvalho<sup>1118</sup> (parda, brasileira, casada, doméstica, 38 anos, diagnosticada com psicose periódica).

---

<sup>1117</sup> N. 475, Livro 3 de Observação. Procedeu do 14º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em novembro de 1912 (6ª entrada, 1ª em 1904), sendo transferida para a colônia em maio de 1913. Obteve nova licença em 7 de julho de 1915, regressou em 1º de agosto desse ano. Permaneceu pouco mais de dois anos na colônia, onde faleceu em setembro de 1915 de congestão pulmonar consecutiva a uma nefrite crônica.

<sup>1118</sup> N. 1.147, Livro 8 de Observação. Procedente do 9º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em junho de 1915, sendo transferida para a colônia em junho de 1917. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, sem esperança. Obteve uma licença de doze meses em 29 de dezembro de 1936, regressou no dia 1º de março de 1937. Faleceu em julho de 1937 de arteriosclerose generalizada, insuficiência cardíaca. Permaneceu vinte anos na colônia. Josefina possuía uma filha internada na colônia, com três entradas (N. 1.770, 1.948 e 2.080). Era a paciente Paulina Pereira (parda/preta, brasileira, casada, 17/20/24 anos). Na primeira internação, em 1922, trouxe do HN o diagnóstico demência precoce(?), depois veio com o diagnóstico de esquizofrenia e, na colônia, acrescentou-se o de loucura maniaco-depressiva. Foi eliminada do quadro de pacientes por não retornar de prorrogações de licença obtidas em março de 1925 e maio de 1927, e, por fim, deixou a colônia transferida para o HN em março de 1938, tendo, ao todo,

A reação de W. [Wassermann] no soro sanguíneo foi positiva em 1932. As reações de Nonne, fase I, Pandy, exame citológico e W. no líquido foram negativas em [nada consta].

Um rápido exame clínico revela o que passamos a relatar. A doente responde de boa vontade às nossas perguntas, revelando-se desde logo mal orientada no meio. É assim que diz julgar estarmos no Hospício do Capinzal [Capingol] no Rio Grande do Norte. Orientação no tempo: hoje é o dia de São Sebastião, no mês de abril, sexta feira. O prosseguimento do interrogatório revela a mais pronunciada incoerência ideativa. Assim diz, quando lhe perguntamos qual é a sua mão direita, que há muito tempo não sabe dela, que está no contrato. A própria memória para os fatos recentes está bastante comprometida. Perguntando-lhe o que desejaria fazer, isto é, a que trabalho desejaria dedicar-se, responde que não tem vontade de fazer coisa alguma. Diz, interrogada, que gosta muito da sua filha e pela expressão mímica, parece de fato que há sentimento na sua afirmativa. A expressão que mais emprega é “antigamente”. Ajuda na limpeza dos dormitórios,  $2+2=4$ ;  $3+4=5$  (*sic*). Perguntando-lhe o nome de um colega presente, responde: “de legítimo paterno e materno”. A tonalidade vocal passa por modificações imotivadas, extravagantes. a praxia é boa, notando-se apenas certo grau de perseveração motriz. Assim, tendo mostrado a língua, sob comando, quando lhe ordenamos logo após [ilegível] fechar os olhos, fecha-os, mas de novo abrindo a boca ao mesmo tempo. Enquanto escrevemos estas linhas, mantém-se em solilóquio em voz baixa. Gargalhadas subitâneas. Predomina, aliás, humor levemente eufórico. Fabula nitidamente. Assim, quando lhe perguntamos o nome da empregada que toma conta do seu dormitório, responde “Maria Bonita”, depois Raphaela, depois Mariquinhas. E também inventa o nome das enfermeiras presentes a esta observação.

Pela análise de sua produção teórica, fica claro que o interesse de Lopes, que era um fervoroso eugenista, como vimos no capítulo 2, não era a raça e sim o “corpo neurológico”, a condição mental desde o ponto de vista neuropatológico. Podemos considerar que, depois de Plínio Olinto, Ernani Lopes tenha sido o médico mais interessado na psicologia como um instrumento para a clínica psiquiátrica, porém, mais no sentido de tentar localizar uma função psíquica no córtex cerebral do que de valorizar “fatos da consciência” como Olinto.

#### **5.2.4. Waldemar de Almeida**

Waldemar Gualberto de Almeida nasceu em Porto Alegre, em 12 de julho de 1886, e faleceu em 27 de março de 1949. Era filho de João Pompílio de Almeida e Olinda Barbosa de Almeida. Casou-se com Ernestina Thereza Suppo de Almeida (1886-1984), com quem teve uma filha chamada Luiza Maria Benita Suppo de Almeida (1936-).

---

permanecido na colônia mais de treze anos. Mãe e filha conviveram durante alguns períodos na colônia, inclusive no período que antecedeu a morte de Josefina.

Diplomou-se em 1908, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com a tese “Ensaio clínicos sobre o tratamento da epilepsia”.<sup>1119</sup> Foi admitido como interno extranumerário (Aviso de 21/05/1907) e nomeado interno efetivo, por concurso, conforme a Portaria de 19/05/1908, exonerando-se, a seu pedido (Portaria de 26/04/1909). Em 12 de agosto de 1911, foi nomeado alienista interino da Assistência a Alienados e em 24 de novembro do mesmo ano assistente, no âmbito do concurso para o provimento de vagas da Assistência a Alienados do Distrito Federal.<sup>1120</sup> Por portaria de 8 de fevereiro de 1917, do diretor geral da Assistência a Alienados, foi designado para exercer, interinamente, o lugar de assistente na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro.<sup>1121</sup> Atuou como médico assistente, observando pacientes desta instituição, de 1917 a 1920, quando se tornou diretor do Asilo Colônia de Alienados de Vargem Alegre, cargo que exerceu até 1930.

Membro, desde 1909, da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (SBNPML), onde exerceu os cargos de primeiro e segundo secretário, tesoureiro e vice-presidente, foi, juntamente com Ulysses Vianna, um dos responsáveis pela criação do periódico *Arquivos Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria*, em 1919. Foi secretário-geral do 3º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, realizado em abril de 1929 (CERQUEIRA, 2014: 30; 117; 119). Foi primeiro secretário da Fundação Juliano Moreira, criada em 1926, com o objetivo de estudar as causas, o tratamento profilático e curativo das doenças venéreas<sup>1122</sup> (CLAPER, 2020: 93) e vice-presidente da seção de Profilaxia do Alcoolismo da Primeira Conferência Interamericana de Higiene Mental, em 1935.<sup>1123</sup>

Publicou vários artigos em revistas especializadas.<sup>1124</sup> Em 1917, publicou juntamente com Juliano Moreira, Ulysses Vianna e Mário Pinheiro o estudo “Sobre os

---

<sup>1119</sup> DR. WALDEMAR de Almeida. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 63, n. 10-22, mar.-maio 1949, p. 130.

<sup>1120</sup> Is3 27, Arquivo Nacional.

<sup>1121</sup> BRASIL. *Relatório...*, 1918, p. 60.

<sup>1122</sup> FUNDAÇÃO Juliano Moreira. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XLI, n. 17, 23 de abril de 1927, pp. 399-400.

<sup>1123</sup> DR. WALDEMAR de Almeida, 1949.

<sup>1124</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Notas terapêuticas – Sobre os sais de cálcio na epilepsia. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, ano V, n. 1, Rio de Janeiro, 1909, pp. 179-182; Tratamento da epilepsia. *ABPNML*, ano VI, n. 1, Rio de Janeiro, 1910, pp. 145-181; Subsídio clínico ao estudo da paralisia geral feminina no Rio de Janeiro. *ABPNML*, Rio de Janeiro, ano X, n. 1-2, 1914, pp. 49-130; Delírio sistematizado crônico num débil mental. *ABPNML*, ano XI, n. 1, Rio de Janeiro, 1915a, pp. 39-46; Resultados terapêuticos num caso de confusão mental e tuberculose pulmonar. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, ano XXIX, n. 13, 1º. de abril de 1915b, pp. 101-103; Contribuição ao estudo clínico da cisticercose cerebral. *ABPNML*, ano XI, n. 1, Rio de Janeiro, 1915c, pp. 229-264; Distúrbios mentais no decurso na nasomiasis, 1917b; Confusão mental consecutiva a impaludismo e uncinariose. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XXXI, n. 19, 12 de maio de 1917c, p. 162; *O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces*. Rio de Janeiro: Typ. e Enc. do Hospital Nacional de Alienados,



bons resultados do tratamento opoterápico exclusivo num caso de demência precoce (forma catatônica)”.<sup>1125</sup> Dedicou-se, portanto, a temas como epilepsia, doenças parasitárias, demência precoce, tuberculose, alcoolismo e práticas terapêuticas.

Em 11 de setembro de 1919, na 15ª sessão ordinária realizada pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, Waldemar de Almeida já discursava sobre a necessidade de tomar medidas enérgicas e urgentes para combater o alcoolismo, “este flagelo social que degenera a raça, arruína energias, avilta mentalidades, degrada os sentimentos morais e aniquila as coletividades!”,<sup>1126</sup> propondo, ao fim de seu discurso, que essa sociedade votasse uma moção de aplausos ao Governo do Sr. Presidente Epitácio Pessoa pelas promissoras medidas antialcoólicas e ao Sr. Deputado Juvenal Lamartine pelo judicioso projeto que aumentava a taxação de todas as bebidas espirituosas.<sup>1127</sup>

No artigo “Subsídio clínico ao estudo da paralisia geral feminina” (1914), Waldemar de Almeida defendia que a paralisia geral feminina era pouco frequente no Rio de Janeiro, visto que, em período de 22 anos do HN e de trinta anos da Casa de Saúde Dr. Eiras, as estatísticas “acusam em um total de 19.094 alienados, sendo 11.963 homens e 7.163 mulheres, o número de 619 paralíticos homens e 33 paralíticas mulheres”.<sup>1128</sup> Ainda segundo o médico, aqui, como observado em outros centros populosos, “a paralisia geral acomete de predileção as mulheres de classe inferior”, sendo maior o número de casos nas mulheres solteiras. Quanto às profissões, a paralisia geral, era, na visão do médico, “quase que privilégio das mulheres de vida irregular, das prostitutas, que têm mais

---

1918; Nota sobre a epidemia de gripe na Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro, maio 1919a, p. 431; O problema da assistência aos insanos tuberculosos. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, ano I, 4º trim. 1919b; Terapêutica da demência paralítica pela malarioterapia. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ano VIII, v. III, 3º.-4º. trim. 1926, pp. 127-130; Notas terapêuticas. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ano IX, vol. X, n. II, 3º. trim. 1927, pp. 135-139; A campanha contra o alcoolismo. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano L, n. 48, nov. 1936, pp. 1044-1046; Aspectos sociais do alcoolismo. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, ano XII, n. 5, dez. 1940, p. 56; A bebida alcoólica como fator antissocial. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano XIV, v. XXVI, n. 1, Rio de Janeiro, jan. 1943, pp. 79-80; A colaboração da escola na campanha antialcoólica e fatos conexos. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano XV, vol. XXVII, n. 1, Rio de Janeiro, nov. 1944, pp. 100-104.

<sup>1125</sup> ALMEIDA, Waldemar de; MOREIRA, Juliano; VIANNA, Ulysses; PINHEIRO, Mario. Sobre os bons resultados do tratamento opoterápico exclusivo num caso de demência precoce (forma catatônica). *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XXXI, n. 44, 3 de novembro de 1917.

<sup>1126</sup> SBNPML. Ata da 15ª. sessão ordinária realizada em 11 de setembro de 1919. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ano I, 1919, p. 432.

<sup>1127</sup> SBNPML. Ata da 15ª. sessão ordinária..., 1919, p. 437.

<sup>1128</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Subsídio clínico ao estudo da paralisia geral feminina..., 1914, p. 121.

probabilidades de contrair a infecção luética”. Assim, entendia que o meio influenciaria indiretamente a produção da paralisia geral.<sup>1129</sup>

No tocante à raça, corroborando com as teses de Henrique Roxo e de Márcio Nery sobre ser a raça branca muito mais sujeita que a negra aos assaltos das perturbações mentais, Waldemar de Almeida concluía que “a paralisia geral feminina tinha preferência pela raça branca, vindo em seguida os mestiços (mulatos) como fator de maior abundância entre nós”. Em seu estudo, a paralisia geral foi encontrada em dezesseis brancas, nove mulatas, sete negras e uma cafuza. Isso acontecia, na visão do médico, porque, havendo “predominância do elemento branco, vindo com a afluência da emigração e sendo os tipos puros negro e índio bastante raros, os seus descendentes mestiços, pelas leis naturais da seleção tendendo cada vez mais ao aperfeiçoamento da raça”.<sup>1130</sup> Almeida entendia que o clima, a princípio, não teria participação direta no aparecimento da paralisia geral, mas era incontestável no tocante às faculdades do indivíduo. Nas mulheres europeias, segundo o médico, “a influência debilitante e exaustiva de certos climas tropicais deve exercer sobre o organismo ainda não aclimado, e em condições, portanto, de menor resistência, uma predisposição maior ao aparecimento da moléstia”.<sup>1131</sup> Essa afirmação nos remete à pesquisa da historiadora Philippa Levine. No artigo “Venereal Disease, Prostitution and the Politics of Empire: The Case of British India”, a autora mostra que as taxas de doenças venéreas muito mais altas nas tropas europeias do que na população indiana foram consideradas como resultantes do fato de a doença tropical ser mais virulenta do que a europeia e afetar, de modo mais cruel, a constituição mais “civilizada” dos europeus (LEVINE, 1994: 590-593). Os europeus também relacionavam tal situação à incapacidade de lidar com a prostituição, uma vez que todas as mulheres indianas seriam prostituíveis e, assim, vigorosas fontes de contaminação de doença venérea. Levine conclui que a Índia foi “metastatizada em um organismo de definição de impureza através da feminilidade. O sexo tropical, como as doenças tropicais, era uma entidade ulcerante não controlada pelos costumes ocidentais e maligna” (p. 602).

Influenciado pelos estudos, no Brasil, do médico e antropólogo Nina Rodrigues (1862-1906), do polímata Sylvio Romero (1851-1914) e do escritor e jornalista Euclides da Cunha (1866-1909), e na Europa, do polímata francês Gustave Le Bon (1841-1931), do geógrafo e anarquista francês Élisée Reclus (1830-1905), do biólogo francês

---

<sup>1129</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Subsídio clínico ao estudo da paralisia geral feminina..., 1914, p. 123.

<sup>1130</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Subsídio clínico ao estudo da paralisia geral feminina..., 1914, p. 125.

<sup>1131</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Subsídio clínico ao estudo da paralisia geral feminina..., 1914, p. 124.

Quatrefages de Bréau (1810-1892) e do sociólogo russo Jacques Novicow (1849-1912), Almeida afirmava que não havia dúvida de que a unidade étnica do tipo brasileiro não existia. A esse propósito citava Le Bon: “Nos povos civilizados não há já raças naturais, mas raças artificiais criadas pelas condições históricas.”<sup>1132</sup> Como Reclus, entendia que

as índias e as negras não despertam invencível aversão aos europeus; muitos emigrantes italianos, e principalmente os portugueses, casam no Brasil com negras. Logo que haja uma união legal ou temporária prolífica entre um europeu e mulheres de raças inferiores, a descendência sobe um degrau na hierarquia fisiológica e milhões de fatos deste gênero, efetuando-se durante longos períodos, acabam por melhorar as raças.

Também para Novicow, conforme explicava Almeida, “contrariamente ao que sustentam os pessimistas, no Brasil é a raça inferior e não a superior que desaparece”.<sup>1133</sup>

Tratando, na SBPNML, dos distúrbios mentais no decurso na nasomiasis, Waldemar de Almeida apresentou à Sociedade o caso de nasomiasis com perturbações mentais de uma enferma que se achava internada desde 1911 na Colônia de Engenho de Dentro. Tratava-se de M.J.M.C.<sup>1134</sup> (preta, brasileira, solteira, doméstica, 30 anos em 1911, diagnosticada com confusão mental no HN e com demência precoce na colônia). Segundo o médico, em 12 de outubro de 1915, a enferma baixou à enfermaria de moléstias intercorrentes com hipertemia, epistaxis, tendo posteriormente expelido pelas narinas algumas larvas vivas. Com um tratamento local, a doença foi curada, tendo alta do serviço a 27 de outubro de 1915. Como medida profilática, principalmente nas colônias de alienados, Almeida defendia, além da melhora das condições sanitárias, a inspeção mais cuidadosa no aparelho nasal dos internos e a remoção dos infectados para tratamentos especializados. Braule Pinto, conforme Almeida, relatava a ocorrência dessa doença em mais ou menos vinte pacientes da Colônia de Engenho de Dentro, todos com desfecho favorável. Por fim, o médico previa que, futuramente, a exemplo do que aconteceu a algumas psicoses, tal síndrome viesse a constituir na patologia mental uma entidade autônoma.<sup>1135</sup> A análise deste caso continua no livro de observação da colônia, onde, em 20 de março de 1917, Waldemar de Almeida registrou que, alguns dias antes, em 22 de

---

<sup>1132</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Subsídio clínico ao estudo da paralisia geral feminina..., 1914, p. 91.

<sup>1133</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Subsídio clínico ao estudo da paralisia geral feminina..., 1914, p. 94.

<sup>1134</sup> N. 219 e 1.343, Livros 1 e 10 de Observação. Procedente da 4ª Circunscrição Urbana e internada pela RCP. Ingressou no HN em 25 de fevereiro de 1905, sendo transferida para a colônia em 7 de outubro de 1911 e 20 de fevereiro de 1919. Em outubro de 1922, foi para a AHF, onde trabalhava. O tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Foi transferida para o HN em 23 de março de 1917 por necessitar de cuidado do rinologista e em 18 de janeiro de 1930 por se achar acometida de ozena e não haver isolamento na colônia. O livro tem foto da paciente (mulher negra, com o cabelo raspado, cicatriz com depressão no nariz, expressão séria e olhos fechados).

<sup>1135</sup> ALMEIDA, Waldemar de. Distúrbios mentais no decurso na nasomiasis, 1917, pp. 109-113.

fevereiro, a paciente em questão havia dado entrada novamente na enfermaria da colônia, manifestando ideias delirantes, excitação psicomotora e realizando, daquele dia até 17 de março, a expulsão pelas narinas e, também, pela boca de um total de 167 larvas. O médico registrou que havia prescrito lavagens nasais com água boricada e inalações de clorofórmio, além de um purgativo para tratar uma intoxicação gastrointestinal. No dia 26, a paciente teve, segundo Almeida, perturbações cenestésicas, dizendo que “os bichos a queriam comer”, e, no dia 19 de março, “teve alucinações visuais curiosas, pois disse que os bichos voaram todos e que parece que vieram uns pombos e comeram-nos todos”.<sup>1136</sup>

No artigo “O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces”, publicado em 1917, Waldemar de Almeida apontava que Bleuler, que, em seu conjunto, mostrou-se adepto das doutrinas de Kraepelin a respeito da entidade psiquiátrica da demência precoce, propôs a substituição do termo de demência precoce pela designação de esquizofrenia, “indicando que o deslocamento (*Spaltung*) das diversas funções psíquicas é um dos principais caracteres da moléstia. Pelo nome mencionado o autor designa um grupo de psicoses que evoluindo, ora cronicamente, ora em surtos, podem estacionar ou regredir sem voltar à integridade mental”.<sup>1137</sup> Almeida apontava que algumas experiências clínicas sobre a terapêutica estavam sendo tentadas, tanto no estrangeiro como no Brasil, mas que, geralmente, esses pacientes permaneciam nos manicômios “à mercê das incertezas das remissões, ou expostos às intercorrências clínicas, que, dadas as condições de inferioridade da resistência orgânica e dos distúrbios do metabolismo, atingem com frequência tais enfermos, sendo que, em primeira linha, convém citar a tuberculose, que contribui com o maior contingente letal”.<sup>1138</sup>

Para o médico, o pessimismo da maioria da escola francesa a respeito do prognóstico da demência precoce era um pouco exagerado em relação aos estudos e métodos biológicos modernos, e a questão terapêutica já apresentava resultados animadores. Nesse sentido, destacava tanto o papel da reação de Abderhalden e da opoterapia como o dos recentes estudos experimentais no campo da psicologia em relação ao problema do diagnóstico diferencial da demência precoce com a loucura maníaco-depressiva. Segundo Almeida, se devia a Plínio Olinto (1911) a única tentativa feita no território nacional neste sentido, destacando que este, a partir do exame da associação de

---

<sup>1136</sup> N. 1.343, Livro 10 de Observação.

<sup>1137</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, pp. 21-22.

<sup>1138</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, p. 24.

ideias, tratou dessa diferenciação diagnóstica.<sup>1139</sup> Com relação à reação de Abderhalden, abordava a importância da memória com a qual Gustavo Riedel recebeu o Prêmio Alvarenga<sup>1140</sup><sup>1141</sup> Almeida também entendia que à psicanálise estava reservado um lugar de destaque no tratamento dos dementes precoces.<sup>1142</sup>

Tratando do tema das remissões na demência precoce, o médico argumentava que, muitas vezes, os enfermos voltavam ao meio social. Ele afirmava que, na demência precoce, as curas eram raras e dificilmente aceitáveis, mas os casos de remissões, notáveis, de tal modo que enfermos retomam “as ocupações anteriores, sem que haja um comprometimento manifesto das faculdades intelectuais, se bem que, por vezes, surjam certos sintomas, como humor irascível, atitudes estranhas, tiques, estereotípias etc., que venham denunciar o surto mórbido anterior”.<sup>1143</sup> Segundo o médico, se alguns dementes precoces “permanecem inativos com sintomas residuais, salientando a tara individual, outros podem ficar ativos e reocupar seu lugar no meio durante longo tempo”, o que vem justificar “a ideia dos autores que negam-se a ver no processo fundamental da demência precoce uma verdadeira demência, e que se tem denominado sob os nomes diversos de parademências, de atavia psíquica, de esquizofrenia”.<sup>1144</sup> Na visão desses autores, conforme ressaltava Almeida, a demência precoce “é incurável, porém, pode terminar por um estado de déficit intelectual, susceptível de atenuar-se pela reeducação do indivíduo. Por vezes, é tão mínimo que passa despercebido; o enfermo retoma o seu lugar na sociedade: é uma verdadeira cura social”.<sup>1145</sup> Como podemos perceber, Almeida não falava em cura clínica, mas social, e, atualizado com o pensamento de Bleuler, mantinha a filiação à entidade nosográfica kraepeliniana de demência precoce e, também, à teoria pluriglandular endócrina. Através de um estudo de caso, o médico concluiu que a demência precoce “ficou bem filiada a um verdadeiro desequilíbrio pluriglandular, reafirmando o conceito estabelecido por Kraepelin, como um funcionamento das glândulas de secreção interna”.<sup>1146</sup>

No tocante ao tratamento, destacava que o trabalho representava um recurso de grande valia como meio terapêutico dos dementes precoces, e citava que Kraepelin

---

<sup>1139</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, pp. 55-56.

<sup>1140</sup> Para mais detalhes sobre o pensamento de Gustavo Riedel e a reação de Abderhalden, ver o item sobre a trajetória intelectual e profissional desse médico no capítulo 2.

<sup>1141</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, p. 25.

<sup>1142</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, pp. 59-60.

<sup>1143</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, p. 41.

<sup>1144</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, p. 44.

<sup>1145</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, p. 45.

<sup>1146</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, p. 39.

insistia na necessidade de “dar trabalhos aos dementes precoces, pois somente tal medida é capaz de protegê-los contra uma completa demência”.<sup>1147</sup> Igualmente, Bleuler, tratando das esquizofrenias, recomendava sempre que possível manter o doente em seu meio, a fim de aproximá-lo da realidade, inclusive por meio do trabalho.<sup>1148</sup> Assim, Almeida reconhecia que o método ideal para a assistência desses enfermos era a sua instalação em colônias agrícolas, pois, além dos benefícios da vida ao ar livre, “do convívio com doentes de psicoses crônicas, da maior facilidade de uma higiene corporal, da melhor vigilância, a reeducação pelo trabalho metódico pode ser iniciada com as maiores vantagens, de acordo com o estado mental e aptidão anterior de cada enfermo”. Desse modo, segundo o médico, se resolveria o problema terapêutico e, também, econômico, “auferindo o próprio doente os proventos materiais que lhe forem adjudicados pela utilização racional de seu esforço voluntário”.<sup>1149</sup>

As observações realizadas por Waldemar de Almeida são, em geral, mais curtas e expressas, muitas vezes, em uma sequência de termos sintomatológicos. Percebe-se que ele traduziu muito a fala das pacientes para a linguagem médica e também não se preocupou em explicar muitos dos fenômenos psiquiátricos; Almeida parecia lidar mais com a patologia sofrida como uma entidade própria do que com a mulher doente. Além de realizar um mapeamento breve dos dados somáticos e relativos ao exame mental, o médico buscava verificar, sobretudo, a adaptabilidade ou não das pacientes ao trabalho. Em geral, não perguntava nada (ou, pelo menos, não registrava) à paciente sobre o início da sua doença ou o motivo da internação. Classificou o nível mental de muitas internas como baixo, inferior e sofrível, e o grau de cultura como pouco ou nulo. Chegou a sugerir que algumas pacientes, por morarem em “meios inferiores”, como moradias coletivas e favelas, teriam a moral baixa, falha.

No tocante à raça, Waldemar de Almeida entendia que, além de caracteres étnicos, existiam estigmas físicos degenerativos específicos, ou seja, próprios das raças negra e mestiça. É possível vislumbrar, portanto, nas observações feitas por esse médico o papel do conceito de raça e do racismo na produção do conhecimento psiquiátrico. Como era de se esperar, nem Waldemar de Almeida nem nenhum médico observador da Colônia de Engenho de Dentro referiu-se à “raça branca”, mas, nos livros de observação, abundam menções às raças negra e mestiça. Há apenas uma menção a uma paciente de raça amarela

---

<sup>1147</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, p. 62.

<sup>1148</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, p. 63.

<sup>1149</sup> ALMEIDA, Waldemar de. O diagnóstico, as remissões e o tratamento..., 1917a, pp. 60-61.

e uma paciente de pele alva. A primeira foi matriculada como natural de Pernambuco e negava qualquer ascendência estrangeira, mas, segundo Almeida, responsável por sua observação, Maria Cecília Gomes Bastos<sup>1150</sup> apresentava um sotaque que revelava o conhecimento anterior de outra língua. A segunda paciente, Christiana Fonseca,<sup>1151</sup> observada por Braule Pinto, seria natural da “Alemanha, Santa Catarina”. Cumpre salientar ainda que o termo mestiça era usado, sobretudo, nas observações médicas, enquanto nos livros de matrícula era utilizado o termo parda.

Waldemar de Almeida não parecia seguir de perto os princípios da teoria da degeneração, mas utilizar a ideia de estigmas degenerativos para patologizar e também hierarquizar as pacientes, onde as negras e, depois, as mestiças estavam abaixo das brancas. Entre as brancas, as imigrantes estrangeiras e nacionais foram as mais rotuladas de degeneradas. Muitas dessas pacientes imigrantes eram trabalhadoras rurais, na lavoura ou na roça, e domésticas, habituadas a trabalhos extenuantes. A noção de estigmas físicos degenerativos para as pacientes brancas era a “pá de cal” na configuração patológica. No caso das negras, ela era o primeiro passo para a construção da loucura. Essa diferença, muitas vezes, está visível na ordem das palavras no discurso, se a degeneração aparecia no início ou no final dessa observação médica. As pacientes brancas eram classificadas como degeneradas quase sempre no final da observação, e não no início como ocorria, geralmente, com as mulheres de cor. As mulheres negras e mestiças eram degeneradas de nascença (hereditária), e, nesse sentido, nada precisava ser dito sobre as causas da sua degenerescência. Quando muito, era apontado algum traço negroide para corroborar a ideia de estigmas físicos degenerativos. Nesse sentido, as mestiças já apareciam mais aceitáveis aos olhos do médico que, em alguns casos, enfatizava seus traços mais finos. No caso das brancas, os estigmas físicos degenerativos eram, em geral, representados como uma consequência de um estado de debilidade física e psíquica, e apareciam relacionados a doenças físicas e sinais como emagrecimento, palidez, amenorreia/menopausa, envelhecimento natural ou tido como precoce, falta de dentes etc. Com relação às estrangeiras, sobretudo europeias, é possível perceber um mal-estar por elas se revelarem, muitas vezes, inadaptáveis ao trabalho na instituição e, possivelmente, também, por não terem se prestado para o projeto de embranquecimento da raça e de progresso da nação. Por fim, cumpre ressaltar que a noção de estigmas físicos degenerativos desse médico se sobrepunha à dimensão diagnóstica, ou seja, o diagnóstico

---

<sup>1150</sup> N. 1.376, Livro 10 de Observação.

<sup>1151</sup> N. 515, Livro 2 de Observação.

não era uma variável determinante na identificação das mulheres com “estigmas físicos degenerativos”.

Cunha, em sua pesquisa sobre o Juquery, também percebeu que as internas negras eram citadas nos laudos como degeneradas em razão das características raciais. Segundo a autora, elas foram vistas e tratadas pela medicina alienista como portadoras de uma dupla inferioridade (como mulher e negra) que as tornava “mais próximas da natureza que da condição humana” (CUNHA, 1986: 124). Engel, por sua vez, versando sobre a construção de um conhecimento eminentemente eclético – que, pelo menos até o início da década de 1920, privilegiava a perspectiva organicista, mas a partir de diferentes matizes, como a degenerescência de Morel (reestruturada e ampliada por Magnan), a eugenia de Galton, o darwinismo, o neolamarckismo, a antropologia criminal de Lombroso e de Lacassagne e o organicismo de Kraepelin –, refere que a produção dos psiquiatras brasileiros da época foi marcada singularmente por dois elementos centrais: “a ênfase nos estigmas físicos e psíquicos como indícios inequívocos da degeneração – e, por extensão, da doença mental de um modo geral – e a obsessão pela hereditariedade considerada como o primeiro e o mais importante foco originário – logo, propagador – da alienação mental” (ENGEL, 2001: 161).

Em termos teóricos, o degeneracionismo, não obstante a grande quantidade de elementos especulativos e de crença presentes na obra de Morel, “obteve uma recepção favorável no meio psiquiátrico francês devido à facilidade de solução que ofereceu ao complicado debate sobre as causas da doença mental, dando importância crucial à hereditariedade”, conforme destaca Rafael Huertas (HUERTAS, 2012: 84-85). Partindo de uma concepção estritamente somática, a doutrina da degeneração “permitia explicar a clínica proteiforme e assistemática do paciente mental através da tendência ao desequilíbrio no terreno orgânico onde surgia”, de modo que a conformação anormal do corpo “do degenerado era evidente em certos caracteres de sua morfologia —os estigmas— e permitia justificar, em pressupostos aparentemente ‘científicos’ e ‘objetivos’, a marginalização social do doente mental e seu distanciamento ‘qualitativo’ do sujeito ‘normal’” (HUERTAS, 2012: 85).

Em relação à questão racial no Brasil, é importante entender, com Sílvia Nunes (2010), que, após a abolição da escravidão, “a percepção de negros e mestiços como pouco evoluídos e inferiores se acentuou, e a questão da raça passou a ser ‘científica’, vista pelo ângulo da degeneração psíquica” (NUNES, 2010: 380). Além disso, com o fim do sistema escravista no ano de 1888, “cidades como o Rio de Janeiro viram crescer uma



massa populacional formada por negros libertos, mestiços, brancos pobres e imigrantes, que deu origem a um proletariado nascente e uma população marginal urbana” (p. 380). Nesse contexto, os discursos médicos “adquirem tom claramente racista. A alegada falta de educação, moralidade e disciplina dessa população justificava programas voltados para o controle de seus estigmas degenerativos” (p. 384).

É interessante apontar que Jonathan Ablard, em seu estudo sobre hospitais psiquiátricos da Argentina, encontrou resultados semelhantes ao que apontamos aqui, mas sem o corte de raça/cor, sendo este prioritariamente de etnia e classe. Segundo o autor, “se a degeneração foi discernida através da observação da aparência, as condições hospitalares horríveis e o estado físico degradado de pacientes nascidos principalmente estrangeiros e pobres, sem dúvida, contribuíram ainda mais para os médicos examinadores vê-los como loucos”. Tais condições explicariam um pouco “porque os médicos foram frequentemente rápidos em encontrar evidências de degeneração” (ABLARD, 2008: 130-131).

A partir de 1920, nota-se uma redução dos discursos racializados na clínica psiquiátrica de Engenho de Dentro, o que entendemos como relacionado diretamente à saída de Waldemar de Almeida, que foi quem mais explicitamente se preocupou com a raça. No entanto, é possível pensar que o caráter assimilacionista das políticas do período (MATTOS, 2013) e, também, a extensão do campo da psiquiatria à anormalidade e, talvez, os próprios desenvolvimentos em torno da esquizofrenia e outras perturbações estivessem contribuindo dessa atenuação. Hebe Mattos afirma que, após o fim da escravidão, a raça como um atributo marcadamente negativo tendia a desaparecer tanto da realidade concreta/política, com implementação de projetos extremamente desiguais na sociedade, quanto do campo linguístico/social, com a utilização do termo pardo, impedindo assim que debates sobre raça viessem à tona; ou seja, nesse período, quanto mais as políticas públicas se tornavam segregadoras, menos o termo raça era utilizado (MATTOS, 2013).

Além de ter sido o médico da colônia que mais se apropriou da noção de degeneração, Almeida foi o mais engajado com a questão da praxiterapia. Entre 1917 e 1922, período de incremento das transferências por parte do HN (como vimos no capítulo 1), observou diversas pacientes, muitas das quais, apesar de terem entrado na instituição há bastante tempo, ainda não haviam sido observadas. Tal esforço de regularização das observações parecia responder à necessidade de identificar e remover pacientes incompatíveis com o regime colonial para o HN, o que, por sua vez, tinha a capacidade

de alterar os próprios critérios de observação. Assim, nesse contexto, as observações médicas teriam sido também instrumento de distinção entre doentes aproveitáveis e inaproveitáveis para o trabalho na instituição. Como já comentamos, muitas observações não foram realizadas nos primeiros dias de internamento na colônia. Algumas foram feitas meses, anos depois, muitas vezes ante a iminência da saída da paciente por meio de alta, licença, transferência e até falecimento. É com estes olhares que passamos a analisar as histórias clínicas de cinco pacientes observadas na colônia por Waldemar de Almeida. Os diagnósticos dessas pacientes foram: psicose periódica (duas), delírio episódico (uma), psicose toxica alcoólica (uma) e demência precoce (uma).

O primeiro caso é o de Maria Cecília Soares,<sup>1152</sup> preta, brasileira, analfabeta, casada, doméstica, 40 anos, diagnosticada com psicose periódica, que foi observada em 19 de setembro de 1917 por Waldemar de Almeida. O médico começou a observação da seguinte forma:

Anamnese: é uma mulher de **raça negra, com estigmas físicos degenerativos**, estatura mediana, compleição boa, nutrição regular. Expressão fisionômica concentrada, atitude calma. Língua saburrosa. A mãe era africana,<sup>1153</sup> da província dos Muías. O pai tinha a mesma origem. Comemorativos pessoais de varíola e um tumor no peito. Não precisa a época do primeiro mensturo. Teve três filhos a termo e três abortos. Desde que começou a lavar a casa, há muitos anos, fazia uso de “Paraty”. É inveterada fumadora de cachimbo. Não explica satisfatoriamente a causa de sua internação.

Exame mental: está desorientada em relação ao tempo, lugar e meio. Responde às perguntas em tom imperativo, usando de fabulação para suprir as lacunas de sua memória, já muito atingida. Vontade conservada, bem como a atenção. Humor variável. Percepção regular, de acordo com o seu baixo nível mental. Faculdades da ética e estéticas muito embotadas. Afetividade deficiente. Não percebemos ideias delirantes, nem tampouco alucinações. Do exame psíquico deduz-se seu déficit mental, a caminho de franca demência. Manifesta leves crises de agitação psicomotora, não tendo impulsos. Sua atividade psíquica é compatível com a sua capacidade de trabalho: nesta colônia presta bons serviços, de bom humor, restringindo-se a serviços grosseiros, como varredura, capinação etc.

Já a observação de Maria de Oliveira<sup>1154</sup> (segundo caso), branca, natural de Minas Gerais, alguma instrução, casada, doméstica, 35 anos, diagnosticada com delírio

---

<sup>1152</sup> N. 549, Livro 2 de Observação. Procedeu da Assistência Pública e foi internada pela RCP, no HN, em maio de 1912, sendo transferida para a colônia em julho de 1913. Foi retirada só depois de falecida, em abril de 1922 de insuficiência aórtica, assistolia aguda. Viveu na colônia quase nove anos. Trabalhava na limpeza geral, o tratamento era o *open-door* e o prognóstico foi desfavorável.

<sup>1153</sup> Para saber mais sobre as escravas no Brasil, ver DIAS, 2013.

<sup>1154</sup> N. 1.483, Livro 11 de Observação. Procedeu da Secretaria de Polícia e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em março e na colônia em abril de 1920. Trabalhava em rendas, o tratamento foi a clinoterapia e o

episódico, foi realizada em 15 de julho de 1920 por Almeida. O último “sintoma” que o médico escreveu na observação dessa mulher branca foram os “estigmas físicos degenerativos”. Como já comentamos, o lugar onde tais estigmas surgem no discurso diz muito sobre a noção de degeneração do médico:

Está doente encontra-se, atualmente, na sala de clinoterapia. Está agitada, com fases de excitação psicomotora e gatismo,<sup>1155</sup> agripnia. Não é impulsiva. Desde sua entrada, época em que permaneceu calma e sociável, não se adaptou a qualquer trabalho. Está desorientada no tempo, lugar e meio. Vontade fraca. Atenção e ideação sem alteração; percepção relativa. Memória atingida, mais para as últimas aquisições. Afetividade conservada. Ética, estética e julgamento diminuídos. Nível mental inferior, com pouco cultivo. Humor variável. Fazia anteriormente uso de bebidas alcoólicas. Ideias de grandeza, pueris, ilógicas. Alucinações visuais. Crises de riso imotivado. **Emagrecimento geral**, fisionomia animada, catamênio regular, língua saburrosa. **Estigmas físicos degenerativos**.

O terceiro caso é um contraexemplo do que foi visto até aqui. Laura Benevides<sup>1156</sup> (branca, brasileira, natural da capital federal, viúva, pouca instrução, 32 anos, diagnosticada com psicose periódica) trouxe a seguinte nota clínica do hospício: “Esta doente, que tem estado inteiramente calma, tem um delírio de colorido espírita, que parece já dissipado quase por completo. Trabalha na oficina de costura. Seu marido (legal?) [interrogação do documento] muito se interessa pela sua transferência para a colônia. É recomendada do Marechal Silva Pessoa”. Na colônia, ela foi observada por Waldemar de Almeida em 19 dezembro de 1919, um dia antes da paciente sair licenciada da instituição:

Esta doente está orientada no tempo, lugar e meio. Humor variável, digo benévolo. Ideação normal. Vontade, afetividade, atenção presentes. Memória conservada, com leves lacunas para os fatos passados. Tem o mau hábito do tabagismo, diz que adquirido aqui. Percepção regular. Nível mental mediano, com pouca cultura. Tem estado calma, trabalhando na oficina de costura com proveito. Nega antecedentes alcoólicos. Não revela, atualmente, distúrbios psicossensoriais.

Marechal Silva Pessoa era o irmão do presidente Eptácio Pessoa e seria o futuro interventor da cidade do Rio de Janeiro no governo Vargas. Esse marechal também esteve envolvido com as políticas de saúde do porto da capital, ou seja, se tratava de uma pessoa

---

prognóstico, desfavorável. Foi eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de seis meses obtida em setembro de 1921. Permaneceu pouco mais de um ano e cinco meses na colônia.

<sup>1155</sup> Incontinência de fezes e de urina nos alineados; sordícia; imundice... In SOUZA, 2015.

<sup>1156</sup> N. 1.423, Livro 11 de Observação. Procedeu do 15º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em novembro e na colônia em dezembro de 1919. Trabalhava na costura, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável. Foi eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de seis meses obtida em 20 de dezembro de 1919. Permaneceu 33 dias na assistência psiquiátrica, dos quais oito foram na colônia.

com um capital político, social e médico importante. Tanto na nota clínica do hospício como na observação feita por Waldemar de Almeida, é possível verificar uma suavização do discurso da loucura e uma tentativa de falar da loucura no passado. Os médicos se mostraram cautelosos na hora de descrevê-la, buscando, assim, apresentar essa paciente branca recomendada pelo marechal como melhorada. A nota do hospício fala em um “delírio de colorido espírita” quase totalmente extinto. Na colônia, Almeida reforçou, dizendo que a paciente não revelava distúrbios psicossensoriais. Também assinalou que ela tinha o humor benévolo; antes, porém, inadvertidamente, qualificou seu humor de variável, e disse que trabalhava com proveito na oficina de costura. O médico da colônia também apontou que seu nível mental era mediano, ao contrário da grande maioria das pacientes, que era considerada por ele como não possuindo cultura alguma, porém registrou que ela tinha o “mau hábito do tabagismo”, dizendo ter adquirido na colônia. Destacamos que esse tipo de qualificação (mau hábito) em relação ao tabagismo não apareceu no restante das observações. Em suma, a história clínica dessa paciente, que ficou apenas oito dias internada na colônia, serve como um exemplo do cuidado na forma de descrever e tratar mulheres com algum capital social, representando quase uma absolvição da loucura.

Na guia para admissão no Hospital Nacional de Alienados, consta que o exame de alienação havia sido requisitado pelo delegado e o seguinte informe: “embora calma e lúcida no momento do exame, a paciente é frequentemente acometida de crises de loucura, segundo declarou pessoa de sua família presente ao exame, crises em que muito agitada, fala incoerentemente, grita, canta, põe-se em trajes menores, procura fugir para a rua”. Ou seja, o comportamento de Laura evocava a imagem de uma mulher desonesta.

O quarto caso é o de Gervásia Conceição<sup>1157</sup> (preta, brasileira, natural do estado do Rio de Janeiro, casada, doméstica, analfabeta, 35 anos, diagnosticada com psicose tóxica alcoólica), que trouxe do HN a seguinte nota clínica: “é a 3ª entrada no Hospital. Nota do Hospital: é uma ótima lavadeira. Também tem prestado bons serviços na limpeza do terraço da seção. É habitualmente agitada, mas sua agitação consta apenas de monólogos ou protestos contra a internação”. A nota apontava os serviços que a paciente sabia fazer, indicando, assim, como ela poderia ser aproveitada, além de chamar a atenção para o caráter de sua agitação. Gervásia foi observada em 27 de novembro de 1919 na

---

<sup>1157</sup> N. 1.417, Livro 11 de Observação. Procedente do 12º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em julho de 1919, sendo enviada para a colônia em outubro desse ano. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, favorável.

colônia por Waldemar de Almeida, que apontou o seguinte: “É uma mulher loquaz, moça, viva, fisionomia animada. Diz que sabe escrever; solicitada diz que está nervosa e esquiva-se. Às perguntas responde com frases desordenadas com grande fabulação”. Tinha atenção presente, ideação rápida, percepção relativa, memória enfraquecida, afetividade boa e vontade conservada. Manifestava um vultoso e pueril delírio de grandezas e insônia. Trabalhou poucos dias na lavanderia; estava na sala de clinoterapia devido a crises de agitação psicomotora. A princípio negou o uso de bebidas alcoólicas, mas depois relatou “que em casa bebia: champagne, vinho do Porto, Cognac, Paraty etc. É de moral baixa; morou na favela”.<sup>1158</sup> É possível perceber aqui a estigmatização dos padrões comportamentais dos moradores das favelas, tidos como “imorais”. Segundo o historiador Romulo Costa Mattos, desde a grande demolição de habitações coletivas, “as favelas passaram a ser consideradas pelos jornalistas como os principais territórios das ‘classes perigosas’ do Rio de Janeiro” (MATTOS, 2009: 149). Gervásia permaneceu na assistência psiquiátrica por quase dois anos, sendo um ano e meio na colônia, de onde foi transferida para o HN em abril de 1921 por não ser adaptável ao regime colonial.

O quinto caso é de uma paciente diagnosticada com demência precoce. Serafina Rocha<sup>1159</sup> (parda, brasileira, natural do Distrito Federal, casada, doméstica, alguma instrução, 33 anos, diagnosticada com demência precoce) trouxe do HN a seguinte nota:

compleição regular; entrou com delírio persecutório vago, indiferença ou antes menos interesse pelos assuntos domésticos (informações de seu marido); confessa-nos hábitos alcoólicos (vinho); não apuramos quadro alucinatorio típico de etilismo; devemos dizer, entretanto, que a ser uma demente precoce, estará em fase de franca remissão, é uma boa trabalhadora da lavanderia.

Serafina foi observada em 19 de junho de 1919 por Waldemar de Almeida, que apontou que se tratava de “uma mulher moça, regularmente nutrida, fisionomia animada, boa dentadura”, orientada no lugar e meio e desorientada no tempo, com a vontade presente e a afetividade conservada. Confessava, segundo o médico, “o uso moderado de bebidas alcoólicas, diz que é ‘como remédio’”. Tinha a percepção regular, o nível mental baixo, a atenção e a ideação boas e a memória atingida, sobretudo para as últimas aquisições. Por fim, destacava que a paciente sempre foi “calma, pouco comunicativa;

---

<sup>1158</sup> Para um importante apanhado sobre a história das favelas, ver VALLADARES, 2000 e VALLADARES, 2015. Ver também MATTOS, 2013.

<sup>1159</sup> N. 1.362, Livro 10 de Observação. Procedente do 27º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em abril de 1918, sendo enviada para a colônia em fevereiro de 1919. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Foi eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de seis meses obtida em maio de 1931.

tem trabalhado com pouco proveito na copa”. Esta última anotação do médico vai ao encontro da fala do marido sobre o descaso da mulher com relação às atividades domésticas, pois Serafina, ao que tudo indica, foi internada pelo marido. Aqui vemos o diagnóstico de demência precoce estando relacionado com o descumprimento do papel social da mulher. A nota do HN dizia, também que, caso fosse realmente uma demente precoce, a paciente estaria em fase de remissão, mas o fato é que Serafina permaneceu na assistência psiquiátrica por treze anos, sendo pouco mais de doze anos na colônia, ou seja, não obteve a chamada cura social.

O médico Waldemar de Almeida foi, sem dúvida, um representante do racismo científico, tendo se valido amplamente, na clínica psiquiátrica, da noção de estigmas físicos degenerativos e caracteres étnicos próprios às raças negra e mestiça. Além disso, foi o médico da colônia que mais se engajou com a questão da praxiterapia, buscando que suas observações médicas servissem para distinguir as doentes adaptáveis das inadaptáveis ao trabalho na instituição.

#### **5.2.5. Gustavo de Rezende**

Gustavo Augusto de Rezende nasceu no Rio de Janeiro, em 4 de setembro de 1889, e faleceu na mesma cidade em 8 de setembro de 1966. Casou-se com Lyonisia Goulart de Rezende (-1945) e teve dois filhos, Yeda Rosa de Rezende (1919-2016) e Vicente de Paulo Rezende (1924-). Formou-se em 1915 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com a tese “Subsídios ao estudo das doenças infectocontagiosas no meio escolar”.<sup>1160</sup> Foi, juntamente com Acacio de Araújo, responsável pelas consultas em domicílio da Policlínica dos Subúrbios nos seus dois primeiros anos de funcionamento. Também serviu como assistente de pediatria deste estabelecimento, do início de 1919 a meados de 1927, quando passou a atuar como médico na parte fechada da Colônia de Engenho de Dentro. Em janeiro de 1933, foi readmitido no Ambulatório Rivadávia Corrêa (Policlínica dos Subúrbios), agora como chefe do Serviço de Profilaxia das Doenças Nervosas e Mentais, deixando o cargo em abril de 1936. De 1924 a 1930, consta no *Almanak Laemmert* como assistente interino da Assistência a Alienados do Distrito Federal. Foi professor de Noções Gerais de Psicologia da Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto e de Clínica Psiquiátrica da Escola de Medicina e Cirurgia do Instituto

---

<sup>1160</sup> REZENDE, Gustavo de. *Subsídios ao estudo das doenças infectocontagiosas no meio escolar*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915. Enc. v. 259.

Hahnemanniano. Atuou como médico psiquiatra em Engenho de Dentro até outubro de 1955, quando se aposentou.<sup>1161</sup>

Foi o médico da colônia mais próximo intelectualmente do psicólogo Waclaw Radecki, com quem publicou, em 1926, *Introdução à psicoterapia*, a primeira obra do polonês em terras brasileiras. Em 1929, os dois publicaram “Contribuição psicológica ao estudo da demência precoce”.<sup>1162</sup> Em 1928, no primeiro volume dos *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rezende publicou dois artigos: “Um caso interessante de estupor catatônico” e “Distúrbios mentais na tuberculose”; ainda sobre a tuberculose escreveu em 1932 “A tuberculose como fator disgenizante”. No texto de 1928, apontava a ação nociva da tuberculose no psiquismo;<sup>1163</sup> e no de 1932 acentuava a influência preponderante do terreno, dos temperamentos e da constituição psicopática no tipo esquizofrênico.<sup>1164</sup> Em “Colapsoterapia e desordens mentais” (1946), versava sobre o aparecimento de distúrbios mentais do tipo de síndromes esquizofrênicas em pacientes durante o tratamento da tuberculose pelo pneumotórax. Segundo o médico, o resultado dos exames mostrou que os distúrbios psíquicos refletiam perturbações de ordem endocrínica, metabólica e humoral.<sup>1165</sup>

Em “Um caso interessante de estupor catatônico”, o médico buscava delimitar o quadro mórbido psíquico da demência precoce. Como referência, citava o psiquiatra francês e estudante de Bleuler, Eugene Minkowski (1885-1972). Segundo Rezende, tal como o médico brasileiro Henrique Roxo, Minkowski dava “como característico da demência precoce a perda do contato vital com a realidade”. No artigo, concluiu que a doente S. P. T.<sup>1166</sup>, o caso de estudo, “é um caso de demência precoce de forma catatônica em que houve uma ligação acidental de sífilis nervosa e alcoolismo”.<sup>1167</sup> Neste estudo, através de uma experiência simulada de agressão, Rezende ainda demonstrou que, mesmo

---

<sup>1161</sup> ATOS do presidente da República. *Diário de Notícias*, ano XXVI, n. 10.112, 22 de outubro de 1955, p. 4.

<sup>1162</sup> RADECKI, Waclaw; REZENDE, Gustavo de. Contribuição psicológica ao estudo da demência precoce, 1929.

<sup>1163</sup> REZENDE, Gustavo de. Distúrbios mentais na tuberculose. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1928b, pp. 59-66.

<sup>1164</sup> REZENDE, Gustavo de. A tuberculose como fator disgenizante. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, ano V, n. 2, parte 1, out.-dez. 1932b.

<sup>1165</sup> REZENDE, Gustavo de. Colapsoterapia e desordens mentais. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 2º sem. 1946b, pp. 173-175.

<sup>1166</sup> N. 666, não consta observação. Preta, brasileira, casada, doméstica, 25 anos, diagnosticada no HN com psicose alcoólica. Procedente do 17º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em fevereiro de 1914, sendo transferida para a colônia em setembro desse ano. Faleceu em setembro de 1928 de pielonefrite, uremia.

<sup>1167</sup> REZENDE, Gustavo de. Um caso interessante de estupor catatônico, 1928b, p. 359.

depois de mais de uma década em um estado considerado como demencial, a referida doente se afeiçoava às pessoas que a tratavam diariamente com carinho.<sup>1168</sup> Esse e o trabalho sobre a demência precoce desenvolvido com Radecki foram retomados pelo médico sete anos depois no artigo “As esquizofrenias”, publicado no jornal *Brazil-Médico*. Considerando o experimento acima referido, o médico afirmava que muitos casos de dementes precoces geraram, após décadas, resultados semelhantes quanto à afetividade, o que provava “que a sensibilidade afetiva sendo o lado contínuo da vida psíquica é o último *moriens* dos processos psíquicos”.<sup>1169</sup>

Sobre o trabalho “Contribuição psicológica ao estudo da demência precoce”, mencionava que ele e Radecki, visando a criação de um acordo entre as necessidades psiquiátricas e a interpretação psicológica, adotaram o chamado “discriminacionismo afetivo”. Assim, destacaram dois fenômenos essenciais (“de ruptura afetiva com o ambiente e de restrição da reatividade afetiva aos excitantes externos atuais”) e uma correlação fundamental “entre a afetividade e os processos intelectuais discriminativos realizada pelo mecanismo da atenção espontânea”. A afetividade, de acordo com Rezende, assume “um caráter interno, que se torna um dos fatores principais da predisposição do doente ao autismo: perda do contato vital com a realidade (Minkowski), o que chamamos ‘rompimento progressivo do contato psíquico com a realidade presente’”.<sup>1170</sup>

Segundo Gustavo de Rezende, as doutrinas de Stranky (ataxia entrapsíquica), de Charlin (loucura discordante), de Anglade (dissociação psíquica), de Urstein (desarmonia intrapsíquica), de Bleuler (esquizofrenia), de Wolff (disfrenia), de Evensen (amblitímia ou amblinoia) e de outros autores (demência sejunctiva, dissociativa, dissecante) “assinalam apenas a discordância lógica nas manifestações externas dos sintomas das esquizofrenias”, não fazendo sentido a preocupação dos autores em explicar as modificações intelectuais por um processo básico, uma vez que a distinção das funções psíquicas se baseia em premissas metodológicas. Rezende argumentava que “todos os fenômenos psicológicos têm uma carga afetiva, representativa e ativa, tanto mais que as correlações num organismo vivo representam uma fatalidade vital”. A partir da biologia e da afetividade, ele pensava o intelecto e a vontade. Por isso, segundo ele, as perturbações da atenção (Masselon), o enfraquecimento do *élan* vital (Dide e Guiraud), o relaxamento

---

<sup>1168</sup> REZENDE, Gustavo de. Um caso interessante de estupor catatônico, 1928b, p. 354.

<sup>1169</sup> REZENDE, Gustavo de. As esquizofrenias, 1935, p. 1015.

<sup>1170</sup> REZENDE, Gustavo de. As esquizofrenias, 1935, pp. 1013-1014.



da tensão das associações (Bleuler), o enfraquecimento da apercepção (Weygandt) ou da abstração (Kraepelin), embora fossem conceitos verdadeiros, eram “formulações gerais, sem base nas correlações, podendo ser úteis à clínica, mas não se prestando à análise psicológica”. Rezende apontou ainda que nem as elaborações de Freud sobre regressão narcísica nem a caracterologia de Ernst Kretschmer resolviam o problema; a primeira seria uma teoria parcial e a segunda não explicaria a maioria dos fenômenos. Ao contrário de muitos de seus pares, ele não enfatizava os distúrbios do pensamento em detrimento dos da afetividade, se opondo, como vimos acima, a uma perspectiva intelectualista da doença mental.

Por um lado, via os resultados de pesquisas sobre o lobo pré-frontal como dignos de registro e destacava, por exemplo, que “as lesões desse lobo produzem síndromes que Lhermitte aproxima das síndromes esquizofrênicas: desinteresse, perda da atividade pragmática e do poder de síntese”.<sup>1171</sup> Por outro, sublinhava que, apesar da incerteza que pairava sobre as escolas francesa e alemã (daí os alemães falarem de demência precoce processual e esquizofrenia de estado e criarem o grupo das esquizofrenias), elas pareciam voltar-se então para as perturbações funcionais. O médico argumentava “que se poderia aplicar à psiquiatria a hipótese de que toda a doença tem uma fase silenciosa, que precede a doença do órgão ou uma perturbação de função, que cria pouco a pouco a evolução anormal da vida de um tecido, como muito bem disse René Leriche”; e, por fim, frisava que “em muitos casos isto se dará, outras vezes a lesão precederá”.<sup>1172</sup>

Como vimos, Rezende foi fortemente influenciado pelas leituras de trabalhos do psiquiatra franco-polonês Eugene Minkowski. Nesse sentido, Novella e Huertas assinalam que a primeira concepção de esquizofrenia que, a partir da psicopatologia de inspiração fenomenológica, analisou o mundo interno e a subjetividade esquizofrênica, remonta ao trabalho seminal de Minkowski, em 1927. Segundo os autores,

inspirado no trabalho de Henri Bergson (1859-1941), Minkowski tomou o autismo como o distúrbio fundamental da doença e o definiu como uma “perda de contato vital com a realidade”. Partindo da oposição bergsoniana entre instinto e inteligência, Minkowski pensava que a esquizofrenia, ao contrário de outras formas de insanidade caracterizadas pela deterioração intelectual, implicava antes de tudo um “déficit pragmático” e uma alteração do dinamismo mental derivada de um enfraquecimento do “instinto vital” (*élan vital*) (NOVELLA; HUERTAS, 2010: 210).

---

<sup>1171</sup> REZENDE, Gustavo de. As esquizofrenias, 1935, p. 1015.

<sup>1172</sup> REZENDE, Gustavo de. As esquizofrenias, 1935, p. 1016.

Na década de 1940, Rezende escreveu sobre o tema da agitação, como vemos, por exemplo, nos trabalhos “Tratamento da agitação” (1941) e “A atividade geral ou psicomotora – semi-agitados” (1947). No primeiro, defendia que para a terapêutica da agitação tinha grande importância o conhecimento das influências externas e internas. Para falar das primeiras, citava uma série de autores que advogavam contra a privação de liberdade e aglomeração, como Tanzi e Lugaro, que sublinhavam que na exaltação afetiva (agitação maníaca), “um regime inoportuno de severidade e coação, pode levar à agitação extrema, ao furor”. E também Krafft Ebbing, Kraepelin e Lange, que falavam de artefatos de manicômio, o que era “exatamente a agitação determinada por meios coercitivos”.<sup>1173</sup> Já pensando as influências internas, passava a defender “um tratamento individual”, que, segundo dizia, não era possível promover em uma aglomeração. Para tal, seria preciso limitar o número de doentes para cada médico bem como separar as diversas modalidades de agitação.<sup>1174</sup>

No segundo artigo, Rezende concordava com Arturo Morselli no seu conceito de agitação enquanto aumento da atividade geral produzida por um estado emotivo patológico, mas denominava a agitação automática de agitação emotiva, pois entendia que as emoções eram tendências ao automatismo.<sup>1175</sup> Para o médico, a agitação tinha como origem “um substrato comum por desordens emotivas por desvio das funções orgânicas”.<sup>1176</sup> Referindo-se ao *Tratado de Psicologia*, de Radecki (1929) e à tese *Introdução à Psicoterapia*, escrita pelos dois em 1926, Rezende destacava que “todo processo psíquico começa por um desequilíbrio da evolução orgânica”, havendo, inicialmente, “uma inadaptação momentânea do organismo às condições do ambiente — emoção e, logo em seguida, a volta ao equilíbrio evolutivo — sentimento”. Por esse motivo, segundo o médico, “todo processo afetivo é misto em que o predomínio da emoção é sucedido pelo sentimento”. Dizia que “os processos afetivos são os correlativos psíquicos das variações do ritmo e intensidade do equilíbrio evolutivo. Se essas variações acarretam o desequilíbrio, haverá divergência das tendências afetivas e não haverá possibilidade de cristalização intelectual dessas tendências”; já os sentimentos seriam “acompanhados de tendências coordenadas [acomodadas] e cristalizam-se sob a

---

<sup>1173</sup> REZENDE, Gustavo de. Tratamento da agitação. *Anais da Assistência a Psicopatas*, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1941, pp. 187-188.

<sup>1174</sup> REZENDE, Gustavo de. Tratamento da agitação, 1941, pp. 188-189.

<sup>1175</sup> REZENDE, Gustavo de. A atividade geral ou psicomotora – semi-agitados. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3-4, 1 e 2º sem. 1947, 1950a, p. 44.

<sup>1176</sup> REZENDE, Gustavo de. A atividade geral ou psicomotora – semi-agitados, 1950a, p. 47.

influência do intelecto (constelações intelectuais)".<sup>1177</sup> Essas diferenciações entre afetividade, emotividade e sentimentalidade aparecem em suas observações médicas.

Gustavo de Rezende também se dedicou ao problema da assistência aos alineados. Em um artigo intitulado "A propósito da alta dos internados nos hospitais de psicopatas", publicado em meados de 1934 nos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, chamava a atenção para as reações paradoxais dos parentes em relação aos pacientes, o que, segundo ele, se explicava, "em parte, pela ignorância, em parte, pela personalidade psicopática de alguns membros, ou de toda família".<sup>1178</sup> Nesse sentido, apontava "o amargo viático" que esperava muitos das egressas dos manicômios,<sup>1179</sup> apresentando vinte casos clínicos nos quais se observavam exemplos de maus-tratos infligidos às pacientes por parte de familiares, especialmente do marido; referências à imoralidade e à doença mental dos membros da família e, também, ao costume de recorrer ao espiritismo e práticas de cura exercidas por não médicos para tratar a doença mental. Vale citar todos os casos selecionados pelo médico da colônia:

1º caso — Uma doente de psicose maníaco-depressiva teve alta por exigência do marido, que a julgava curada. Três dias depois, a paciente voltava ao manicômio com equimoses produzidas por pancadas, que lhe dera o marido para a corrigir de sua excitação à noite.

2º caso — Uma senhora já idosa, que apresentara um delírio episódico, foi retirada do hospital pela sua filha. Alguns meses depois foi reinternada, com seu estado agravado por uma infecção gonocócica.

3º caso — Uma internada por esquizofrenia e portadora de uma ancilostomose foi retirada pelo seu marido, que fazia questão de tê-la em casa. Dias depois a pobre senhora voltava em estado lastimável, porque seu marido lhe dera uma formidável surra para remover o seu autismo.

4º caso — Uma moça epiléptica teve alta por exigência de sua mãe. Foi levada à Santa do Coqueiro e até hoje continua a tratar-se pelo espiritismo, apesar da persistência dos ataques.

5º caso — Uma outra epiléptica foi retirada pelos seus parentes para ser submetida aos passes e chás do curandeiro.

6º caso — Uma moça esquizofrênica foi retirada pela sua genitora. Em casa, a própria mãe e as irmãs da moça maltratavam-na, fazendo-a passar privações, sob a alegação de que louco não merece consideração.

7º caso — Uma outra esquizofrênica foi retirada do manicômio pela sua mãe, que era também psicopata com acentuada constituição paranoica. Em constante conflito, as duas levam a vida perambulando à mercê da sorte.

8º caso — Uma moça débil mental, que tinha sido internada por ter tido uma crise de depressão melancólica traduzindo um estado atípico de

---

<sup>1177</sup> REZENDE, Gustavo de. A atividade geral ou psicomotora – semi-agitados, 1950a, p. 44.

<sup>1178</sup> REZENDE, Gustavo de. A propósito da alta dos internados nos hospitais de psicopatas. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 1934b, p. 223.

<sup>1179</sup> REZENDE. Patronato dos egressos dos manicômios, 1946a, p. 20.

degeneração, foi retirada do manicômio para se casar. Um mês depois foi reinternada com outra crise de depressão.

9º caso — Muitas ciclofrênicas são retiradas pelos respectivos maridos e depois voltam ao manicômio em estado de gravidez e com sua psicose agravada.

10º caso — Uma doente esquizofrênica foi retirada pelo marido, que a mantém em custódia, alegando não poder ter outra mulher senão aquela que adorava.

11º caso — Iguais a esse último caso poderíamos enumerar muitos. Trata-se de maridos débeis mentais com taras degenerativas.

12º caso — Muitas doentes são retiradas pelos maridos, que depois as trazem com doenças venéreas.

13º caso — Um caso que merece ser assinalado é de uma pobre velha que, em período de remissão de psicose periódica, foi retirada por uma de suas filhas. Chegando em casa recebeu a notícia de que a filha mais moça fora desonrada; foi testemunha de cenas desagradáveis entre uma filha e o marido e finalmente teve o desprezo das outras filhas casadas, que procuraram ocultá-la dos maridos. A pobre mãe teve um verdadeiro traumatismo moral, caindo em tal depressão que não mais se alimentou vindo a morrer de inanição, não obstante as injeções de soro e a alimentação artificial a que foi submetida. (Era acometida de colapsos no ato da alimentação pela sonda).

14º caso — Uma senhora internada com o diagnóstico de psicose maníaco depressiva foi retirada, em período de remissão, por uma das filhas. Tempos depois voltou ao manicômio em grande depressão, por ter verificado que todas as suas filhas eram prostitutas. Ainda assim, teve uma expressão piedosa: “São filhas sem mãe”.

15º caso — Uma doente de psicose periódica, que recuperara a razão, foi retirada pelo marido. Voltou novamente ao manicômio, pois não quis submeter-se à vontade do marido de que ela vivesse em companhia da amante.

16º caso — Uma outra internada com psicose maníaco depressiva tinha uns acessos de mania ou melancolia em razão de o marido levá-la, contra a sua vontade, às macumbas.

17º caso — Cumpre-nos ainda assinalar os casos tristes de maridos alcoolistas, que tiram as suas esposas internadas e em casa dão-lhes também bebidas alcoólicas.

18º caso — Uma doente imbecil foi retirada por sua mãe francamente psicopata para andar mendigando.

19º caso — Uma epiléptica foi retirada do manicômio por sua mãe para amasiá-la com um rapaz que se agradara da moça.

20º caso — Uma psicopata já idosa foi retirada por uma outra irmã também já idosa. Em casa foi tal o conflito que a irmã aparentemente boa teve de ser internada.<sup>1180</sup>

Complementando o que foi dito antes sobre o espiritismo, Rezende dizia que, infelizmente, o baixo espiritismo tinha muitos adeptos, e o pior era que esse espiritismo ignorante, que olhava a loucura pelo prisma de uma mediunidade em pessoas obsedadas

---

<sup>1180</sup> REZENDE, Gustavo de. A propósito da alta dos internados nos hospitais de psicopatas, 1934b, pp. 223-225; Patronato dos egressos dos manicômios, 1946a, pp. 20-21.

por maus espíritos, atrapalhava não só o tratamento iniciado, mas também impedia o tratamento adequado.<sup>1181</sup>

Segundo Rezende, o ciclo de assistência aos insanos iniciado com Pinel só se completou em 1864, “com o princípio do movimento de proteção aos egressos dos manicômios estabelecido por J. P. Falret”,<sup>1182</sup> uma vez que muitos eram os casos de pacientes abandonados pela família, que não tinham parentes ou, ainda, que simplesmente não queriam viver na companhia dos pais. O médico explicava detalhadamente a razão pela qual diversos tipos de doentes mentais se tornavam indesejáveis na família e acabavam soltos, vivendo “alternativamente em casa dos patrões ou da família e nas ruas, onde se entregam à mendicância ou ao vício da embriaguez”. As mulheres, segundo Rezende, “pagam maior tributo, tornando-se presas de desalmados que as deixam contaminadas e grávidas”.

Outros infelizes, que têm quase a mesma sorte, são oligofrênicos. Se são idiotas, confrangem o coração e esgotam a paciência e as forças dos que deles tratam. Se são imbecis, irritam a maioria, vagueiam pelas ruas, fugidos dos manicômios ou expulsos da própria casa, como poderia citar fatos do meu conhecimento.

Os débeis mentais sofrem o suplício de Tântalo de não conseguir mitigar a sede de desejos que os devora.

Vêm a seguir os epiléticos, que, em suas convulsões, causam pena e pavor e que, fora dos acessos, não raro, se tomam indesejáveis pela sua irritabilidade constante.

Os ciclofrênicos, (periódicos, maníaco depressivos), além dos períodos de excitação e depressão, estão sempre expostos ao meio, que os intoxica, porque, em regra, não lhes é adaptado.

Os esquizofrênicos, desgostosos de tudo, não podem ser suportados, porque se tornam hostis às pessoas que lhes são caras e estendem seu desgosto aos que com eles convivem.

Os parafrênicos exasperam os parentes e amigos e são perigosos nos temas de suas ideias delirantes.

Os alcoolistas no terror dos seus perseguidores ou pela falta de moral dificilmente são tolerados pelos seus.

Os nevrosados, vítimas dos entorpecentes, são nômades em busca do veneno, que lhes dá prazer e constituem objeto de preocupação da polícia que sai em seu encalço, na esperança de coibir o abuso.

As psicopatias agudas por processos toxi-infecciosos são, a princípio, tratadas nos serviços abertos, onde há possibilidade de que seja removida a causa e restituído o seu equilíbrio orgânico e mental. Mas nem sempre assim sucede. São frequentes os casos em que tais processos toxi-infecciosos são apenas intercorrências em outras psicoses.

---

<sup>1181</sup> REZENDE, Gustavo de. A propósito da alta dos internados nos hospitais de psicopatas, 1934b, pp. 222-223.

<sup>1182</sup> REZENDE, Gustavo de. Patronato dos egressos dos manicômios, 1946a, p. 20.

Finalmente, as demências orgânicas dissipam as finanças, as forças e a paciência dos parentes que, baldados todos os meios, são obrigados a internar seus entes queridos num manicômio de indigentes.

É assim a tragédia de nossos irmãos insanos. Põe à prova a maior afeição, demonstra a relatividade dos sentimentos mais elevados, resiste a todos os recursos e, o que é mais, transforma os incuráveis em parêntesis e os curados em um ponto de interrogação, que sempre dura.<sup>1183</sup>

Além disso, segundo ele, existia “a categoria de pacientes melhorados que temem a volta do mal e preferem não sair” da instituição:

Alguns pedem para permanecer como doentes, alegando não ter mais coragem de recomeçar a vida ou ter receio de não mais se readaptar. Acresce o perigo de serem retirados do hospital para serem imolados pelos parentes também psicopatas, ou explorados por pessoas sem escrúpulo.<sup>1184</sup>

Como se nota em seus escritos, Rezende entendia que a reintegração na sociedade de indivíduos com doenças mentais não poderia passar, na maioria dos casos, pelo retorno para a família de origem, e nesse sentido, advogou a favor da Assistência Heterofamiliar (inclusive atuou como encarregado dessa assistência e escreveu um dos textos mais completos sobre a experiência de Engenho de Dentro,<sup>1185</sup> como vimos no capítulo 3) e do patronato de egressos dos manicômios.

O patronato, na sua opinião, “impediria ou pelo menos diminuiria consideravelmente a reinternação de muitos egressos de formas esquizofrênicas, periódica e principalmente os da rubrica de estado atípico de degeneração, personalidade psicopática”, “nomes vagos” que, para o médico, englobavam, ao fim e ao cabo, “as formas nosológicas mais disparatadas como oligofrênicos, esquizofrênicos latentes, hipomaníacos, deprimidos e até mesmo epiléticos larvados”:<sup>1186</sup>

Amparados no meio social, certos de que teriam sempre assistência moral e econômica sob todos os seus aspectos, esses indivíduos sentiriam renascer a esperança e com ela a coragem de viver.<sup>1187</sup>

Podemos dizer que Gustavo de Rezende apropriou-se das ideias de Minkowski. Mas sua obra parece marcada, especialmente, pelo sistema teórico do discriminacionismo afetivo, desenvolvido no início de sua carreira junto com o psicólogo Radecki e mobilizado, como vimos, até a década de 1940.

---

<sup>1183</sup> REZENDE, Gustavo de. Patronato dos egressos dos manicômios, 1946a, pp. 22-23.

<sup>1184</sup> REZENDE, Gustavo de. Patronato dos egressos dos manicômios, 1946a, pp. 23-24.

<sup>1185</sup> REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar na Colônia de Psicopatas..., 1932a.

<sup>1186</sup> REZENDE, Gustavo de. Patronato dos egressos dos manicômios, 1946a, p. 24.

<sup>1187</sup> *Idem*.

Nas observações realizadas por Rezende, encontramos muitas das noções presentes em sua produção teórica, como, por exemplo, afetividade, emotividade, sentimentalidade, vontade, iniciativa, decisão, convencimento e eficiência. Olhava a doença mental do ponto de vista da transformação da afetividade e de seus correlatos psíquicos, como intelecto e vontade. Os fenômenos observados na demência precoce, no âmbito do discriminacionismo afetivo, aparecem em suas observações em pacientes com os mais variados diagnósticos. Não usava a noção de degeneração para caracterizar as pacientes, mas tecia comentários mais racializados no campo da troficidade, como “pele preta própria da raça assim como o cabelo”. Ele descrevia a pele, os dentes, o cabelo, a quantidade de pelos no corpo, o tecido celular subcutâneo e a musculatura das pacientes. Também costumava indicar as lesões de sarna das pacientes enviadas pelo HN (as informações dos livros de observação da colônia sugerem que houve um surto de sarna na colônia em 1922, o que, por sua vez, aponta para uma superlotação e problemas de higiene na instituição). Rezende destacava que muitas pacientes, apesar de terem frequentado a escola, não conseguiram aprender a ler, escrever e realizar as quatro operações, observações que estavam a par da crescente preocupação com o papel da escola na educação de crianças “ditas anormais”. No texto de 1932 sobre a Assistência Heterofamiliar, ele, inclusive, cita o projeto de expansão da colônia para a criação num futuro próximo “de uma colônia familiar com ruas e praças onde serão edificadas ‘bungalows’ e uma escola para educação dos retardados”.<sup>1188</sup>

Quanto ao tema do trabalho, bastante central nas observações do médico que o precedeu, Waldemar de Almeida, perdeu espaço para a questão da afetividade/sexualidade. Rezende, ao avaliar a afetividade das pacientes, não deixava de sugerir que o lugar da mulher era o lar e sua função, a maternidade. Assim, avaliou uma paciente que dizia que “seu único prazer é estar entre os seus filhos” como tendo a “afetividade presente em alto grau”.<sup>1189</sup> A perda de afetividade em relação aos pais, ao marido e, principalmente, aos filhos era vista como um sério desvio. No tocante à sexualidade, buscava verificar se o sentimento de pudor das pacientes era verdadeiro ou falso. Referir-se à condição de amasiada ou a um segundo casamento, a relações sexuais e amorosas, a abortos ou mesmo ao órgão sexual feminino podia configurar falta de pudor e/ou uma ideia erótica; Rezende observou ideias eróticas tanto nos delírios e alucinações como nas práticas cotidianas das pacientes.

---

<sup>1188</sup> REZENDE, Gustavo de. Assistência Heterofamiliar na Colônia de Psicopatas..., 1932a, p.135.

<sup>1189</sup> N. 218, Livro 1 de Observação.

O último médico observador da colônia analisado se propunha, na clínica, a fazer uma análise psicológica das pacientes centrada na afetividade, com ênfase na subjetividade destas. Assim, foi o médico que mais observou o papel da família na internação psiquiátrica e, também, relatos de violência doméstica por parte das pacientes. Antes dele, esta violência aparecia, em geral, no campo troficidade, como marcas físicas de violência no corpo, sendo raramente focalizados processos emocionais e psicológicos. Nesse sentido, as historiadoras Lana Lage e Maria Beatriz Nader destacam que “na história do Brasil, durante muito tempo, a violência sofrida pelas mulheres não era considerada um problema social que exigisse a intervenção do Estado, pelo fato de ocorrer, sobretudo, no espaço doméstico e em meio a relações conjugais e familiares”, ou seja, a violência contra a mulher era considerada como questão de ordem privada (LAGE; NADER, 2013: 287). Nas observações realizadas por Rezende, os efeitos psicológicos da violência doméstica se apresentavam principalmente sob a forma de ambivalência afetiva e intelectual. O termo ambivalência foi usado pela primeira vez em 1911 por Bleuler para caracterizar um dos sintomas fundamentais da esquizofrenia, a coexistência de opiniões, sentimentos ou atitudes contraditórias. Rezende, no entanto, observou sentimentos de ambivalência em pacientes maníaco-depressivas com histórico de violência doméstica, como no caso de uma paciente que dizia gostar e desgostar do marido (ambivalência afetiva) e que o chamava ao mesmo tempo de anjo e defunto (ambivalência intelectual).<sup>1190</sup> É necessário destacar que tomamos os relatos de violências domésticas das pacientes não como um discurso delirante ou irracional, mas como uma realidade traumática.

Assim, passamos a analisar as histórias clínicas de onze pacientes observadas na colônia por Gustavo de Rezende. Os diagnósticos dessas pacientes foram loucura/psicose maníaco-depressiva (sete), psicose periódica (uma), parafrenia (duas) e esquizofrenia (uma). Dessas pacientes, nove eram brancas e uma parda. Vale dizer que a violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo marido ou companheiro foi observada, sobretudo, nas pacientes brancas. A mulher negra, como vimos no capítulo anterior, foi menos internada do que a branca por seus familiares, o que se relaciona ao fato de que muito mais mulheres negras “viviam em lares sem presença masculina, chefiando a casa e providenciando o sustento dos seus” (NEPOMUCENO, 2013: 383). Porém, a violência doméstica, de um modo geral, afetou mulheres de todas as cores, classes e etnias.

---

<sup>1190</sup> N. 2.624, Livro 23 de Observação.



O primeiro caso é o de uma paciente que sofria violência doméstica e foi classificada como ambivalente pelo médico. Olinda da Silva<sup>1191</sup> (branca, brasileira, casada, doméstica, 35 anos, diagnosticada com psicose maniaco-depressiva) relatou a Gustavo de Rezende que tinha pais falecidos e seis irmãos (três mulheres e três homens); uma irmã foi vítima da gripe epidêmica e um irmão se suicidou. Contou que aprendeu a ler e escrever durante o tempo em que frequentou colégios, que menstruou pela primeira vez aos 14 anos e sete anos depois se casou, não tendo filhos porque evitava engravidar. Ainda segundo o registro médico, a paciente “era de gênio alegre; seus sofrimentos morais só começaram depois do casamento, porque seu marido era ciumento e dava-lhe pancadas. Ultimamente frequentou sessões espíritas e daí por diante começou a manifestar-se e a adivinhar pelo que foi internada no Hospital Nacional”. Cumpre destacar que Olinda foi uma das poucas mulheres que assumiu lançar mão de algum método contraceptivo. Carla Pinsky aponta que, “em se tratando de mulheres casadas, não querer engravidar é quase um ultraje” (PINSKY, 2013).

Apesar da paciente não saber explicar, segundo o médico, a razão de sua doença atual, os seus relatos eram atravessados por episódios de violência doméstica, física e psicológica. No exame direto, o médico apontou o seguinte:

Apresenta-se agitada, falando muito, gesticulando, proferindo obscenidades. Desorientada no tempo e orientada no meio. Atenção móvel, os processos associativos se fazem rapidamente, com fuga de ideias, às vezes incoerência. Memória lacunosa para os fatos antigos e recentes. Juízo e raciocínio estão perturbados. Notam-se ideias persecutória e de grandeza; diz ser rica e ao mesmo tempo afirma que está cansada de ter trabalhado de enxada e ter passado fome.

Refere-se ao marido com queixas e recriminações. Está desgraçada por causa dele que a espancava, não por maldade, mas por ciúme. Seu marido tinha amantes, a deixou passar por privações, dava-lhe bordoadas, mas não era mau pois lhe pedia perdão e lhe fazia carinho. Além disso seu marido sofreu influência de feiticeiros. Nesta colônia há feiticeiras que querem matar a sua irmã para se casarem com seu cunhado e por isso a paciente foi perseguida e agredida. No Hospital Nacional foi vítima do diabo que punha o grande [fedortinho?] nas suas partes íntimas. A sua ambivalência intelectual parece evidenciar-se nas suas afirmações que se contradizem, como por exemplo que seu marido é perverso, mas é bom.

Afetividade traduz suas perturbações na grande emotividade, na ambivalência afetiva, na sentimentalidade modificada. Gosta muito do marido, mas por ele ter amantes prefere deixá-lo e quisera nunca ter se

---

<sup>1191</sup> N. 2.391, Livro 21 de Observação. Procedente do 23º DP, ingressou no hospício em 15 de junho de 1931, sendo enviada para a colônia oito dias depois. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico desfavorável. Permaneceu na colônia pouco mais de três anos. Obteve três licenças de doze meses, em abril de 1932, fevereiro de 1933 e julho de 1933. Regressou das duas primeiras, respectivamente, em novembro de 1932 e abril de 1933. Foi eliminada em setembro de 1935 por não retornar de uma prorrogação de licença obtida em julho de 1934.

casado com ele. Tem um primo a quem quer muito bem, mas logo que sair da colônia vai enchê-lo de sapatos.  
Vontade fraca, não tem iniciativa, é impulsiva, tem estereótipias de movimento e linguagem.

Gustavo de Rezende identificou nessa paciente uma ambivalência afetiva e também intelectual, evidenciada em representações e afetos que se contradiziam. Olinda se queixava do marido, mas, em seguida, justificava as agressões sofridas, alegando que ele não fazia por maldade mas por ciúme, e avaliava sua situação miserável como originada por perseguições de feiticeiros e, por fim, do diabo. A partir da fala da paciente de que, durante sua estadia no HN, o diabo havia introduzido um objeto em sua vagina, pode-se imaginar que ela se sentia completamente invadida e alterada em razão dos maus-tratos impostos pelo marido. Olinda oscilava entre a desidentificação com o seu agressor e a manutenção do vínculo com ele, atribuindo a causa dos seus males, nesse último caso, à ação de forças ocultas. No entanto, a ambivalência apresentada pela paciente não deixava de ser uma tentativa de sair da situação de violência doméstica.

Fabrice Virgili aponta que a finalidade da violência conjugal dos homens em relação às mulheres é “para se certificar de seu poder, da sua virilidade, para provar para si mesmo o seu poder” (VIRGILI, 2013: 97). Segundo Virgili, é a partir de um triplo temor que a angústia do homem em relação à infidelidade de sua companheira se delineia: “medo da derrota em proveito de um rival, medo da perda da posse de ‘sua’ mulher e, enfim, medo da perda do controle da filiação da progênie” (p. 88). A infidelidade da esposa (real ou suposta) era, muitas vezes, “uma desculpa para o comportamento masculino, um pretexto para o exercício violento da sua dominação. O dinheiro, o álcool e a casa constituíam o triângulo da submissão” (p. 89). Sobre a invisibilidade da violência conjugal, a autora destaca que “fazer conhecer ao meio o que se suporta não depende unicamente da sua própria vontade” e que, além disso, “todas as violências do cônjuge contra a sua mulher não eram originalmente consideradas como vergonhosas” (p. 93), de modo que “a ambivalência dos protagonistas sublinha o quanto a fronteira entre o privado e o público, o legítimo e o inaceitável era incerta”. Esse último trecho é especialmente interessante para a análise da relação entre ambivalência e violência doméstica na clínica. Conforme explica a autora, ao longo do século XX conviveram lado a lado duas percepções do uso pelos homens de sua força no espaço privado: “inicialmente compreensivo, o olhar se fez lentamente reprovador. Do castigo, sinal da potência, passava-se à violenta manifestação da impotência” (pp. 96-97).

Outra paciente que foi vista como um pouco ambivalente por Gustavo de Rezende era Anna Teixeira<sup>1192</sup> (branca, portuguesa, casada, doméstica, 51 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva; a mãe morta de parto e o pai de úlcera no estômago). Na observação, ela contou a Rezende que se casou, em Portugal, aos 18 anos de idade, tendo dois filhos (um dos quais já falecido). Sobre a sua doença atual, informou que “foi causada pelo grande desgosto de ver o desprezo do seu marido que chegava em casa fora de horas, além do susto que tinha que lhe acontecesse alguma coisa de mal na rua”. A partir desse momento, “caiu numa grande tristeza e o seu marido passou a receá-la, pelo que foi internada no Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava calma, orientada (meio e tempo), com atenção boa e associação de ideias regular; lembrava-se bem dos fatos e sua inteligência era viva, “tendo raciocínio muito sensato, fazendo juízos regulares”. Mas se achava emotiva, “tendo, por vezes, crises de choro, dizendo-se infeliz por ter ficado 17 anos separada do seu marido e ter sido internada num hospital quando viera para o Brasil reunir-se a ele”. Tinha ideias persecutórias, “atribuindo o seu mal em parte a uma empregada que vivia fazendo intrigas em sua casa, logo depois corrige as suas ideias, afirmando que os múltiplos desgostos da ausência e depois do desprezo de seu marido foram a verdadeira causa de seu nervoso atual”, e a afetividade presente, “asseverando-nos a doente que só o seu grande amor pelo marido lhe dá coragem para sofrer”. Como vimos, Anna, que veio encontrar o marido no Brasil após dezessete anos de afastamento, oscilava entre reconhecer e negar a violência doméstica experimentada. Além de vivenciar a questão do desterramento, essa portuguesa sofreu com a ausência e o desprezo do marido; permaneceu em torno de sete anos na assistência psiquiátrica, sendo cinco anos na colônia. Foi transferida para o HN em 31 de maio de 1932, por não ser adaptável ao regime colonial. De acordo com informações colhidas no site *Family Search*, ela faleceu no HN no dia 14 de maio de 1933.

O terceiro caso é o de uma paciente com histórico de violência sexual e doméstica que, assim como Olinda da Silva, falava em feitiçaria. Giovanna Monteforte<sup>1193</sup> (branca, italiana, casada, doméstica, 40 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva; pais falecidos, a mãe vítima de um acidente) foi observada por Gustavo de Rezende, a quem

---

<sup>1192</sup> N. 2.026, Livro 17 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 14º DP. Ingressou no HN em outubro de 1925, sendo enviada para a colônia em junho de 1927; obteve uma licença em agosto de 1927, regressou em fevereiro de 1928. Trabalhava na costura, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

<sup>1193</sup> N. 1.795, Livro 15 de Observação. Procedente do 14º DP e internada pela RCP. Ingressou no HN em 12 de março de 1923, sendo enviada para a colônia 43 dias depois. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável.

contou “que a sua doença começou por hemorragia e tonturas que ela atribui à feitiçaria feita por uma família que queria acabar com ela”. Disse ainda ao médico que “casou-se aos 13 anos de idade com um indivíduo que antes tinha abusado da sua honra e que era de péssimos costumes, desde esta ocasião passou uma vida de martírio, sofrendo pancadas e as maiores injúrias da parte de seu marido, que se entregava ao vício da embriaguez”. Do seu matrimônio houve quatro filhos e um aborto. É provável que a família da paciente tenha aceitado ou buscado fazer com que Giovanna se cassasse com seu abusador como forma de reparação do “defloramento”.<sup>1194</sup> O marido da paciente mergulhava na bebida e espancava-a, mas Giovanna acreditava que sua doença havia começado por hemorragia e tonturas, ou seja, por um desequilíbrio orgânico, causado, no entanto, por feitiçaria. Como muitas pacientes com histórias de violência doméstica, ela procurava, em certo sentido, fora de sua vida conjugal e familiar o motivo para o seu adoecimento psíquico. Ela permaneceu na colônia 74 dias, sendo eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de seis meses obtida em julho de 1923.

O quarto caso é o de mais uma paciente que sofreu violência doméstica e ainda foi marcada dolorosamente por um puerpério difícil. Fátima Nadir<sup>1195</sup> (branca, brasileira, casada, 23 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva) foi observada por Rezende, a quem contou “que seus pais são falecidos. Seu pai abusava de bebidas alcoólicas”. Menstruou pela primeira vez aos 14 anos e casou-se aos 18, tendo três filhos. “Após o último parto ficou meio fraca por ter amamentado o seu filho dia e noite e ainda mais por já sofrer de anemia em virtude de ter *taenia solium*. A doente atribui o seu mal aos aborrecimentos que se davam com marido, que até lhe dava pancadas”. Disse ainda ao médico que sua doença atual começou “por ciúmes do seu marido e dali por diante começou a piorar do seu estado mental, pelo que foi internada no Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava alegre, falando muito e

---

<sup>1194</sup> Sueann Caulfield indica que houve uma redução dramática, em relação ao código de 1830, da diferenciação entre ofensas sexuais cometidas com ou sem o emprego da força, mas que, no entanto, os críticos do código de 1890 pouco comentaram sobre o assunto. Segundo a autora, alguns especialistas, como Agostinho J. de Souza Lima, “achavam que o ponto-chave não era a possível violência do crime, e sim o resultado: como o defloramento causava um dano físico e moral irreparável, ele deveria ser punido com uma pena maior que a do estupro” (CAULFIELD, 2000: 82). Porém, enquanto muitos juristas concluíam que as penas, principalmente para o defloramento, eram muito brandas, “quase todos defendiam a medida que perdoava os homens que se casassem com sua vítima” (p. 82). O compromisso dos juristas era antes com a proteção da honra da família do que com a liberdade individual (CAULFIELD, 2000: 81-82).

<sup>1195</sup> N. 1.927, Livro 16 de Observação. Procedeu e foi internada pela delegacia do 20º DP. Ingressou no HN em agosto de 1925, sendo enviada para a colônia em outubro deste ano. Obteve licenças de seis meses em fevereiro, em abril e em julho de 1926, regressando, no entanto, cinco, 34 e 21 dias depois. Não trabalhava, o tratamento foi a clinoterapia e o prognóstico, desfavorável.

desorientada (meio e tempo). Tinha a memória lacunosa e ideias de ciúmes, “dizendo-se enganada pelo seu marido que era um conquistador e mau para ela. Diz que conversa com os passarinhos que chegavam junto dela e dizem: ‘Como vai, Fátima?’”. A afetividade se achava presente: “deseja ver seus filhinhos, diz ter saudade deles e acha impossível que haja quem não goste de seus filhos”. Na população da Colônia de Engenho de Dentro, era significativa a quantidade de pacientes, no puerpério, enfraquecidas por doenças ou físicas e mentalmente esgotadas, internadas com o diagnóstico de maníaco-depressivas. Eram mulheres pobres e, muitas vezes, em situação de violência doméstica. Hilary Marland aponta que as mulheres que sofriam de insanidade puerperal foram descritas como mal-nutridas e maltratadas pelas experiências da gravidez e da maternidade. O aparecimento da insanidade puerperal estava ligado ainda à pobreza, à morte e à violência doméstica (MARLAND, 2012: 83). Sobre as ideias de ciúme da paciente, vale perceber que a fidelidade do esposo não era contrapartida da fidelidade da mulher, “esta sim obrigatória” (PINSKY, 2013: 487). Além disso, “se demonstra ciúmes, levanta suspeitas, questiona ou reclama, a mulher corre o risco de ser abandonada – o pior que pode lhe acontecer”. Segundo o pensamento da época, uma “‘boa esposa’ procura manter seu homem com muito afeto e pequenos truques femininos para reconquistá-lo e afastar o pesadelo das amantes” (PINSKY, 2013: 489). O sentimento de solidão dessa paciente que conversava com passarinhos é palpável. Ela permaneceu na colônia, a princípio, pouco mais de um ano, sendo eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma licença de seis meses obtida em novembro de 1926.

O quinto caso selecionado é o de uma mulher que foi esterilizada a mando do marido. Luiza Borges<sup>1196</sup> (branca, brasileira, casada, doméstica, 31 anos, diagnosticada com loucura maníaco-depressiva) informou a Rezende que sua mãe era morta de parto e seu pai, vivo. Contou ainda que menstruou aos 17 anos e se casou pouco tempo depois, tendo quatro filhos; “não concebeu mais porque seu marido mandou esterilizá-la. A sua doença atual data da gripe epidêmica, fazendo daí por diante uma série de atos disparatados”. De acordo com a pesquisadora Fabiola Rohden, a realização dessas esterilizações a pedido de maridos foi bastante comum em consultórios ginecológicos, sobretudo nas décadas de 1930 e 1940. As esterilizações eram realizadas por meio da extração do útero (histerectomia) e/ou dos ovários (ovariectomia), e revelam o poder do

---

<sup>1196</sup> N. 1.878, Livro 15 de Observação. Foi admitida com autorização do diretor-geral. Ingressou no HN e na colônia em 20 de outubro de 1924. Trabalhava na costura, o tratamento foi balneoterapia e clinoterapia e o prognóstico, desfavorável.

marido sobre o corpo e a vida da mulher (ROHDEN, 2001: 35). No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava orientada (meio e tempo) e “um pouco agitada, falando muito, gesticulando e rindo”. Lembrava-se bem dos fatos, tinha ideias eróticas, “falando coisas imorais e fingindo pudor, escondendo o rosto entre as mãos”, e a afetividade presente, “fala bem de seus filhos, repetindo o nome de cada um deles”. Ela obteve licenças em dezembro de 1924, maio e junho de 1925 e março de 1926, sendo eliminada do quadro de pacientes em outubro de 1926 por não regressar da última licença. Permaneceu, assim, um ano e quatro meses na colônia.

O sexto caso é o de uma paciente matriculada como casada, mas que, na verdade, se encontrava separada do marido, onde vemos também o tema da suspensão da menstruação. Lídia Gouveia<sup>1197</sup> (branca, brasileira, doméstica, 37 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva) informou a Rezende “que seu pai faleceu de doença do coração e sua mãe morreu em consequência de uma infecção disentérica. Eram 7 irmãos: 4 homens e 3 mulheres, sendo que 2 de seus irmãos faleceram de tuberculose pulmonar”. Menstruou pela primeira vez aos 11 anos e casou-se aos 27, tendo um filho, “pois um ano após o seu casamento teve que se separar do marido que não gostava de trabalhar e ainda queria agredi-la. Passou então a residir na casa dos irmãos e vivia trabalhando numa oficina de costuras”. Em meados de 1928, “teve uma suspensão e sentiu-se perturbada da cabeça, pelo que foi internada no Hospital Nacional”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava calma, orientada (meio e tempo), com a atenção e associação de ideias boas. Lembrava-se dos fatos antigos e recentes, não tinha perturbações psicossensoriais, mas, durante o interrogatório, revelou distúrbios do juízo e do raciocínio. Tinha ideias persecutórias e melancólicas, a afetividade presente, dizendo ter saudade do filho falecido, e a vontade diminuída, “notando-se indecisão dos seus atos, permanecendo inativa nesta colônia desde a sua chegada”.

Parece que Lídia teria instado o companheiro a cumprir suas obrigações familiares, o que teria sido suficiente para irritá-lo e predispô-lo a reagir violentamente contra a mulher. Apesar da paciente afirmar que o marido não gostava de trabalhar, é preciso considerar também que o homem pobre, por suas condições concretas de existência, estava, muitas vezes, longe de poder assumir o papel de mantenedor e, assim,

---

<sup>1197</sup> N. 2.148, Livro 18 de Observação. Procedente do 14º DP e internada provavelmente pela RCP. Ingressou no HN em junho de 1928, sendo transferida para a colônia em outubro do mesmo ano. Obteve seis licenças de doze meses de março de 1929 a maio de 1934. Não trabalhava e o tratamento foi o *open-door*.

também, de exercer um poder ilimitado. Conforme explica Rachel Soihet, sofrendo a influência dos padrões culturais e lidando na prática com a “resistência de sua companheira a seus laivos de tirania”, o homem das camadas populares era acometido pela insegurança, de modo que a violência tinha origem na “sua incapacidade de exercer o poder irrestrito sobre a mulher, sendo antes uma demonstração de fraqueza e impotência do que de força e poder” (SOIHET, 2004: 370). Soma-se a isso o fato de que “desprovidos de poder e de autoridade no espaço público – no trabalho e na política –, seria assegurado o exercício no espaço privado, ou seja, na casa e sobre a família”. Mas, ao contrário do que comumente se via, muitas mulheres lutaram contra os maus-tratos de seus companheiros, contradizendo os estereótipos correntes de que elas se mantinham sempre submissas (p. 370). Este parece ter sido o caso de Lídia, que não permaneceu passiva e dependente do marido; pelo contrário, buscou guarida na casa dos irmãos e se manteve, a partir de então, trabalhando como costureira. Conforme aponta Fabrice Virgili, “o apelo aos vizinhos ou à família não era sempre vão, a separação com ou sem os filhos oferecia não somente uma fuga, mas um meio de pressão que mostra aos olhos de todos a incapacidade do marido para assumir o seu papel de chefe de família” (VIRGILI, 2013: 105). Ao se valer de pressupostos estabelecidos pela ordem hegemonicamente burguesa e masculina, alegando que teve de se separar do marido que, além de não gostar de trabalhar, a agredia, Lídia refreava o estereótipo de separada. Apesar do histórico de violência e da perda de seu único filho, a paciente relacionava a sua perturbação mental diretamente à suspensão da menstruação. Ela permaneceu, a princípio, mais de nove anos na colônia, sendo transferida para o HN em março de 1938 (transferência assinada pelo Dr. Robalinho).

O sétimo caso envolve conflitos conjugais por motivos de ciúmes por parte do marido e o tema da suspensão da menstruação. Maria Emiliana Fernandes<sup>1198</sup> (branca, brasileira, casada, doméstica, 29 anos, diagnosticada com esquizofrenia; tinha pais e uma irmã vivos e fortes) contou a Rezende que menstruou pela primeira vez aos 13 anos e se casou aos 25 anos de idade, não tendo filhos. “Seu marido era muito ciumento, de modo que havia rixas constantes em casa, sendo que em uma das vezes, se aborreceu muito e como se achava no começo do período catamenial teve uma suspensão, de que resultaram as perturbações mentais”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava calma, orientada (tempo e meio), com atenção regular e associação lenta de

---

<sup>1198</sup> N. 2.230, livro 19 de Observação. Procedeu do 22º DP e foi, provavelmente, internada pela RCP. Ingressou no HN em 19 de agosto de 1929, sendo enviada para a colônia em 7 de setembro do mesmo ano.

ideias. Lembrava-se mal dos fatos ocorridos durante o período agudo de sua doença, mas conservava as lembranças de fatos antigos e recentes. O juízo e o raciocínio ressentiam-se “da falta de criticismo e perda de autocrítica”. Tinha a afetividade presente (“conservando os sentimentos familiares, sociais e religiosos”) e a vontade fraca. As pacientes internadas na colônia perceberam e sentiram, em muitos casos, o seu enlouquecimento como resultante da suspensão da menstruação. Isso não evitava que algumas delas ligassem tal suspensão aos seus dissabores. Maria Emiliana, por exemplo, associava o seu adoecimento ao ambiente hostil de sua casa. Ela permaneceu na colônia, a princípio, um ano e meio, sendo eliminada do quadro de pacientes por não retornar de uma prorrogação de licença de doze meses obtida em 7 de abril de 1931. A licença original era de seis meses e havia sido atribuída em 5 de outubro de 1930, a requerimento do marido.

O oitavo caso é o de uma mulher com ideias de grandeza, perseguição e eróticas. Helena Ribeiro<sup>1199</sup> (branca, brasileira, casada, 30 anos, diagnosticada com parafrenia) contou a Rezende que menstruou pela primeira vez aos 13 anos e se casou pouco tempo depois, tendo seis filhos e um aborto. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava “falando muito, desorientada no tempo e mal orientada no meio”. Tinha orientação autopsíquica, atenção presente, memória lacunosa e associava regularmente as ideias. O juízo e o raciocínio achavam-se perturbados, conduzindo a ideias de grandeza: “diz ser rainha de seu país, arquiduquesa de Caxias, tem uma fortuna de 800 milhões de contos no Brasil, 300 milhões de contos em Portugal e 800 milhões de contos na América do Norte. Sua avó era imperatriz, sua mãe foi rainha e suas irmãs eram princesas. Seu marido é rei, mas é muito burro, seus filhos são arquiduques”. Revelava também ideias persecutórias: “julga-se perseguida por causa de sua postura, os perseguidores são os italianos, os espanhóis, os portugueses. Diversos membros de sua família têm sido mortos e ela mesma para escapar à perseguição tem de se disfarçar de pobre”. Além disso, segundo o médico, por vezes, surgiam ideias eróticas, como a de que “seu trono é no pênis dos homens”. Tinha a afetividade presente, ficando perturbada ao falar dos filhos (“lágrimas vem aos olhos”). Dizia ter saudades e que se resignava por eles estarem no colégio interno. Já a vontade estava diminuída, mantendo-se inativa na instituição desde a sua chegada.

---

<sup>1199</sup> N. 2.197, Livro 19 de Observação. Procedente e internada pelo 7º DP. Ingressou no HN em outubro de 1928, sendo enviada para a colônia em maio de 1929. Foi transferida para a CJM em junho de 1943. Permaneceu na Colônia de Engenho de Dentro pouco mais de catorze anos.



O nono caso é o de uma paciente que julgava que Jesus e o marido eram seus maiores perseguidores. Carlota de Barros<sup>1200</sup> (branca, brasileira, casada, doméstica, 37 anos, diagnosticada com parafrenia) contou a Rezende que seu pai era alcoolista e morreu em idade avançada e sua mãe era forte e vivia ainda. Menstruou pela primeira vez aos 14 anos e aos 19 se casou, tendo dois abortos e cinco gestações a termo (um faleceu de tétano dos recém-nascidos). Em 1924, começou a ter uma série de alucinações auditivas, contando que “que seu marido concorreu muito para sua doença mental pois sempre a maltratava, dando-lhe desgostos mesmo poucos dias após o seu casamento, descobrindo-se que seu marido tinha uma amante com filhos, o que muito a contrariou”. No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava humilde e um tanto agitada, estava orientada (meio e tempo), com a atenção boa e a memória regular. Tinha a inteligência viva, “descrevendo os acontecimentos com clareza e com convicção”. Manifestava ideias de perseguição, “sendo os seus maiores perseguidores Jesus e o marido. Conta que Jesus é um porco, obrigando-a a relações sexuais indignas e dizendo-lhe aos ouvidos as maiores obscenidades e fazendo também que o seu marido a queira forçar a atos indignos”. Dizia, segundo o médico, ouvir “constantemente as vozes da divindade que a atormentam em palavras torpes dia e noite” (alucinações auditivas) e “sentir que a estão queimando como castigo”. Tinha a afetividade presente, “lamenta a ausência de seus filhos, interessa-se pela sorte destes e pede para vê-los ao menos de quando em vez”. Sobre a paciente apontar Jesus (Igreja Católica) e o marido como seus perseguidores, é interessante perceber que se tratam das principais figuras representativas do patriarcado e símbolos do machismo. Era Jesus (porco obsceno) que a mantinha na posição de servidão e de submissão ao marido. Permaneceu aproximadamente dezenove anos e meio na Colônia de Engenho de Dentro, de onde saiu transferida em janeiro de 1945 para a CJM.

O décimo caso é de uma paciente que também sofria maus-tratos e que, na observação médica, apresentou rebaixamento da autoestima e um processo de negação da identidade pessoal. Christina Reis<sup>1201</sup> (parda, brasileira, casada, doméstica, 52 anos, diagnosticada com uma psicose periódica; pais falecidos) contou, em meados dos anos de

---

<sup>1200</sup> N. 1.920, Livro 16 de Observação. Procedente e internada pelo 2º DP. Ingressou no HN em abril de 1925, sendo enviada para a colônia em setembro desse ano. Não trabalhava, o tratamento foi o *open-door* e prognóstico, desfavorável.

<sup>1201</sup> N. 607, Livro 2 de Observação. Procedeu do 20º DP e foi internada pela RCP. Ingressou no HN em novembro de 1913, sendo transferida para a colônia em outubro do ano seguinte. Trabalhava no pomar, o tratamento era o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Foi eliminada do quadro de pacientes em 22 de agosto de 1929 por não regressar de uma licença obtida em agosto de 1928, tendo, portanto, permanecido na assistência psiquiátrica por quase quinze anos.

1920, a Rezende o seguinte: “Diz ter tido 5 filhos e 2 abortos. Aos 50 anos cessaram as regras e datam de sua menopausa os principais distúrbios de sua doença atual. Confessa ter feito uso moderado de bebidas alcoólicas de que gostava muito”. Também conta que “frequentou sessões espíritas, mas nos diz com fina ironia que nunca recebeu espírito de padre nem de doutor. Refere-se ao seu marido contando que ele a tratou tão bem que a fez [parar] num hospital, pois dava-lhe chicote”. Christina se mostrou na observação, como o próprio médico reconheceu, inteligente. Mas, além disso, ela expressou através da ironia uma crítica à violência doméstica e, também, à inquietação médica com a prática do espiritismo. A paciente afirmou não receber espírito de padre nem de doutor. A frase é interessante por fazer referência justamente às duas figuras responsáveis, historicamente, por controlar os diferentes membros da família. A Igreja Católica (o padre) o fez largamente no período colonial. Já a medicina (o doutor), no século XIX, em meio a um processo de “invasão progressiva do espaço da lei pela tecnologia da norma”, como apontado por Foucault, buscou intervir primeiro junto às famílias abastadas e depois às pobres (COSTA, 1989: 51-52). No exame direto, o médico apontou que a paciente se apresentava “alegre, espirituosa, em franco bom humor”, desorientada (meio e tempo), com a afetividade diminuída, a memória muita lacunosa, a atenção regular, a associação das ideias boa e um certo nível de inteligência. Embora afirmasse que não sabia ler, o médico verificou que ela lia. Ainda segundo o médico, a paciente tinha ideias persecutórias,

dizendo que já levou um tiro no ouvido cuja bala ainda lá se acha, que já foi para a forca, e que não existe mais, atribuindo toda essa desgraça ao homem que viveu com ela e é pai de seus filhos. As ideias de negação surgem a cada instante, julgando-se a doente transformada em esqueleto, que não é mais nada, negando até a sua própria personalidade, dizendo sempre que não é batizada, não foi casada, nem se chama Christina, porque até a galinha tem crista.

Na instituição psiquiátrica, essa mulher rotulada de periódica não reconhecia mais a si própria, “se julgava transformada em esqueleto, que não era mais nada”. Ao tratar da condição de não-pessoa assumida por diversas pacientes de um asilo italiano, Augusta Molinari sustenta que “a importância atribuída na entrevista anamnética ao âmbito da reprodução e da sexualidade influi nos textos das internas a ponto de representar um verdadeiro e próprio ‘cânone’ expositivo”. Nesse sentido, o corpo surge como o foco da narrativa e se torna amiúde “um outro ‘diferente de si’, um ‘corpo-prisão’ contra o qual lutam, quase sempre com resultados desfavoráveis. Nos casos em que o desconforto

psíquico é maior, o diálogo com o corpo acaba por esgotar o universo emocional e relacional das internas” (MOLINARI, 2005: 385). Molinari cita a carta que Lidia C., internada aos quinze anos por “distúrbios paranoicos”, depois de vinte anos de asilamento, escreveu a seus familiares para informá-los de sua própria morte. Além de versar sobre seu “corpo condenado”, a interna busca confirmar a sua condição de “não-pessoa” ao assinar a sua carta com a seguinte declaração: “Eu [não sou] Lúdia” (MOLINARI, 2005: 386). Na visão da autora, “uma prática terapêutica pautada na criminalização do corpo e da sexualidade feminina só pode agravar o desconforto mental de mulheres que já vivenciaram relações conflituosas com seu próprio corpo e sua própria sexualidade”. Para elas, a instituição psiquiátrica toma a forma “de um lugar de expiação e a ‘pena’ a pagar passa a ser a renúncia à vida. Não é por acaso que seus textos autobiográficos têm características de escritos póstumos”. Além disso, via de regra, são as situações de miséria e exploração que arruinam “a condição física das mulheres, já cansadas de tantos partos. Outras vezes, convivem com maridos insensíveis aos esforços da gravidez e do parto, e muitas vezes violentos. Há também relações difíceis com familiares e parentes, principalmente entre sogras e noras” (p. 386).

O décimo primeiro e último caso é de uma paciente que tinha conflitos com a mãe devido à religião e era adepta de Wiliam James e jornalista, defensora da educação feminina no Brasil. O caso de Elisa C. B.<sup>1202</sup> (branca, brasileira, solteira, não tinha profissão, 24 anos, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva) é significativo em sua singularidade. Rezende registrou o seguinte sobre ela:

Anamnese: o pai faleceu de pleurisia, a mãe vive ainda. Dos seus irmãos, o mais velho sofre das faculdades mentais.

Quando criança teve sarampo, coqueluche, varicela e escarlatina. Foi menstruada pela primeira vez aos 13 anos. Aos 18 mais ou menos, em virtude de uma contrariedade, foi estudar nos Estados Unidos da América, por conta de sua religião metodista. Ela esteve fora por 5 anos e ao regressar ao Brasil maiores desgostos a esperavam. Nos últimos meses do próximo ano findo sobreveio a amenorreia e a melancolia, pelo que foi internada em um sanatório.

Apresenta-se pensativa, atitude humilde, orientada no meio e no tempo. Tem nítida ideia de sua doença e lembra-se bem dos fatos ocorridos antes e depois do seu mal atual. É perseguida por ideias melancólicas e assaltada por ideias de suicídio. Afetividade presente, embora diga a doente que sempre viveu mal com sua mãe por causa de ideias religiosas, enquanto a religião materna é católica, a sua é protestante.

---

<sup>1202</sup> N. 1.958, Livro 16 de Observação. Procedeu do ambulatório da Colônia de Engenho de Dentro; a instituição internante foi o diretor da colônia, sendo admitida com autorização do diretor-geral. Foi internada no serviço aberto em 9 de março de 1926, sendo enviada para a parte fechada da colônia seis dias depois. Trabalhou na costura, o tratamento foi *open-door* e prognóstico *s/i*.

Elisa viajou para os Estados Unidos aos 18 anos, por volta de 1920, retornando cinco anos depois; em 15 de março de 1926, ela já estava ingressando na Colônia de Engenho de Dentro, de onde saiu em 11 de julho, quase quatro meses depois, mediante uma licença médica. Foi, em seguida, eliminada do quadro de pacientes por não regressar desta licença. Exatos quatro meses depois de sua saída do manicômio, em 11 de novembro de 1926, o jornal *O Estado do Paraná* publicava uma matéria sobre a jornalista e aluna do pragmático William James, Elisa Cunha Bastos, reproduzindo, inclusive, um longo artigo escrito por ela no jornal *A Pátria*.

Para Jack Barbalet, William James, imerso na cultura científica vitoriana e treinado nas ciências naturais, foi tanto um filósofo como um psicólogo científico. A base de seu argumento é “que a experiência é uma realidade fundamental e a base do conhecimento confiável, e que as percepções são ontológica e epistemologicamente anteriores aos conceitos” (BARBALET, 2004: 341). Após a publicação de *Pragmatism* em 1907, o movimento pragmático tornou-se totalmente identificado com seu autor, William James (BARBALET, 2004: 338). Para James, “o método pragmático é principalmente um método de resolver disputas metafísicas que de outra forma poderiam ser intermináveis”. Mas, adverte o sociólogo australiano, trata-se de “um método de filosofia baseado em princípios psicológicos da experiência, em vez de princípios lógicos de vinculação” (BARBALET 2004: 339). Além da obra em dois volumes, *The Principles of Psychology* (1890), *The Varieties of Religious Experience* (1902) é o trabalho mais conhecido de James, onde desenvolveu “o estudo da religião em um curso que até então estava ausente, ou seja, aquele que insistia na autenticidade e validade da crença religiosa baseada na experiência religiosa” (p. 348). Aqui, cabe uma hipótese sobre a tensão entre o catolicismo da mãe e o protestantismo da filha a partir do pragmatismo de James, para quem a religião deveria estar para além da doutrina, tendo que ser útil, inclusive para ser considerada verdadeira: Elisa, talvez, considerasse que o catolicismo não estivesse materializado em algo útil.

Na reportagem referida anteriormente e intitulada “Educação americana do Norte e do Sul”, Elisa é descrita como uma mulher que não foi seduzida pela velocidade da cidade grande, buscando aprender com os norte-americanos as coisas puras da terra:

Mlle. E.C.B. é de um temperamento fortemente brasileiro. Não a seduziram os excessos nem um tumulto diabólico nem alegria nervosa dos norte-americanos, em cujo convívio ela aprendeu a amar as coisas puras da terra. Ela é, antes de tudo, uma fina e amável aluna do

pragmático William James, em cuja filosofia todas as conquistas do espírito se ajustam e se harmonizam.

Com a sua graça teimosamente latina, mlle. E.C B. desdenha as cidades tentaculares, as chaminés fumarentas de Whitman e contempla num enlevo suavemente tropical as belezas das nossas florestas, toda a loucura das forças da nossa natureza.

Preferindo o jornalismo intenso e ruidoso a qualquer outra forma de atividade prática, mlle. C.B. tem colaborado em diversos jornais e magazines, revelando nas suas observações agudas, penetrantes, subtis, uma alma harmoniosa e encantadora.<sup>1203</sup>

A reportagem ainda publicava um artigo escrito por Elisa no jornal *A Pátria*, do Rio de Janeiro, no qual ela revelaria “seu fino espírito de comentadora”. Nesse texto, de modo crítico e até sarcástico, ela se opunha à construção discursiva da “mulher brasileira” como alheia à importância da instrução, sublinhando, nesse sentido, a falta de oportunidade, sobretudo, para as jovens pobres estudarem no Brasil. De maneira diferente ao que ocorria na América do Norte, onde, além das oportunidades nesse campo serem inimagináveis, a vida escolar era marcada por momentos de lazer e sociabilidade:

Muitas vezes nos Estados Unidos perguntam por que a mulher brasileira não se educa até os vinte e tantos anos, e admiram-se do pouco caso com que nossas patricias encaram a questão da instrução feminina. Realmente, para uma pessoa que não conhece as desvantagens que enfrenta uma jovem brasileira que quer adquirir boa educação, para uma pessoa, dizia, que desconhece nossos hábitos e tradições, realmente é de admirar o estado primitivo em que se acha a educação feminina em geral no Brasil! Digo em geral, porque felizmente, e graças a Deus, há muitas exceções. Temos talento feminino no Brasil, não resta dúvida, porém, não de concordar que este talento ainda está em princípio evolutivo. Entretanto, acho que pode ser desenvolvido rapidamente, se a isto se prestar a mulher brasileira.

A americana do norte tem todas as oportunidades possíveis e inimagináveis, para o seu completo desabrochar. É como uma flor que já adquiriu bastante calor solar para dar suficiente fragrância às suas pétalas, já acariciadas pelos beija-flores, já abertos aos raios luminosos do astro do dia! A americana do norte já contemplou o seu progresso evolutivo. É uma rosa que exala todo perfume com que é capaz de inebriar os sentidos do mundo, que a aprecia com carinho e se delicia em seu progresso. A instrução nos Estados Unidos pode ser adquirida por qualquer mulher, seja rica ou pobre. A oportunidade era verdadeiramente espantosa. É bastante querer e ter-se-á uma educação sólida que porá a mulher ao resguardo de qualquer necessidade. A educação pode ser adquirida por meio de pagamentos mensais nos colégios ou trabalhos feitos nos próprios colégios; assim, todos têm a oportunidade de se educar. E digam que os Estados Unidos não são um país maravilhoso! Depois, nos colégios também há muita vida, muita alegria. Todas as semanas, aos sábados, há uma festinha, um discurso

---

<sup>1203</sup> EDUCAÇÃO americana do Norte e do Sul. *O Estado do Paraná*, ano II, n. 569, 11 de novembro de 1926, p. 2.

literário, um recital de canto, de piano, uma recepção, um baile, enfim, qualquer coisa que torne a vida escolar mais suave.<sup>1204</sup>

As moças formam clubes, associações para este fim, e cada clube ou outra organização tem seu dia de divertir o colégio. – Há banquetes entre os colegas, piqueniques etc., tudo, enfim, que possa distrair um pouco e assim se recomeça novamente na segunda-feira, vida de livros, cadernos, apontamentos e trabalhos químicos. Esta é a vida escolar das moças nos Estados Unidos. É uma descrição muito incompleta abrangendo somente os pontos principais, sem os detalhes interessantes que tal viver acarreta.

E nós aqui, no Brasil? Que diferença! A instrução, em primeiro lugar, é primária, isto é, ainda bem pouco interessante. Porque o estudar só se torna interessante na parte secundária. A primária é muito cacete!

Tanto faz o ensinar como o aprender destas primeiras noções que nos baseiam para a vida. Enquanto nos Estados Unidos os jovens estudam álgebra, geometria, trigonometria, química, física, psicologia, sociologia, geologia etc., aqui nossas moças se limitam a aritmética, história do Brasil e geografia!

Ora, aí está por que a brasileira não quer ficar no colégio depois dos 14 anos de idade, e dou-lhe toda razão! Quem quer saber quantas províncias tem a China?

Haverá coisas menos interessante para uma jovem aprender?

Brasileiros! Deem às nossas mulheres colégios dignos delas e teremos uma vista classe de brasileiras letradas, dignas de nosso país, e de nossa bandeira.

A mulher brasileira é a flor ainda em botão, cujo odor não se exalou no espaço infindo! Como a modesta violeta, ela é acanhada, pequenina, voluptuosa! A americana do norte brilha.

Mas, quando essa modesta violeta transformar-se em lírio, o mundo há de sentir o seu talento. O artista há de maravilhar-se de seu esplendor!<sup>1205</sup>

Como vimos, Elisa defendia que a educação no Brasil, que ainda era primária, diferente da educação na América do Norte, era bem pouco ampla e interessante, e que, por esse motivo, as brasileiras não ficariam no colégio depois dos 14 anos. Nesse sentido, recomendava que o governo desse às brasileiras colégios dignos delas. Elisa abordava o potencial intelectual da mulher brasileira, representada por ela como “uma flor em botão”, e a importância da educação para a conquista da autonomia econômica das mulheres.

Elisa sem dúvida ocupou um lugar de destaque, de fala, quando a maioria das mulheres no Brasil sequer ousava ler e escrever. Mas ela não estava sozinha nessa luta. Feministas como Nísia Floresta (1810-1885), Maria Lacerda de Moura (1887-1945) e Bertha Lutz (1894-1976) defenderam igualmente a instrução feminina<sup>1206</sup>

---

<sup>1204</sup> *Idem.*

<sup>1205</sup> *Idem.*

<sup>1206</sup> Fúlvia Rosemberg destaca que o processo para a autorização legal do acesso amplo e geral das brasileiras à educação escolar foi longo: “autorizada em 1827 pela Lei Geral do Ensino de 5 de outubro, mas restrita apenas às escolas femininas de primeiras letras, a educação das mulheres só conseguiu romper

(ROSEMBERG, 2013; PRADO; FRANCO, 2013). No entanto, a mulher intelectual e feminista também era percebida pelos médicos como degenerada, louca (CAPONI, 2019). Partindo dos argumentos apresentados pelo psiquiatra alemão Julius Moebius (1900) e pelo psiquiatra português Miguel Bombarda (1896), Caponi argumenta que “a psiquiatria permitiu a disseminação de discursos supostamente objetivos e legitimados socialmente para conter as lutas que se multiplicaram na segunda metade do século XIX e início do século XX pela igualdade salarial, pelos direitos das mulheres, pelo acesso à instrução e pela conquista de um lugar na história” (CAPONI, 2019: 45).

Essa mulher diversa, mãe de três filhos (dois homens e uma mulher), que sonhava com a transformação da condição da mulher no Brasil via educação, faleceu por volta dos 27 anos de idade, em 19 de julho de 1929, estando internada na instituição psiquiátrica privada Casa de Saúde Dr. Eiras. Os jornais *A Manhã*, *Jornal do Commercio* e *A Noite*<sup>1207</sup> publicaram notas sobre seu falecimento. Antes de concluir esta análise, é necessário refletir sobre o papel da escrita para Elisa, que podia significar um esforço de manutenção de uma identidade e, também, de autorreparação (HUERTAS, 2020).

Quanto a Gustavo de Rezende, podemos dizer que foi o médico observador que mais valorizou a dimensão psicoafetiva na clínica psiquiátrica – principalmente na concepção diagnóstica, mas também na anamnese e terapêutica. A loucura era entendida não como perturbação intelectual, mas como afetos e intentos transformados, inadequados. Na Colônia de Engenho de Dentro, ao que tudo indica, estabeleceu uma relação com as pacientes mais próxima, em comparação aos outros médicos. Foi, por um lado, o médico que mais escutou relatos de maus-tratos e, por outro, provavelmente até pela centralidade que a afetividade ocupava em seu pensamento, o que mais se preocupou com a sexualidade “anômala” das pacientes. Aparece aqui a ideia de que a mulher devia viver para os outros, maridos e, especialmente, filhos. Além disso, sobretudo nas observações médicas escritas por Rezende, as pacientes foram descritas, muitas vezes, como não se sentindo na Colônia de Engenho de Dentro como em um “não-lugar”, no sentido utilizado por Huertas a partir das ideias de Marc Augé, ou seja, como em um lugar

---

as últimas barreiras legais em 1971 com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que atribuiu equivalência entre os cursos secundários” (ROSEMBERG, 2013: 334). Além disso, no decorrer deste acidentado percurso, várias barreiras à educação formal e pública das mulheres foram sendo quebradas: “a segregação sexual das escolas, interditando a educação mista; o ideário de que a educação de meninas e moças deveria ser mais restrita que a de meninos e rapazes em decorrência de sua saúde frágil, sua inteligência limitada e voltada para sua ‘missão’ de mãe; o impedimento à continuidade dos estudos secundário e superior para as jovens brasileiras” (p. 334).

<sup>1207</sup> FALECIMENTOS. *A Noite*, Rio de Janeiro, ano XIX, n. 6.348, 19 de julho de 1929, p. 3.

de não pertencimento e alienação (HUERTAS, 2020: 68). Segundo o médico, muitas pacientes diziam não gostar, querer ver ou ter saudade de seus parentes e, às vezes, de ninguém; falavam que não tinham vontade de voltar para a sua casa e/ou para a companhia de seus familiares, chegando algumas a afirmar que estavam bem na colônia, de onde não tinham vontade de sair. Essas pacientes eram classificadas como possuindo a afetividade e a vontade/decisão diminuídas, como sendo fracas, se tratando, na visão do médico, de mulheres muito adaptadas ao manicômio.

No próximo item, “Cartas desde a Colônia de Engenho de Dentro”, completamos a análise dos diferentes significados da instituição psiquiátrica para as pessoas institucionalizadas, dessa vez a partir da perspectiva das próprias internas.

### **5.3. Cartas desde a Colônia de Engenho de Dentro**

Junto às observações médicas foram encontrados alguns relatos autobiográficos, cartas escritas por seis pacientes internadas no HN e transferidas para a Colônia de Engenho de Dentro entre os anos de 1922 e 1926.<sup>1208</sup> Cinco internas enviaram uma carta cada para o médico Plínio Olinto, a carta de uma dessas internas foi subscrita por outras três pacientes e uma paciente chamada Olga escreveu quatro cartas de amor. Três dessas cartas foram endereçadas a um homem de nome Ricardo, de quem ela dizia ser noiva, e outra ao “jovem Antônio”. Ricardo também lhe escrevera uma carta. Todas as cartas foram produzidas entre 1925 e 1927, utilizando-se como suporte físico para escrever folhas arrancadas de cadernos escolares e papel de carta.<sup>1209</sup> As cartas foram transcritas literalmente, sem a correção de erros ortográficos ou gramaticais. Isso mostra o esforço árduo realizado para produzir um discurso escrito por todas as pacientes, com exceção de Olga, em razão do baixo nível de escolaridade.

Eram todas brasileiras; quatro brancas, uma parda e uma preta; solteiras e possuíam de 15 a 21 anos. Ou seja, eram adolescentes ou mulheres no início da vida adulta que, como veremos a seguir, se revelaram indignadas, principalmente, com a forma como eram vistas e tratadas na instituição. Segundo Kovács, “a adolescência é um período do desenvolvimento em que a vida e a morte encontram o seu auge” (KOVÁES, 2002: 57). Dessas seis reclusas que escreveram sobre as suas experiências e perspectivas, três foram internadas pelo Juizado de Menores e outras três ingressaram no HN por intermédio da polícia, tendo a família por trás das internações. As pacientes, incluindo as que

---

<sup>1208</sup> Não foram encontradas cartas escritas por pacientes no período da gestão de Braule Pinto (1911-1918).

<sup>1209</sup> Mathilde e Dolores utilizaram como suporte para escrever o mesmo papel de carta.



assinaram uma das cartas, receberam os seguintes rótulos diagnósticos: histeria (duas), psicoses maníaco-depressivas (duas), estado atípico de degeneração (duas), debilidade mental (uma) e delírio episódico (uma). Todas se entregavam ao trabalho na colônia, com exceção de Olga, que possuía uma condição social e educacional mais favorável do que as demais. Outro dado marcante foi o fato de que as duas pacientes de cor tiveram como tratamento apenas o *opendoor*, enquanto que duas das três pacientes brancas tiveram como terapêutica, além do *opendoor*, balneoterapia, clinoterapia e injeção de sedoferro (Guilhermina) e balneoterapia, clinoterapia e *casimiroa edulis* (Olga).<sup>1210</sup> As outras duas pacientes brancas (Anna e Dolores), assim como as de cor, foram tratadas apenas com o *opendoor*. Vale registrar que uma dessas duas pacientes havia sido encaminhada pelo Juízo de Menores, e a outra pela polícia; esta última encontrava-se grávida e apresentava a inscrição “filiação ignorada”. O ato de escrever para o diretor foi, certamente, tomado como um ato de insubordinação, tanto que quatro das seis pacientes acabaram sendo transferidas para o HN por incompatibilidade com o regime colonial, apesar de algumas trabalharem na colônia.

Atualmente, existem estudos de referência sobre o discurso por meio da escrita de pessoas institucionalizadas.<sup>1211</sup> Conforme aponta Huertas, como em qualquer narrativa, nas narrativas autobiográficas “é preciso contar com o que escreve e com o que lê” (HUERTAS, 2020: 31).<sup>1212</sup> Presentes nos processos clínicos de diversas instituições psiquiátricas, diários, cartas e notas diversas contrastam com os discursos produzidos por psiquiatras, que, colocando-se como objetivos e neutros, rotulam e diagnosticam (p. 59). O autor destaca que “independente das reflexões teóricas, mais ou menos pós-modernas, que podem ser feitas, a verdade é que os escritos encontrados em conjunto com os registros médicos em hospitais psiquiátricos denotam uma realidade empírica: a necessidade de que muitos pacientes tiveram de pôr por escrito suas vivências e seus

---

<sup>1210</sup> Segundo Plínio Olinto, “a *casimirôa edulis* contém princípios ativos capazes de conduzir o doente agitado ao sono ou à calma, segundo o modo por que são aproveitados” (OLINTO, 1930: 104).

<sup>1211</sup> Esses estudos iniciaram-se na Escócia, com os trabalhos pioneiros de Michael Barfoot e Allan Beveridge (1990) e Beveridge (1998). Em seguida, a produção a esse respeito foi aumentando: no Canadá, é notável a produção de Geoffrey Reaume (2000); na Itália, o de Augusta Molinari (2005); no México, destacam-se os trabalhos de Rivera-Garza (2001, 2010), Molina (2004, 2009), García Canal (2008) e Cristina Sacristán (2009); na Espanha, os de Ricardo Campos (2010, 2012), Villasante *et al.* (2018) e Rafael Huertas (2012, 2013, 2017, 2020); no Brasil, os de Yonissa Wadi (2005, 2009) e Nádia Santos (2008, 2011) e, no Chile, é relevante a obra de Angélica Lavín (2003). Além disso, o artigo escrito a três mãos por Wadi, Ordorika e Golcman (2019) apresenta um balanço da produção no campo da história da loucura e da psiquiatria, cujas principais fontes são as narrativas produzidas por pessoas consideradas loucas.

<sup>1212</sup> Huertas cita aqui a obra do francês Philippe Lejeune, que deu o nome de “pacto autobiográfico” ao acordo tácito que liga o leitor e o escritor. Ver LEJEUNE, 2008.

sentimentos” (pp. 70-71). Huertas destaca ainda que as cartas dos internos da Casa de Santa Isabel de Leganés quase sempre iniciam “com fórmulas codificadas, epistolares”, adotando, em seguida, “argumentos de súplica, negociação ou resistência que quase invariavelmente refletem a posição indefesa dos pacientes, o que, de uma forma ou de outra, torna a escrita da maioria dessas cartas uma espécie de ritual de subordinação” (HUERTAS, 2020: 73-74).

Como já comentado, cinco cartas tinham como destinatário o chefe do ARC e do PPEP e diretor interino da colônia, o Dr. Plínio Olinto. Apenas Olga escreveu para pessoas externas à instituição. Duas observações parecem pertinentes aqui: a primeira refere-se ao fato de que justamente cartas dirigidas a Plínio Olinto, que, como vimos no início desse capítulo, se interessava pela consciência (associações de ideias) das ditas loucas, tenham sido encontradas. É possível pensar que Olinto tenha incentivado as pacientes a escrever e que as cartas tenham sido anexadas junto às observações médicas como documentação “capaz de ilustrar ou confirmar a patologia do sujeito, ou como informação adicional para avaliar sua ‘resistência’ à hospitalização” (HUERTAS, 2020). Conforme explica Molinari, a partir do final do século XIX, a anamnese médico-psiquiátrica estimulava os internos a escreverem textos autobiográficos. O triunfo do positivismo na cultura médico-psiquiátrica cria novos instrumentos anamnéticos: a escrita como ‘sinal’ de anormalidade (MOLINARI, 2005: 379). Entretanto, deve-se destacar que não há evidências de que esse ou qualquer outro médico da instituição de Engenho de Dentro no período estudado tenham incentivado as pacientes a exprimir-se por escrito, ou que tenham usado a escrita como recurso clínico para fins diagnósticos ou terapêuticos.

A outra observação diz respeito ao fato de que não foram encontrados textos dirigidos especificamente a familiares, a despeito de, como vimos no capítulo anterior, a família ter um papel central na internação psiquiátrica. É possível imaginar que pacientes da colônia tenham escrito cartas para os seus familiares, que podem ter chegado ao seu destino ou não. No caso de Leganés, pesquisadores acreditam que a não tramitação de cartas de pacientes pela direção desse estabelecimento pode ter sido realizada na “tentativa de evitar que certas denúncias sobre a situação ou o trato dispensado aos pacientes fossem conhecidos por familiares ou mesmo pela opinião pública”; também apontam outros possíveis motivos: “como o desejo de manter os pacientes isolados, sem qualquer contato com o exterior, como forma de terapia ou de castigo” (VILLASANTE *et al.*, 2018: 30). No caso da Colônia de Engenho de Dentro, as fontes disponíveis até o

momento não permitem saber se o controle da correspondência “era uma regra não escrita que foi aplicada repetidamente” (HUERTAS, 2020: 62), ou se, em geral, não se buscou conter “a informação que poderia fluir em ambas as direções” (p. 64).

Portanto, passamos a palavra às pacientes da Colônia de Mulheres no Engenho de Dentro!

### 5.3.1. Guilhermina dos Santos e suas companheiras: solta as menores!

Guilhermina<sup>1213</sup> era parda, brasileira, 15 anos, estado civil não informado, e foi internada pelo Juízo de Menores do DF. Ingressou no HN em agosto de 1924 e na colônia em novembro do mesmo ano. Veio do hospício com o diagnóstico de histeria e, na colônia, foi acrescentado o de debilidade mental. Trabalhava nos serviços domésticos, seu tratamento foi o *opendoor* e o prognóstico, favorável.

Na colônia, Guilhermina foi observada por Gustavo de Rezende, que registrou as seguintes informações sobre a paciente:

Anamnese: Informa a doente que seu pai vive ainda e é alcoólatra. Sua mãe morreu queimada. Diz mais que seu pai já esteve internado no hospício. Em criança teve catapora, sarampo e meningite. Refere-se a dois filhos que teve, sendo um na maternidade e outro no Hospital de Alienados.

Exame direto: Mostra-se calma, orientada no meio e desorientada no tempo. Lembra-se bem dos fatos ocorridos em sua infância e posteriormente. A sua afetividade está um pouco diminuída, dizendo-nos a doente que seu pai era ruim para ela e que não quer voltar para a companhia dele.

Guilhermina escreveu uma carta endereçada ao Dr. Plínio Olinto, datada de 2 de janeiro de 1925, a qual era subscrita, em seu verso, por outras três pacientes, assim como ela, procedentes e internadas pelo Juízo de Menores do Distrito Federal no hospício entre 1924 e 1926.<sup>1214</sup> Pelo fato de ter sido escrita sobretudo na primeira pessoa do plural e assinada por quatro internas e, também, por seu contexto, podemos concluir que essas pacientes geraram um discurso coletivo, narrando suas vivências não como pacientes individuais, mas como componentes de um grupo: as menores internadas no manicômio.

Dr. prinio

Tenha conpachão dessas pobrezinhas que estão nessa prisão Dr. prinio. faz o favor de soltar desta prisão nos não semos malucas para estar nessa prizão podemos muito bem ganhar a nossa vida lafora

---

<sup>1213</sup> N. 1.886, Livro 15 de Observação.

<sup>1214</sup> No final da primeira folha, apareceu, no entanto, assinado somente o nome completo de Guilhermina. Isso, além do fato dessa carta aparecer anexada na observação médica dessa paciente, indica que a autoria principal era da integrante mais jovem do grupo.

Escuta aqui Dr. prinio a gente pode muito bem se colocar em qualquer lugar nas casas de família direita  
Dr. prinio pelo o amor que o senhor tem a sua família.  
Solta as menores da qui de dentro quem que pode comer comede [comida] de proca [porco?] o senhor nunca viu a comida da qui.  
O senhor faz o favor de mandar buscar minha roupa já peço pelo amor di Deus.  
Guilhermina (...).  
Dr. Quem manda este bilete é Guilhermina e Maria de Jesus e Amália e Guiomar.

Na carta acima, as internas pediam a Plínio Olinto que tivesse compaixão das pobrezinhas que estavam naquela prisão. Para elas, a prisão era a Colônia de Engenho de Dentro; e as pobrezinhas, as pacientes menores de idade ali internadas. Isso é mais uma evidência de que a arquitetura e a terapêutica da colônia (*open-door* e praxiterapia) fracassaram em produzir nas pacientes uma “ilusão de liberdade”, como argumentavam os defensores do modelo colonial. Guilhermina e suas companheiras (não só de “infortúnio”, como diziam os médicos, mas também de luta), ao dizer que não eram malucas e que podiam muito bem ganhar a vida lá fora como domésticas, negavam a identidade de doente mental. Assim, é possível ver, nas palavras dessas pacientes, o esforço para afastar-se da violência do diagnóstico e do estigma, garantindo sua capacidade (moral) para o trabalho em casas “de família direita”. Importa apontar que todas as quatro internas se ocupavam “terapeuticamente”, na colônia, com os afazeres domésticos. A trajetória dessas pacientes internadas pelo Juízo de Menores, para onde, muitas vezes, foram encaminhadas por patrões e patroas, como vimos no capítulo anterior, ajuda a complexificar os significados da liberdade no pós-Abolição. Conforme mostra Henrique Maciel Silva, a opção pela domesticidade estaria “mais ajustada ao mundo de trabalho dos libertos e livres pobres do que se pode supor” (SILVA, 2016: 426), de modo que o paternalismo e a domesticidade “constituíram um refúgio ainda acionado, em momentos de dificuldade, pelos trabalhadores urbanos (homens e mulheres) cuja inserção no mercado de trabalho sofria entraves de toda ordem” (SILVA, 2016: 427). O significado de liberdade para essas menores jurisdicionadas era, naquele momento, o trabalho doméstico, ocupação que traria moradia, comida, remédios e vestuário, além de uma maior estabilidade no meio urbano (SILVA, 2016: 426-427).

A carta dessas pacientes provenientes do Juízo de Menores coloca em evidência o “problema dos menores” considerados em situação irregular pela legislação vigente (Código de Menores de 1927) e sua interseção com a questão do trabalho doméstico infanto-juvenil. Ao que tudo indica, a instituição de Engenho de Dentro, por ser

exclusivamente feminina e voltada para o trabalho agrícola e, na prática, também doméstico, foi considerada um lugar adequado para “corrigir” menores que se comportavam “mal” na casa dos patrões e nos orfanatos. Mas, como vimos, na colônia, em relação ao saber-poder psiquiátrico, a reação dessas menores não foi muito diferente; é possível imaginar que a presença dessas jovens judicializadas e psiquiatrizadas tenha mesmo elevado o nível de revolta contra a instituição, tornando algumas problemáticas mais visíveis.

Além de denunciarem o confinamento de menores no estabelecimento e negarem o transtorno mental, as pacientes reclamavam, também, da péssima qualidade da alimentação servida na instituição, uma espécie de lavagem (comida de porco), sendo difícil saber quem poderia comer aquilo. Elas destacavam que o médico nunca havia visto a comida servida na instituição. Em seu estudo sobre as autobiografias das mulheres no hospital psiquiátrico Quarto al Mare, em Gênova, no início do século XX, Molinari nota que na maioria dos casos “o médico aparece como uma autoridade alheia ao contexto da instituição. Um juiz imparcial a quem os presos apresentam as evidências de sua punição injusta” (MOLINARI, 2005: 393). Com efeito, Guilhermina e suas companheiras tentavam chamar a atenção do diretor interino da colônia para a injustiça cometida com a internação psiquiátrica das menores jurisdicionadas. Em relação ao pedido de Guilhermina para que o médico mandasse buscar as suas roupas, vale destacar que não há informações de que as pacientes pudessem se vestir com roupas próprias, e as fontes iconográficas mostram que o vestuário das pacientes da colônia era composto por uma bata branca. Guilhermina permaneceu em torno de um ano e seis meses na colônia, de onde saiu em junho de 1926, transferida para o HN por não ser adaptável ao regime colonial.

Essa carta corrobora o cenário de escassez de alimentos tratado no primeiro capítulo com detalhe, na época da gestão do diretor Braule Pinto. Com relação à gestão de Gustavo Riedel, uma notícia do jornal *Correio da Manhã*, de 16 de janeiro de 1927, fazia coro às denúncias dessas pacientes sobre a alimentação na colônia. Segundo esse jornal, uma situação de fome estava sendo vivenciada no HN e na Colônia de Engenho de Dentro em razão da ingerência do médico Rocha Vaz na administração dos hospitais de alienados:

Não é possível que a nação funde esses estabelecimentos, dê-lhes organização e componha o quadro de pessoal para infligir o martírio da fome aos infelizes que neles buscam tratamento ou a eles são recolhidos, como indigentes.

O sr. Rocha Vaz se não está condenando à fome os internados do Hospício e da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, está a torturá-los de uma maneira revoltante, com as suas economias injustificadas e quase criminosas.

Para se ter uma orientação do que está sendo o fornecimento de gêneros alimentícios a essas casas, é bastante assinar que a carne verde foi reduzida a um terço do que era adquirida, antes do “doutor sabe-tudo” assumir a direção da assistência hospitalar.

Já denunciemos a supressão da sobremesa e a redução do leite, agora é a da carne e também a dos medicamentos.

Apelamos, portanto, para o presidente da República, no sentido de ser tomada qualquer providência.<sup>1215</sup>

A seguir comentamos brevemente a história clínica de Amália Silva, Guiomar Pires e Maria de Jesus, as três pacientes que subscreveram a carta que acabamos de analisar.

Amália da Silva<sup>1216</sup> era branca, brasileira, solteira, tinha 18 anos, diagnosticada com debilidade mental. Ingressou no hospício em junho e na colônia em novembro de 1924. O tratamento foi o *opendoor* e o prognóstico desfavorável. Amália teria informado, de acordo com Gustavo de Rezende, que seus pais haviam falecido e que possuía quatro irmãos; nesse sentido, é possível que a licença de seis meses obtida por ela em 17 de janeiro de 1928 tenha sido solicitada por um de seus irmãos, entretanto, podemos pensar também que a paciente tenha sido licenciada por alguma família que se interessava por ela como doméstica. De todo modo, após apenas uma semana, ela pôs fim a tal licença porque não quis ficar na casa onde estava. Gustavo de Rezende apontou que a paciente era “calma, orientada no meio e mal orientada no tempo, tinha a “atenção um pouco móvel, memória e inteligência medíocres”, não sabia ler, nem escrever e contar até cem. Referia que havia frequentado escola, mas não gostava de estudar e ainda que gostava de seus irmãos e tinha desejo de ir para casa. Essa jovem classificada como débil mental entrou com 18 anos na colônia, onde faleceu em fevereiro de 1929, aos 22 anos, devido à tuberculose pulmonar, permanecendo na colônia, portanto, por pouco mais de quatro anos. A morte precoce dessa paciente aponta para uma das principais questões sanitárias do Brasil naquele período, que mostrava a sua face no âmbito da assistência psiquiátrica. Com efeito, muitas mulheres encontraram a morte em decorrência da tuberculose dentro do hospício e da própria colônia, embora fosse corriqueira a transferência das pacientes tuberculosas para o estabelecimento da Praia Vermelha.

---

<sup>1215</sup> TÓPICOS & NOTÍCIAS. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXVI, n. 9.815, 16 de janeiro de 1927, p. 4.

<sup>1216</sup> N. 1.881, Livro 15 de Observação.

Guiomar Pires<sup>1217</sup> era parda, brasileira, solteira, 22 anos, profissão ignorada, diagnosticada com delírio episódico. Foi internada no hospício em março e na colônia em novembro de 1924. O tratamento foi o *opendoor* e o prognóstico desfavorável. Segundo havia informado Guiomar a Gustavo de Rezende, seu pai havia falecido de tuberculose pulmonar e sua mãe, de parto, e ela possuía quatro irmãos. O médico registrou que a paciente “em criança teve sarampo, gripes frequentes, desordens digestivas”, que aos 15 anos menstruou pela primeira vez e “aos 19 anos teve 2 ataques, ficando sem sentido e tendo depois crises de choro”. No exame direto, o médico assinalou que a interna se apresentava calma, orientada no meio e desorientada no tempo, mas lembrando-se dos fatos ocorridos na sua infância. Ainda segundo Rezende, ela não era capaz de contar até cem e explicava que não sabia ler nem escrever porque tinha dificuldade de aprender. Dizia ter saudades de seus pais e gostar muito dos padrinhos que a criaram. Guiomar fugiu da colônia em 1º de dezembro de 1926, tendo regressado, trazida pelo ex-patrão, no dia 7. No dia seguinte, obteve alta em função do item V do artigo 131 do decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911. O motivo da licença, segundo o texto em questão, era prevenir a possibilidade de agravações da doença determinada pela frequência de provocações inevitáveis e perturbadoras ou irritantes.<sup>1218</sup> A paciente permaneceu na colônia por dois anos e um mês. Assim, a fuga de Guiomar, embora tenha sido frustrada pelo antigo patrão, acabou levando a uma alta médica. Não há informações se a alta foi a pedido; de todo modo, receber alta após evasão não era tão incomum na colônia. Como vimos, na carta dirigida a Plínio Olinto as pacientes mencionaram que podiam muito bem trabalhar em casas de família. Provavelmente foi isso que Guiomar tentou fazer ao fugir da instituição. Pelos valores da época, a saída de uma doméstica não significava um distanciamento absoluto entre ex-doméstica e antigos patrões, conforme explica Henrique Maciel Silva (SILVA, 2016: 327); sendo assim, Guiomar procurou acionar os laços de clientela firmados com o antigo patrão. Entretanto, é possível que esse sujeito não se interessasse mais pela força de trabalho de Guiomar, após sua “loucura” e estadia no manicômio. Além disso, ele, talvez insatisfeito com o comportamento de Guiomar, pode ter sido o responsável por encaminhá-la ao Juízo de Menores, assim como aconteceu com outras jovens, conforme explicitado no capítulo anterior. Também é possível, por outro lado, que ela tenha negociado com sucesso sua saída do manicômio para uma casa de família.

---

<sup>1217</sup> N. 1.882, Livro 15 de Observação.

<sup>1218</sup> BRASIL. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911a, p. 1.

Maria de Jesus<sup>1219</sup> era branca, brasileira, solteira, tinha 17 anos. Ingressou no HN em agosto e na colônia, em novembro de 1924. Trouxe do HN o diagnóstico de histeria e no livro de observação da colônia foi acrescentada debilidade mental. O tratamento foi *open-door* e o prognóstico favorável. Segundo Gustavo de Rezende, “pelas informações da doente seu pai vive ainda e sempre o conheceu embriagando-se e maltratando sua mãe. Esta é morta de parto. Só tem uma irmã viva e sadia”. Maria de Jesus relatava ter tido sarampo, catapora, coqueluche na infância e ter frequentado a escola, onde aprendeu a ler e a escrever, mas não a realizar as quatro operações. Ainda de acordo com o médico, a paciente mostrava-se orientada no meio e desorientada no tempo, calma, com atitude humilde, “respondendo com facilidade as perguntas que lhe são feitas”. Sua afetividade foi considerada presente: “tem saudades de sua mãe e gosta de seu pai, embora saiba que não pode ir morar com ele pois será maltratada como foi sua mãe”. A história dessa jovem de 17 anos chama a atenção para a consciência da paciente sobre a violência doméstica de que foi alvo a sua progenitora e da qual ela certamente seria, caso fosse morar com o pai, uma violência que ela parecia associar ao abuso de álcool por ele. A verdade é que muitas jovens internadas na colônia sofreram com o conflito conjugal dos pais e a brutalidade paterna. A verdade é que a sua internação era fruto de uma violência estrutural, que se tornava sugestionada (histeria) ou enfraquecimento mental adquirido (debilidade mental). Para o Estado, essa paciente se enquadraria no problema dos menores desvalidos e delinquentes, anormais, no Rio de Janeiro dos anos de 1920. Maria de Jesus fugiu da colônia em 28 de dezembro de 1926, mas acabou sendo capturada. Sua saída se deu no dia 20 de agosto de 1927 mediante alta por ordem do Juiz de Menores; permaneceu na colônia em torno de dois anos e dez meses.

A pequena carta de Guilhermina, Amália, Guiomar e Maria de Jesus, além de fornecer um outro olhar sobre a colônia, é provavelmente um dos melhores exemplos da rede de solidariedade e resistência das pacientes asiladas na Colônia de Engenho de Dentro.

### **5.3.2. Mathilde Gonzaga:<sup>1220</sup> tenho apanhado muito aqui embaixo!**

Mathilde era preta, brasileira, solteira, 16 anos, procedeu e foi internada pelo Juízo de Menores do Distrito Federal. Ingressou no HN em junho de 1925, sendo transferida para a colônia em fevereiro do ano seguinte. O diagnóstico foi psicose maníaco-

---

<sup>1219</sup> N. 1.883, Livro 15 de Observação.

<sup>1220</sup> N. 1.945, Livro 16 de Observação.



depressiva. Trabalhava na limpeza do Pavilhão Epitácio, o tratamento foi o *opendoor* e o prognóstico desfavorável.

Tal foi a observação de Gustavo de Rezende:

Anamnese: informa que seus pais vivem ainda e são fortes, e que seu pai já tentou matar a sua mãe. Em criança teve sarampo e varicela, foi menstruada pela primeira vez aos 11 anos de idade. Aos 16 anos foi internada em um asilo por causa do seu mau comportamento e de lá foi internada no Hospital Nacional.

Exame direto: Apresenta-se risonha, orientada no meio e no tempo. Atenção e associações de ideias mais ou menos normais. Lembra-se bem dos fatos antigos e recentes e não apresenta distúrbios psicossensoriais. Afetividade presente, embora também diminuída, diz gostar de sua mãe, mas não quer ir para sua companhia.

Sobre Mathilde não querer ir para a companhia de sua mãe, podemos pensar que a jovem buscasse se afastar do ambiente familiar violento. As histórias clínicas das pacientes da colônia trazem, muitas vezes, outros fios de violência, encadeamentos que remetem à violência doméstica sofrida, principalmente, pelas mães, e da qual as pacientes se tornavam, no mínimo, testemunhas. De todo modo, de mal-comportada no Asilo de Menores, Mathilde passava a maníaco-depressiva no manicômio.

Em sua carta, Mathilde solicitava a Plínio Olinto uma transferência para o Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa e denunciava os maus-tratos sofridos no espaço asilar da Colônia de Engenho de Dentro:

14-6-1926

Encontro gosando saúde é felicidade.

Peço o senhor me mandar para o Epitácio o senhor tem me enganado de me mandar para o Epitácio, nunca que me manda, está me enganando.

Peço o senhor, fazer o favor o senhor pode me dar um par alpercatas peço o senhor á licença que eu pedi do senhor deixar ir lá em casa, de minha mãe, e peço o senhor de falar, com dona Augusta, peço esta licença, desde que eu cheguei á qui, mamãe não veio me vesitar, Dr Plinio tenho apanhado muito aqui embaixo, já levei á injesao de sedol tem me prometido, injesão do preta, no Epitácio eu estava muito melhor nunca Iná me botou de castigo, sempre gostávamos de' Ella é quem fala d' ellas são muito mentirosas, quero á resposta deste papel lá em cima da meza.

Mathilde Gonzaga

A jovem de 16 anos pedia a Plínio Olinto três coisas: ser transferida de volta para o serviço aberto, um par de alpercatas e uma licença médica para ir à sua casa. Nesse ponto, a paciente esclarecia que, desde que havia chegado à colônia, sua mãe não a havia visitado. A paciente reclamava ainda que Olinto nunca cumpria a promessa de enviá-la para o Pavilhão Epitácio. Diante dessa falta de fidelidade à palavra, a carta se apresentava

como uma forma de cobrar e exigir uma resposta do médico sobre seu pedido de remoção para o serviço “aberto”, um espaço descrito por ela como mais seguro. Segundo Mathilde, a monitora de higiene mental Inah,<sup>1221</sup> que atuava no Pavilhão Epitácio Pessoa, nunca a havia colocado de castigo, e era muito querida por ela e outras pacientes. Já no espaço asilar, ela relatava estar apanhando muito, ter recebido injeção de sedol e estar sendo ameaçada de levar outra injeção.

Mathilde, que, como vimos, não queria ir para a companhia de sua mãe, parecia não conseguir ver-se, naquele momento, de modo definitivo, em algum lugar fora da assistência psiquiátrica. De todo modo, ela buscava um lugar melhor para si dentro da própria Colônia de Engenho de Dentro, um espaço menos medicalizado e com enfermeiras mais humanas, ou seja, com um melhor tratamento. Ao mesmo tempo em que pedia um sapato, ou seja, algo de que ela sentia falta no dia a dia, a paciente almejava uma remoção para o serviço aberto e, também, uma licença médica. Assim como as demais pacientes que lançaram mão de uma escrita de si, Mathilde buscava melhorar um pouco suas condições de vida.

A partir da carta de Mathilde, imagina-se que os serviços abertos e fechados se diferenciavam quanto ao “capital humano” e à medicalização. Mathilde, depois de escrever a carta, esteve na Sala Paulo Costa em torno de dois meses, provavelmente sendo exposta, por uma “agitação psicomotora”, a uma quantidade maior de medicamentos. Nesse sentido, é possível pensar que, independentemente do seu estado mental, a fúria de algumas pacientes encaminhadas para a Sala Paulo Costa (sala das agitadas) podia estar relacionada à própria falta de acolhimento na instituição e ainda ao tipo de tratamento dispensado. Mathilde cita ambas as questões na sua carta. A reportagem do jornal *A Manhã*, de 9 de outubro de 1926, tratada no terceiro capítulo e mencionada aqui nas histórias de Anna e Olga, se referia ao Pavilhão Epitácio Pessoa como um lugar sem vigilância, um “reino de anarquia”.<sup>1222</sup> Ao contrário de Mathilde, o jornal abordava aspectos negativos do pavilhão, salientando especialmente a falta de idoneidade moral das enfermeiras que ali atuavam. No final das contas, Mathilde não voltou para o Pavilhão Epitácio, mas foi transferida para o HN em abril de 1927. Permaneceu na colônia pouco mais de um ano e dois meses.

---

<sup>1221</sup> Inah Britto foi admitida em 1º. de novembro de 1925 para o cargo de “monitora de higiene mental”, sendo “demitida a seu pedido” exatamente um ano depois. Estava matriculada sob o número 634, no segundo Livro de Assentamento de Funcionários da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro.

<sup>1222</sup> O GROSSO do exército..., 1926, p. 1.

### 5.3.3. Anna<sup>1223</sup> e Zilda Roubaud: paciente e enfermeira

Anna era branca, brasileira, solteira, 17 anos, profissão ignorada. Foi internada pelo Juízo de Menores do DF, ingressou no hospício em março e na colônia em agosto de 1924. O diagnóstico foi estado atípico de degeneração. Trabalhava na copa, o tratamento foi o *opendoor* e o prognóstico, favorável. Fugiu da instituição em 2 de março de 1926 e regressou no dia 5.

Na mesma data em que Guilhermina e suas companheiras dirigiram uma carta para Plínio Olinto, Anna também o fez. Na documentação referente a seu caso, consta um relatório escrito para esse mesmo médico por Zilda Martin Roubaud, monitora de higiene mental. Essa funcionária foi demitida da colônia sob a alegação de que havia ajudado a referida paciente a fugir da instituição. No livro de assentamento de funcionários da colônia, consta que Zilda, admitida para o cargo de “monitora” em 8 de fevereiro de 1925, foi “demitida a bem do serviço” em 4 de março de 1926. Zilda foi aluna da Escola Profissional de Enfermagem Alfredo Pinto, tendo se formado em fins de 1924, poucos meses antes de ingressar como monitora na Colônia de Engenho de Dentro.

Anna foi observada na colônia por Olinto, que registrou as seguintes informações sobre a paciente:

Anamnese: informa a doente ter pais vivos, sendo que a mãe é sadia e o pai sofre de ataques. Tem sete irmãos. Até a idade de nove anos viveu com sua família. Desde então, tendo seu pai cometido um crime e sendo recolhido à penitenciária em São Paulo, veio para o Rio com uma família que resolveu interná-la no Asilo de Menores Abandonadas porque começou a insubordinar-se em casa. No asilo agitou-se, bancou a maluca, como ela própria diz. Foi então transferida para o hospital, donde veio para esta colônia. A doente faz referência à maneira por que vivia em São Paulo, num meio corrompido. Não se adapta à vida familiar por se ter desviado e não ter tido depois disso boa orientação. Exame direto: é uma doente de boa compleição e agradável aparência. Está calma, conhece o meio, o lugar e o tempo. Parece um pouco instável, pervertida e manifesta tendências para a mentira. As suas narrativas são cheias de fantasias e interrompidas de várias contradições. É bem um tipo de histeria. Tem tido pequenas crises, é mitômana, e procura chamar atenção sobre si. Parece suscetível de aperfeiçoamento.

Essa paciente com uma “agradável aparência” (branca, atraente) e “suscetível de aperfeiçoamento”, comentando sobre sua vida em um meio corrompido em São Paulo, teria feito, de forma subentendida, uma referência à prostituição. A expressão da

---

<sup>1223</sup> N. 1.851, Livro 15 de Observação.

sexualidade, inadequada para a moral da época, era um dos motivos para as religiosas do Asilo de Menores Abandonadas solicitarem a internação de uma menor no hospício. Devemos destacar que nenhuma outra paciente foi descrita por médicos nos termos acima mencionados. No artigo “O homem e a mulher”, escrito em 1922, Plínio Olinto defendia que o culto da beleza pessoal feminina correspondia “a uma necessidade fisiológica e psicológica que se verifica no mundo animal e até no mundo vegetal”.<sup>1224</sup> Nesse sentido, dizia: “é um gesto mais gracioso, é um olhar mais vivo, é um meneio do corpo, é uma palavra cheia de ternura, é um ato cativante que faz uma mulher dominar entre as demais. É assim que a frivolidade do sexo frágil torna-se de um valor capital e deixa de ser frivolidade”.<sup>1225</sup> O médico também se referiu a “morenas e loiras que fazem as delícias do orbe terrestre, claras e cremes que atormentam este vale de lágrimas, tem cada uma delas o seu feitio muito particular. (...). As primeiras tidas como indiferentes e calmas, as outras consideradas turbulentas e ardentes”,<sup>1226</sup> em um claro discurso de objetificação da mulher e do seu corpo.

No dia 2 de janeiro de 1925, Anna escreveu uma carta para Olinto e, nesse mesmo dia, escapou da instituição, refugiando-se na casa da então monitora de higiene mental Zilda Martin Roubaud.

2 de janeiro de 1925

Dr Prinio eu li pesso um favor qui mi mande ir embora eu posso ganhar muito bem a minha vida eu não mi incomodo de andar na vida do que estar aqui dentro mil vezes eu esta na putaria do que passa meus annos a qui dentro.

Se o senhor não me mandar [rasura] embora eu sei o que faço.

Eu faço uma desgraça aqui dentro o remédio que o senhor mideu não mi valeu di nada a frição é a mesma.

Se o senhor não quizer mimandar embora eu apareço grávida ai escuta a qui Dr prinio que a vontade e de mãis chega doe o coração não posso ver nem um homem me alembro do tempo passado.

Como vimos, a paciente iniciou sua carta pedindo para que o diretor a deixasse sair da instituição e afirmando que preferia se sustentar na vida (prostituição de rua) do que passar o resto da vida ali dentro. Assim como havia feito Yolanda Machado, Anna enfrentou o médico ao declarar que, se ele não a mandasse embora, ela saberia o que fazer: nesse caso, aparecer grávida. Podemos considerar que Anna tinha razão ao pensar que “aparecer grávida” seria um problema para o diretor, pois, em meados de 1926, a colônia sofrera grande pressão social por causa da história de uma paciente que havia

---

<sup>1224</sup> OLINTO, Plínio. *O homem e a mulher (Estudo psicológico)*, 1922, p. 9.

<sup>1225</sup> *Idem*.

<sup>1226</sup> OLINTO, Plínio. *O homem e a mulher (Estudo psicológico)*, 1922, p. 11.

engravado após ter sido violentada dentro da instituição em setembro daquele ano, como foi abordado no terceiro capítulo.

Em sua carta, Anna ainda comentou que o remédio que o médico lhe dera não havia adiantado pois continuava aflita. A jovem afirmou que a vontade (desejo sexual) era demais, chegando a doer o coração, a ponto de, ao ver um homem, logo se lembrar do tempo passado. Segundo Molinari, a consciência do fracasso terapêutico da internação, confirmada em grande parte das autobiografias, “não anula os vínculos do ‘pacto’, mas altera seu equilíbrio. O médico mantém seu papel de ‘agente’ da produção autobiográfica, mas seu papel de leitor perde valor” (MOLINARI, 2005: 381). Isso parece ser verdade no caso da carta de Anna, que não deixou, por exemplo, de revelar nela sua escolha por uma subjetividade desviada.

No caso da importância do controle da sexualidade feminina, conforme aponta Cunha, algumas técnicas de cura do alienismo europeu do século XIX mostram bem a relação direta que se estabelecia entre o corpo feminino e a loucura: “a injeção de água gelada no ânus, a introdução de gelo na vagina, a extirpação do clitóris ou dos órgãos sexuais internos” (CUNHA, 1989: 130). Ainda segundo a autora, o abandono paulatino dessas ferramentas nas primeiras décadas do século XX não significou uma transformação significativa nos modos de percepção da loucura feminina, uma vez que as velhas técnicas foram substituídas pelo tratamento moral ou, mais tarde, pelas abordagens organicistas (CUNHA, 1989: 131). Nesse sentido, Sueann Caulfield observa que, não obstante a vulgarização do trabalho de Freud levasse “a uma crescente aceitação da ideia de que as mulheres ‘normais’ possuíam libido, muitos juristas e médicos continuavam a publicar evidências científicas que apoiavam sua convicção de que mulheres sexualmente assertivas eram uma aberração” (CAULFIELD, 2000: 191).

A seguir, apresentamos o relatório da monitora de Higiene Mental Zilda Martins Rouband, destinado a Plínio Olinto e escrito três dias depois da carta de Anna. Em seu relatório, a ex-monitora, como assinou a enfermeira, destacou as ofensas que sofreu por parte dessa paciente e abordou sua fuga e planos.

Rio 5 de Março de 1926

Dignissimo Director da Colonia de Alienadas Dr. Plinio Olinto

Por entermedio desta, venho fazer o relatório escripto da fuga da doente Anna Luqui.

Dr. Plinio na terça-feira dia 2 do corrente, Anna me maltratou muito, diss as cousas mais barbaras que ela sabe, e eu fiquei tão contrariada que decidi sahir de licença da tarde, neste mesmo dia eu fiquei passando bastante mal e no dia seguinte meu estado peorou. Na quinta-feira achando-me melhor apresentei-me tendo a cruel surpresa de ter sido

despedida, e ao mesmo tempo causadora da fuga da mesma. Quando regresssei a minha residência encontrei a Anna em casa, e meu pae que não gosta de complicações, telephonou para a Colonia, dizendo onde ella estava. No momento em que vieram buscá-la, Ella se escondeu, e não foi possível achá-la. Quanto estava escurecendo ela apareceu e, como já era tarde nos deixamos para entrega-la hoje. Dr. Plinio a Anna quis lhe comprometer do seguinte modo: indo a delegacia e dizer que o senhor é um homem conquistador, e que lhe fez muitas propostas, e eu achando tudo isto uma cousa impossível não consenti semelhante ultraje a sua pessoa. Ella voltou para a colonia forçada e disse que ia fazer o impossível para lhe comprometer porque eu não consenti que ela ficava na minha residência.

Se por acaso o senhor precisar de falar comigo mande me chamar na Rua das Saudades n 155 T. os Santos.

Ex monitora

Zilda Martins Rouband

Embora não possamos afirmar que Plínio Olinto fosse, de fato, um “homem conquistador”, importa registrar a ideia e a capacidade da paciente de desenvolver esse discurso com o provável objetivo de se reapropriar e desviar “dos instrumentos simbólicos que instituem a dominação masculina contra o seu próprio dominador” (SOIHET, 2004: 398). Parece que ela buscava resistir ao manicômio jogando com o estigma de pervertida que pesava sobre ela, e implicando o diretor num possível escândalo de abuso.

Cabem ainda algumas reflexões a respeito desse relatório: como a paciente sabia o endereço da monitora? Será que, ao contrário do que Zilda afirmou em seu relatório, as duas teriam saído juntas da colônia? Que tipo de relação ou vínculo existia entre as duas? Teria havido no episódio da captura frustrada da paciente alguma conivência da enfermeira e mesmo de seu pai? Ora, o fato da paciente ter fugido para a casa da enfermeira e de ter ali pernoitado mesmo após uma incursão de funcionários da colônia ao local sugere uma ligação entre as duas. Ou seja, apesar de serem aparentemente tipos opostos de mulheres (a santa e a pervertida), algum laço ou intimidade pareceu ter sido construído entre elas durante o internamento. Em todo caso, considerada perdida e sem rede de apoio, Anna pode ter visto Zilda como alguém que poderia acolhê-la. A relação delas não foi marcada pela hierarquia de gênero, como se apresentava na relação médico-paciente; além disso, as enfermeiras, em geral, pertenciam, naquele período, às classes mais baixas.

Anna, onze dias após sua fuga, saiu efetivamente da colônia mediante alta como uma tentativa de adaptação em outro ambiente, permanecendo em torno de um ano e sete meses na instituição. Na verdade, a Colônia de Engenho de Dentro estava, dessa forma,

“se livrando” dessa paciente que, além de “pervertida”, havia se mostrado turbulenta por fugir e por procurar armar uma trama contra o diretor interino da instituição. Devemos considerar que, naquela situação, a alta seria preferível à transferência para o hospício, pois nessa última alternativa se correria o risco da paciente retornar, tempos depois, para a colônia, afinal se tratava de uma paciente jovem, apta para o trabalho. A alta seria, portanto, uma forma de resolver, a princípio, o problema.

No capítulo 3, analisamos uma série de quatro reportagens publicadas pelo jornal *A Manhã*, que fez graves denúncias contra a colônia. A terceira reportagem, publicada no dia 9 de outubro de 1926, sob o título “O grosso do exército, disse o Dr. Juliano Moreira, está aqui fora... Os escândalos inomináveis passados ‘intramuros’ na Colônia das Mulheres Alienadas do Engenho de Dentro. Menores dementes defloradas e prostituídas”, trazia informações de pelo menos duas pacientes que lançaram mão da escrita de si na colônia. Sobre Anna foram apresentadas as seguintes informações:

Anna, também menor, ultimamente fugira para Ramos, seduzida por uma das enfermeiras que a guardavam! Somente dois dias depois é que a foram buscar. Não demorou muito, deram-lhe alta. Sabemos, de fonte limpa, que Anna está hoje prostituída.<sup>1227</sup>

Em resumo, Anna escapou do manicômio transgredindo a disciplina institucional e, segundo a reportagem citada, foi viver da prostituição, o que preferia a ter que passar seus anos dentro da colônia. No caso do exercício da prostituição, estamos falando de uma estratégia cotidiana de sobrevivência, mas também de redes de convivência e sociabilidade (SCHETTINI, 2006: 221). Conforme explica Cristiana Schettini, “para muitas mulheres pobres a prostituição era parte de um espectro de trabalhos, em sua maioria, domésticos, disponíveis a elas” (p. 221). Assim, destacamos que a afirmação de que poderiam conseguir trabalho fora modula as tentativas de negociação de Guilhermina e suas companheiras, que diziam que poderiam atuar como empregadas domésticas, e, também, de Anna, que afirmava que poderia ser uma trabalhadora do sexo.

A seguir analisamos as histórias clínicas e os escritos das três pacientes internadas pela polícia/família. Primeiro apresentamos os casos de Yolanda Machado e Dolores Porto, que, assim como as pacientes analisadas até aqui, também escreveram para Plínio Olinto. Por último, focalizamos o enquadramento médico e as cartas de Olga que, como já comentamos, é a única paciente do grupo que escreveu para pessoas externas à instituição.

---

<sup>1227</sup> O GROSSO do exército..., 1926, p. 1.

#### 5.3.4. Yolanda Machado:<sup>1228</sup> **peço encarecidamente que me mande para o hospício!**

Yolanda era branca, brasileira, solteira, 15 anos, doméstica, residente em São Gonçalo, internada pela RCP. Ingressou no HN em janeiro de 1922, sendo transferida para a colônia em maio desse ano. O diagnóstico foi estado atípico de degeneração. Trabalhava na copa, o tratamento era *opendoor*, balneoterapia, clinoterapia e injeção de sedoferro e o prognóstico foi “sem esperança”. Obteve ao todo oito licenças médicas, saindo nos seguintes anos: 1932, 1933, 1934, 1936, 1937 e 1940.

Essa jovem, que foi levada por seu pai à polícia para que esta a encaminhasse ao hospício, só sairia da instituição de Engenho de Dentro, de modo definitivo, aos 33 anos de idade. Aos 25, depois de uma década asilada, ela obteve sua primeira licença. Constatamos que dos 15 aos 24 anos essa paciente ficou sob asilamento total; e dos 25 aos 33, intercalou o asilamento com estadias fora da instituição por meio de licenças médicas. Essas licenças evidenciavam a existência de um vínculo fora da instituição. No entanto, a paciente sempre retornou para a instituição antes do prazo, com exceção da licença de 1936.

Yolanda foi observada na colônia por Gustavo de Rezende, que registrou as seguintes informações sobre a paciente:

Anamnese: Desde criança apresenta um caráter irascível, agredindo, pelo motivo mais fútil, quem quer que incorresse no seu desagrado. A sua última agressão em casa foi ao seu próprio noivo, motivo pelo qual seu pai resolveu interná-la no Hospital Nacional. Aqui na colônia continua com a pugnacidade. Seus pais são vivos.

Exame direto: apresenta-se calma, orientada no meio e no tempo. Lembra-se bem dos fatos antigos e recentes. Não apresenta distúrbios psicossensoriais. Tem humor alegre, mas um pouco irascível, estando sempre disposta a agredir. Fala-nos a doente, com orgulho, dos seus atos de bravura. Quanto à sua afetividade, nota-se uma desproporção entre o seu modo de sentir e de agir; ao mesmo tempo que se refere a sua mãe com indiferença, jacta-se de ter agredido alguém que tenha ofendido a honra de sua mãe.

Observada novamente em 02/07/1927 a doente mostra-se impulsiva, do mesmo modo agressiva, estando, porém, bem-disposta, gorda, corada, com bom apetite, dormindo bem.

No artigo intitulado “A era dos modelos rígidos”, Carla Pinsky diz que, para conhecer o ideal de mulher na sociedade do início do século XX, basta recorrer à imagem da prostituta. Assim, “se a mulher ‘de família’ não quer ser identificada com tal figura,

---

<sup>1228</sup> N. 1.640, Livro 13 de Observação.



não deve parecer-se com ela sequer no modo de falar, caminhar, vestir ou perfumar-se”. Ao contrário da meretriz, “a mulher ‘de bem’ não eleva a voz, não comete excessos verbais nem fala palavrões. Cultiva hábitos sadios e boas maneiras (...). Também não faz arruaças, passeia em trajes impróprios ou se desmoraliza em namoros escandalosos como fazem as ‘meninas perdidas’” (PINSKY, 2013: 472). Além disso, para que a mulher “de família” não se desviasse do comportamento esperado para o seu sexo, havia uma vigilância redobrada sobre as donzelas durante o período de namoro e noivado (PINSKY, 2013: 478). Sem dúvida, esse modelo de feminilidade atravessou a internação de Yolanda, que, como vimos, demonstrava uma agressividade e independência tradicionalmente aceita apenas para os homens e não para as mulheres, que deveriam ser sinônimo de doçura e obediência. Sua revolta era dirigida, sobretudo, a figuras masculinas: ao noivo e ao pai; ou, talvez, em relação a essas figuras, seu destempero (ou desespero) tomasse outra proporção.

É possível que essa jovem estivesse, em alguma medida, identificada com a belicosidade do próprio pai. Quanto à sua mãe, ela contava, com orgulho, ter agredido alguém que ofendera a honra dela. Para o médico, esse sentimento de orgulho por seus “atos de bravura” era um sintoma da sua loucura, uma prova do seu estado atípico de degeneração. A ideia de desproporção entre o seu modo de sentir e de agir citada por Rezende é algo que aparece no diagnóstico de “estado atípico de degeneração”, tratado por Henrique Roxo em seu *Manual de psiquiatria* (1938). Contudo, podemos pensar que o que o pai e o psiquiatra liam como “pugnacidade” era a atitude de Yolanda de não acatar, passivamente, as regras do patriarcado e da instituição psiquiátrica.

Em 1926, Yolanda Machado, então com 19 anos, escreveu uma carta para Plínio Olinto. Nessa época ela já totalizava quatro anos de internação naquela instituição.

Dr. Plínio, lhe peço encarecidamente que me mande para ó, hospício, se o Sr. não me mandar saberei o que lhe faço, bem estar lembrado o que eu lhe fiz a qui, na Colonia lembres ê pence, quem lhe fez uma fez faz duas ê três lembre o dia que é hoje dia 22 de Março de 1926 se eu não lhe fizer outra vez eu não quero me chamar Yolanda Machado. Eu sei que é contra ordem falar com medico aqui na colonia eu mesmo falando com a sua pessoa sei que o Sr. não me atende pôr isso mesmo mando este bilhete, para ver se ao menos pello bilhete (o Sr.) me atende desculpa á calegraphia foi escripto á ultima hora quem lhe manda dizer isso é Yolanda Machado, sua creada.

Yolanda inicia a sua carta pedindo encarecidamente ao médico que a mandasse para o hospício. Na sequência, abandonando a deferência, diz: “se o Sr. não me mandar saberei o que lhe faço”. A paciente ainda declarava que, caso ela não cumprisse a

promessa de vingança, não queria mais se chamar Yolanda Machado, e, em um tom assertivo e, ao mesmo tempo, marcando sua posição subalterna em relação ao médico, finalizava a carta se desculpando pela caligrafia e afirmando que “quem lhe manda dizer isso é Yolanda Machado, sua criada”. Alternando cordialidade e ameaça, Yolanda esperava conseguir sua transferência para o hospício.

Para se fazer ouvir, para fazer valer seu desejo de ser removida da instituição, essa jovem paciente escreveu um bilhete para Olinto, buscando, segundo a própria, burlar a proibição existente com relação a contatos diretos com os médicos. Desse modo, Yolanda escreve na Colônia de Engenho de Dentro como uma forma de reagir ao silenciamento imposto pelo saber-poder psiquiátrico. A paciente demandava desesperadamente uma resposta do médico, mas, provavelmente, suas letras foram arquivadas como prova de sua pugnacidade e loucura. Seguindo a doutrina de objetividade corporificada enquanto *conexão parcial* de Donna Haraway (2009), explicitada no início desta seção, o testemunho da paciente sobre a proibição de falar com os médicos pode ser considerado como uma prova da hierárquica relação médico-paciente na colônia. Essa regra institucional, forjada dentro dos muros da instituição por meio de discursos e práticas, serviria para impor o silêncio às pacientes.

A dificuldade de ter contato com os médicos também foi observada nas autobiografias das mulheres no hospital psiquiátrico Quarto al Mare, em Gênova, no início do século XX, analisadas por Augusta Molinari (MOLINARI, 2005: 392). Segundo Molinari, “a natureza da instituição psiquiátrica não deixa espaço para comunicação. Não só faltam oportunidades de socialização, mas, sobretudo, há uma condição de segregação que torna implausível a possibilidade de cura. Não são poucas as tentativas que se entregam ao seu destino de loucura e aceitam a pena de internamento” (MOLINARI, 2005: 392). Isso parece ter ocorrido com Yolanda, que solicitava uma transferência para o HN, e com Mathilde, que, como vimos, pedia para voltar para o Pavilhão Epitácio Pessoa (serviço aberto). Em seu bilhete, Yolanda não justificou a razão pela qual preferia o hospício à colônia feminina, mas fazia uma grave crítica aos médicos desta última instituição. Além disso, ao que tudo indica, no regime colonial as exigências de trabalho das pacientes tornavam-se maiores. Uma hipótese que podemos elaborar é que, ao contrário das pacientes da carta coletiva, elas podiam ter medo de sair e não conseguir trabalho fora; mas não sabemos se elas se propunham a ficar no manicômio o resto de suas vidas.

A paciente esperava que o médico cedesse diante da sua “promessa sem volta”, pois dizia que não iria desistir enquanto não conseguisse sua remoção para o hospício. No entanto, Yolanda Machado saiu da colônia somente em 26 de agosto de 1940, por meio de uma alta médica. Permaneceu, a princípio, mais de dezoito anos na instituição. A internação em uma instituição psiquiátrica foi, na época, um expediente utilizado por algumas famílias (patriarcais), em especial por pais e irmãos, para disciplinar/controlar jovens consideradas insubmissas, como Yolanda. Sobre o fato de a paciente sempre voltar antes do prazo quando das licenças, pode-se pensar que estivesse relacionado às dificuldades do convívio com os familiares e às relações de poder no ambiente doméstico. Essa paciente ficou internada dos 15 aos 33 anos na colônia, passando a juventude e a primeira década da vida adulta, ou seja, o início e o auge da sua vida sexual e produtiva institucionalizada. O manicômio representou, por um lado, a negação de sua vida sexual e, por outro, a normatização para o trabalho. Diagnosticada como portadora de um estado atípico de degeneração, ela acabou sendo impedida de se tornar uma mulher adulta e livre.

### **5.3.5. Dolores Porto:<sup>1229</sup> por obséquio, a Maternidade de Laranjeiras!**

Dolores era branca, brasileira, solteira, 17 anos, não tinha profissão e foi admitida na assistência psiquiátrica por autorização do diretor geral. Consta que foi internada no hospício e na colônia em 14 de abril de 1926 (é possível que a paciente tenha entrado diretamente na colônia). O diagnóstico foi epilepsia, trabalhava na copa, o tratamento foi o *opendoor* e prognóstico, desfavorável.

Por ocasião da observação médica, Dolores narrou sua história para Gustavo de Rezende, que a descreveu como uma pessoa de “aspecto tristonho”, afetividade presente, memória lacunosa e inteligência medíocre. Segue abaixo sua observação médica na íntegra:

Anamnese: Conta a doente que desde os 6 anos saiu da casa dos seus pais, indo residir em casa de uma família desconhecida onde se criou, nunca mais tendo notícias de seus pais, ouvindo mais tarde que diziam ter tido o seu pai assassinado a sua mãe. Tem 4 irmãos que gozam saúde. Não se lembra de ter tido doenças contagiosas quando criança.

Foi menstruada pela primeira vez aos 13 anos e pouco depois teve coqueluche e depois sarampo. Diz ter sido deflorada por ocasião do carnaval e achava-se com três meses de gravidez. Foi internada no hospital pelo seu tutor por causa de seus ataques que datam desde os 13 anos de idade.

Exame direto: Apresenta-se calma, orientada no meio e no tempo, tem um aspecto tristonho, mas nos atende com ar afável, prestando as

---

<sup>1229</sup> N. 1.961, Livro 16 de Observação.

informações que pedimos. Sua inteligência é medíocre, não sabendo bem escrever e ler. Sua memória ressent-se de algumas lacunas, só quanto aos fatos ocorridos em seus tenros anos. Afetividade presente.

Dolores, portanto, tinha uma história de vida bastante difícil. Acabou crescendo longe dos pais, com uma família desconhecida. Perdeu totalmente o contato com os progenitores, vindo a saber mais tarde que o pai poderia ter assassinado sua mãe. Como vimos acima, Dolores dizia ter sido internada no hospital por seu tutor em razão de seus ataques epiléticos, os quais haviam começado quatro anos antes. Pensamos que, além da epilepsia, a gravidez dessa jovem deflorada possa ter sido determinante para a internação. Percebemos também que muitas mulheres epiléticas eram internadas no período do pré-parto por causa da intensificação dos ataques.

Apesar de sua imensa dificuldade para escrever, a paciente se dispôs a fazer uma carta para Plínio Olinto. Nela, pedia que o diretor interino lhe conseguisse uma vaga na Maternidade de Laranjeiras e explicava os motivos pelos quais não poderia ficar na colônia:

Dr. Prinio Linto

Pesso o senhor que tenha obeseque de aranjá para mim e para maternidade da laranjeira porque eu aqui não poso ficar já tive uma grande imarajia [hemorragia] diveda as enfermeira mimachucar pressipalmente a Ethlevina ter sentado sobre a minha barriga e ter posto o joelho ainda estou doete na cama não posso me levantar porque ssinto muita dor.

Adotora fez o isame e disse que era prinssepe de aborto. Eu pensso que o Senhor não sabe do que ellas mifesero.

Sua criada Dolores Porto.

Dolores Porto denunciava os maus-tratos sofridos nas mãos das enfermeiras da instituição, principalmente por parte da enfermeira Etelvina,<sup>1230</sup> que teria sentado e ainda pressionado o joelho sobre sua barriga. A partir de seu relato, é possível pensar que essa enfermeira estivesse tentando provocar um aborto na paciente. Segundo Dolores, em razão dessa violência, ela havia tido, inclusive, uma grande hemorragia, e a médica (provavelmente Dra. Joana Lopes, ginecologista da instituição) havia diagnosticado um princípio de aborto.

A preocupação com a sua gestação domina Dolores e modula seus protestos e tentativas de negociação. Além disso, esta carta nos oferece informações sobre a situação de abuso físico dentro da colônia, bem como o poder exercido pelas enfermeiras. Assim como Guilhermina, que acusava o Dr. Plínio de não conhecer os problemas das refeições

---

<sup>1230</sup> A carreira de Etelvina Torres da Fonseca na colônia foi analisada no capítulo 2.

servidas na instituição, Dolores encerra a carta dizendo que ele não tinha ideia do que as enfermeiras lhe haviam feito. Havia nessas ponderações alguma esperança de corrigir injustiças. O texto de Dolores Porto é, portanto, mais uma “carta-denúncia” escrita por pacientes da colônia em meados dos anos de 1920, apontando a truculência das enfermeiras da instituição e descrevendo, especificamente, um episódio de violência obstétrica. A Colônia de Engenho de Dentro é apresentada, por essa paciente grávida que aí permaneceu por 75 dias, como um lugar onde sua vida e a do seu bebê corriam perigo.

Como pode ser observado, além do relatório da ex-monitora Zilda, três cartas traziam para a cena principal uma figura feminina importante da vida cotidiana da instituição, mas muitas vezes invisibilizada: a enfermeira.<sup>1231</sup> De um lado, a história de Anna demonstrou quão próxima podia ser a relação entre paciente e enfermeira. De outro, Dolores expunha os maus-tratos e a violência infligidos por enfermeiras. Contemplando as duas perspectivas, Mathilde apontava a diferença do tratamento dispensado pelas enfermeiras dos serviços aberto e fechado, retratando esse último, ao contrário do primeiro, como medicalizado e violento. A relação entre pacientes e enfermeiras poderia ser, portanto, de cuidado, mas também de violência.

Assim, Dolores Porto entendia que a Maternidade de Laranjeiras<sup>1232</sup> poderia ser a instituição médica adequada para sua internação. Naquele momento, porém, faltavam ainda cerca de quatro meses para ela dar à luz. Por não se adaptar ao regime colonial, Dolores acabou sendo transferida para o HN, onde provavelmente deu à luz, caso tenha se recuperado da situação de ameaça de aborto. Sobre esse tema da maternidade, cumpre destacar que, dentro da assistência psiquiátrica do Distrito Federal, o HN teve papel relevante em relação ao parto de mulheres pobres. Muitas delas eram transferidas para a colônia feminina após darem à luz nesse estabelecimento. Havia a expectativa de que os sintomas desaparecessem após o parto e que elas recebessem alta médica no hospital. Do mesmo modo, uma vez identificada a gravidez em pacientes da colônia feminina, na

---

<sup>1231</sup> As enfermeiras teriam um papel mais visível na documentação clínica a partir de meados de 1930, quando elas passaram a fazer e assinar entrevistas realizadas junto às pacientes internadas nos serviços aberto e fechado e também com os seus familiares.

<sup>1232</sup> Segundo Cássia Roth, entre junho de 1922 e maio de 1926, mais de duas mil mulheres grávidas deram entrada na Maternidade de Laranjeiras. A instituição “fornecia atendimento ginecológico e obstétrico gratuito; assim, sua clientela era proveniente das classes pobres e trabalhadora da cidade” (ROTH, 2020). A maioria das pacientes era mulher de cor, e grande parte das pacientes brancas eram imigrantes. Futuros obstetras, “enquanto providenciavam o atendimento médico que salvava vidas, também aprimoravam suas habilidades nos corpos das mulheres mais vulneráveis da cidade”. Segundo a pesquisadora, em alguns casos, a prática clínica na Maternidade de Laranjeiras foi violenta, cabendo o uso do termo “violência obstétrica” (ROTH, 2020: 214). Para saber mais sobre o processo de medicalização e hospitalização do parto no Brasil, consultar TEIXEIRA *et al.*, 2021.

maioria dos casos elas eram imediatamente removidas para o hospital urbano. Numa dessas transferências, Gustavo de Rezende destacou que isso ocorria “por não haver maternidade na colônia”.

### 5.3.6. Cartas de amor por Olga Guimarães

Olga<sup>1233</sup> era branca, brasileira, natural do Distrito Federal, solteira, 21 anos, doméstica, procedeu e foi internada pela 17<sup>a</sup>. Delegacia de Polícia. Ingressou no HN em 13 de maio de 1926, sendo transferida para a colônia em 4 de agosto desse ano. O diagnóstico era psicose maníaco-depressiva, não trabalhava, o tratamento foi *opendoor*, clinoterapia, balneoterapia e *Casimiroa Edulis* e o prognóstico, desfavorável. Obteve uma licença de seis meses em 21 de novembro de 1926 e regressou em 25 de maio de 1927. Esteve na Sala Paulo Costa em setembro de 1926, assim que chegou transferida do hospício, tendo ficado agitada durante quinze dias e, logo depois, deprimida. Esteve ainda nesse espaço em outubro de 1926 e junho de 1927, nesta última vez por ter regressado da licença apresentando-se agitada. Fugiu da instituição em junho e julho de 1927, tendo regressado nas duas vezes acompanhada por pessoas de sua família.

Aproximadamente oito meses após sua internação, sua irmã mais nova, Isabel Guimarães,<sup>1234</sup> também foi internada no hospício. As duas irmãs, Olga e Isabel, foram internadas pela mesma delegacia e na colônia foram igualmente observadas por Plínio Olinto. De acordo com esse médico, no entanto, antes de entrar para o HN, de onde veio transferida, Isabel esteve em tratamento no Serviço de Profilaxia Mental e permaneceu alguns dias no Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa, “em observação e aproveitando os benefícios do isolamento”. Ainda segundo Olinto, durante o tempo em que esteve no serviço aberto, a paciente teria se mantido bem orientada, embora revelasse “pouco desenvolvimento mental e reduzida capacidade de iniciativa e de trabalho”. Já na parte fechada da colônia, Isabel teria se mostrado “deprimida, desorientada no tempo, mal orientada no meio. Muito reservada, outras vezes indiferente, não fornece dados para um

---

<sup>1233</sup> N. 1.985, Livro 16 de Observação.

<sup>1234</sup> N. 2.009, Livro 17 de Observação. Branca, brasileira, solteira, 16 anos, doméstica, diagnosticada com delírio episódico, ela procedeu e foi internada pela 17<sup>a</sup>. Delegacia de Polícia no hospício em 1<sup>o</sup>. de fevereiro de 1927, sendo transferida para a colônia em torno de vinte dias depois. Obteve uma licença de doze meses em 26 de dezembro de 1927, regressando em julho do ano seguinte, cerca de quatro meses antes do prazo. Esteve na Sala Paulo Costa em agosto de 1927. No início, não trabalhava; mais tarde, trabalhou na rouparia. O tratamento foi o *open-door* e o prognóstico, desfavorável. Foi eliminada do quadro de pacientes da colônia em 27 de fevereiro de 1930, por não regressar de uma nova licença de doze meses obtida em 8 de fevereiro de 1929. Permaneceu, de fato, na colônia quase dois anos.

exame psicológico”. O médico apontou ainda que, de acordo com as enfermeiras, ela manifestou insônia e crises de agitação leve.

Sobre Olga, o médico registrou que ela nada informava sobre seus antecedentes pessoais ou familiares, sabendo “apenas que foi levada pelos seus parentes para o Hospital Nacional por andar em casa muito nervosa. Continuando esse nervoso, veio transferida para a colônia”. No exame direto, o médico fez os seguintes comentários sobre a paciente:

É uma doente de compressão franzina, desorientada no meio e no tempo. Apresenta-se desarranjada, movimentando os braços e cabeça, em certa agitação motora. Sua atenção é instável. A doente está sempre alegre, quer conversar, procura andar pois dificilmente se consegue retê-la no leito, em repouso. Às vezes manifesta certa loquacidade onde a fuga de ideias é patente. Como nos estados depressivos a doente fala sempre.

Por meio de uma pesquisa no site *Family Search*, descobrimos que os pais de Olga haviam tido cinco filhas e um filho. Celso, seu pai, era português e faleceu em 1918. Assim, é provável que Olga e Isabel tenham sido internadas pela mãe e/ou pelo irmão.

Como já comentamos, durante sua passagem pela colônia Olga escreveu quatro cartas de amor (três para Ricardo, de quem ela dizia ser noiva, e a outra para um jovem de nome Antônio), e recebeu uma carta de Ricardo. Reproduzimos primeiro as três cartas dirigidas a Ricardo. Não é possível precisar a ordem em que tais cartas foram escritas, pois apenas uma (carta 3) possui data. Esta foi escrita doze dias antes de Olga ser transferida para o HN por não ser adaptável ao regime colonial; ela permaneceu na colônia quase um ano, e na assistência, estava há pouco mais de um ano.

### Carta 1

Meu anjinho

Quanto é triste eu viver sem ti. É doloroso a tua ausência. Sinto-me cada vez mais acabrunhada.

Quando será que nos reunimos para sempre. Que eu ao teu lado gozarei as caricias das tuas meiguices meu amor.

Penso em ti a todo o momento e a toda hora.

Aqui na colônia, tenho-te no pensamento, a doce expressão dos teus olhos.

Desejo-te ver ao pé de mim porque te amo e te adoro.

Anjo da minha alma, te venero e adoro-te e por isso quero ver-te só ao meu lado.

Quando será que eu no teu colo, poderei dar-te o beijo mais sincero do meu cálido lábio, que jamais eu espero.

Serei tua eternamente, assim como serás meu por toda a eternidade.

Meu filhinho quando será o dia das nossas feliz núpcias.

Então veras quanto é triste eu viver sem ti.

Aqui passo as visitas tão só, que adormeço tristonha.

Acordo pensando em ti, enquanto a brisa vem vindo muito ao longe do firmamento.  
Quero-te muito talvez mais do que tua própria mãe.  
Adoro-te o quanto eu adoro minha mãe.  
Querido, vem ver-me e então veras como eu te amo.  
Serei tua deusa eternamente enquanto eu aqui tiver.  
Nos teus lábios purpurinos  
aceita um beijo do ente que te ama loucamente.  
Aglo [Olga ao contrário]

## Carta 2

Ricardo  
Meu amorzinho  
Estou ansiosa para ver-te, as saudades são tantas que penso de enlouquecer. Quando é que eu ao teu lado gozarei as delicias de um leito murmúrio. Sei que eu te amo bastante e não posso esquecer-te um só momento. Querido és tão ingrato que não fostes me ver, quando eu estava na Colônia. Durmo estas noites tão fria sozinha, podendo eu estar ao teu lado. Meu benzinho espero que não demore muito o nosso colóquio amoroso. Creio que tu também deves estar ansioso, não? Espero que assim eu saia da Colônia, tua venhas me ver. Tenho muito o que te contar. Creio que tu não vais de certo ficar contente, mas eu conto-te antes que tu venhas a saber por boca de outra pessoa.  
Se eu te contar a minha prisão, tu até choras.  
Mil beijinhos da tua noivinha, Olga Tavares.  
Ricardo Tavares. Em mão.

## Carta 3

Ricardo  
Meu amorzinho  
Quanto é doloroso eu viver sem ti. Não imaginas quanto é triste e penoso. São 7 horas apenas estou na maior melancolia que existe.  
Quanto penso em ti, talvez nem te lembras de mim.  
Meu amor não fiques aí por muito tempo  
Estou pedindo a Deus para chegar o dia em que nos reunimos para sempre. Serei tua Julieta e tu o meu Romeu.  
Quando será que eu vou apreciar as tuas carícias e os teus nervosos demasiado.  
Espero que não falte muito, pois assim ficarei louca. Quero-te muito, porque te amo e te adoro. Aceite um beijo em teus lábios.  
Venero-te e amando-te sempre, serei tua Deusa.  
Olga, 26-6-1927

Olga iniciou as três cartas escritas para Ricardo falando sobre sua tristeza: “quanto é triste eu viver sem ti. É doloroso a tua ausência” (carta 1); “estou ansiosa para ver-te, as saudades são tantas que penso de enlouquecer (carta 2); e “quanto é doloroso eu viver sem ti. Não imaginas quanto é triste e penoso” (carta 3). A dolorosa ausência de Ricardo marcaria, portanto, a internação de Olga, que falava, inclusive, de enlouquecer de saudades. Ela também repreendeu Ricardo por ele não ter ido visitá-la na colônia: “aqui



passo as visitas tão só, que adormeço tristonha” (carta 1) e “querido és tão ingrato que não fostes me ver, quando eu estava na Colônia” (carta 2). Além de ressentimento, outro sentimento que vem à tona em sua narrativa é o abandono: “quanto penso em ti, talvez nem te lembras de mim”.

São narrativas que, escritas em forma poética e com recursos como o duplo sentido erótico ou sexual, evidenciam o objetivo de Olga de envolver Ricardo na concretização do casamento: “quando será que nos reunimos para sempre. Que eu ao teu lado gozarei as carícias das tuas meiguices meu amor. (...). Meu filhinho quando será o dia das nossas feliz núpcias” (carta 1); “quando é que eu ao teu lado gozarei as delicias de um leito murmúrio. (...) Meu benzinho espero que não demore muito o nosso colóquio amoroso. Creio que tu também deves estar ansioso, não?” (carta 2); e “estou pedindo a Deus para chegar o dia em que nos reunimos para sempre. Serei tua Julieta e tu o meu Romeu. Quando será que eu vou apreciar as tuas carícias e os teus nervosos demasiado” (carta 3). A expressão “colóquio amoroso” poderia se referir a casamento e, implicitamente, à relação sexual. Além disso, no final da carta 2, assinou como Olga Tavares, sobrenome de Ricardo.

Em seguida, após mencionar Julieta e Romeu – os arquétipos do romance jovem proibido (PERET, 2014: 5) –, a paciente se perguntava quando poderia apreciar as carícias e os nervosos demasiados do amado. Nesse trecho, a reprodução do machismo pode ser detectada com muita clareza, pois a ideia de submissão feminina, passando pela aceitação (apreciação) da mulher ao temperamento nervoso do homem, se impõe. Mas essa promessa de sujeição também sugere uma tentativa de negociação com o objetivo de sair do manicômio e, também, do controle da família ao conseguir casar-se com o noivo.

Talvez Olga não fosse mais virgem, talvez tivesse sido deflorada pelo noivo que, por sua vez, relutava em se casar com ela. Conforme explica Carla Pinsky, a necessidade de garantir a virgindade das mulheres até o casamento e distingui-las em “honestas” e “desonestas” atravessou os séculos. O hímen era ainda “o capital precioso das jovens casadoiras” e a honra sexual feminina, “assunto de família, já que comprometia diretamente os parentes próximos. As mulheres deveriam ser vigiadas e seu sexo protegido dos sedutores, dos estupradores... e, às vezes, de si mesmas” (PINSKY, 2013: 471). É possível pensar, inclusive, que a internação de Olga tenha sido uma tentativa de resolver o caso de um defloramento de forma discreta, uma tentativa da família de controlar a sexualidade e o destino da jovem.

Na carta de Ricardo para Olga, ele refere-se a ela como uma mulher de olhar doce e meigo, mas demonstra insegurança em relação ao amor dela e, conseqüentemente, à continuidade desse romance. Chega a perguntar se Olga seria dele mesmo e para sempre.

Adorada Olga  
Saudades  
Querida receio bastante que o tempo chuvoso não permita que te fale, naturalmente não irá apanhar chuva por minha causa, não é?  
Estou com muitas saudades tuas, porque muito te amo e sofro imenso, porque tenho-te no coração o teu doce e meigo olhar, e sinto ainda o calor das tuas mãozinhas.  
Estou ansioso para ver-te.  
Serás minha para sempre?  
Beijos as tuas mãozinhas  
O teu Ricardo

Uma desconfiança dos homens em relação às mulheres foi apontada por Mariana Maluf e Maria Lúcia Mott: “se as reclamações das mulheres estavam pontuadas de mágoa e revolta, as dos homens pareciam revelar desconfiança para com a ‘nova mulher’. ‘Caso ou não caso?’, indagava o conservador poeta modernista Menotti del Picchia, em 1920” (MALUF; MOTT, 1998: 372).

Por fim, apresentamos abaixo a carta de Olga para o jovem Antônio. Olga, percebendo o afastamento do noivo, teria tentado então conquistar o coração desse rapaz? Apesar do desejo de casar-se, é provável que a excitação sexual também a influenciasse.

Antonio, Meu amorsinho  
Estou com muitas saudades tuas quanto é que nós vamos dormir outra vez juntinhos.  
Meu bem, quero te pedir uma cousa e que só você poderá me dar. Quero falar contigo breve.  
Não repare, eu te escrever a lápis porque eu não tenho nesta ocasião tinta.  
Aceita mil beijos desta que muito te estima. Olga  
Manda-me o teu retrato que mais tarde eu vou tirar o meu e te dou.  
Tua ama[?]  
Ao jovem Antônio  
Em mão própria, A mesma

Olga, portanto, revelou que havia passado uma noite com Antônio. Além disso, ela buscou bajulá-lo, dizendo que gostaria de pedir algo que só ele poderia lhe dar. Outro ponto interessante é a menção a troca de retratos. A descoberta da fotografia, “principalmente no que se refere ao retrato, era uma resposta à necessidade do homem de dar expressão à sua individualidade num mundo em transformação” (MUAZE, 2007: 173); já a prática da permuta “de retratos estava atrelada à moda do colecionismo e dos álbuns de família” (MUAZE, 2007: 184). A proposta de troca de retratos feita por Olga

aponta para a importância da fotografia como meio de representação de si, mas também como forma de afirmação do vínculo entre eles, da reciprocidade dos sentimentos. Em suma, para além da busca de uma identidade, a referida proposta pode ser entendida como uma tentativa da paciente de “pertencer”, ter alguém do lado de fora.

Ao contrário das internas do Juízo de Menores e também das duas outras mulheres pobres, Yolanda e Dolores, que igualmente escreveram cartas, Olga não acreditava que podia ficar “nesta prisão” para sempre. Ela afirmou a Ricardo, na carta 2, que esperava que assim que saísse da colônia ele fosse encontrá-la. Olga não pensou em sair da colônia para ganhar a vida trabalhando em casas de família, como ocorrera com Guilhermina e suas companheiras, nem para se prostituir como Anna, e nem transferida para nenhum outro estabelecimento como Yolanda, Mathilde e Dolores. Essa mulher branca, instruída, parece ter enxergado no casamento sua chance de liberdade.

Apesar disso, Olga foi internada na colônia mais duas vezes por meio do serviço aberto: em 1936 e 1939.<sup>1235</sup> Nessas ocasiões, a paciente já se encontrava casada com um homem chamado José<sup>1236</sup> e trabalhava como operária numa fábrica de flores, ou seja, havia alcançado o lugar de esposa. Nesse novo registro, consta também que ela era católica e tinha instrução rudimentar. Mas, como vimos, Olga, ao contrário das demais pacientes, se mostrava completamente alfabetizada. O diagnóstico era o mesmo: psicose maníaco-depressiva (mania) e o tratamento foi brometo de sódio, clorel, erjotina [ergotina], balneoterapia a 37°. No livro de observação, o médico apontou que a paciente havia sido trazida para o serviço aberto da colônia por apresentar agitação psicomotora:

Cabelos e indumentárias cuidados. Olhar móvel, gesticulação e mímica exagerada. Interrogada, responde com certa irritabilidade, procurando fazer graças, faz que não compreende as perguntas, respondendo quase sempre negativamente.

Destacou, ainda, que a paciente havia se casado aos 24 anos, não tivera filhos nem abortos, e negava perturbações psicossensoriais. Comentou, também, que ela se apresentava orientada no tempo e no meio, e sobre sua aparência: “Bem nutrida. Mucosas visíveis coradas. Dentes artificiais. Pulso 100. Reflexos patelares presentes. Pupilas reagem à luz”.

---

<sup>1235</sup> Paciente 10, Livro 27 de Observação. Foi internada no serviço aberto do Pavilhão Eptácio Pessoa em 16 de novembro de 1936, sendo transferida para o serviço fechado no dia 24 desse mesmo mês. Em 29 de novembro de 1939, deu entrada novamente no serviço aberto, sendo enviada no dia seguinte para a parte fechada da colônia. Não há anotações sobre a saída da paciente.

<sup>1236</sup> O nome do esposo de Olga foi identificado no site *Family Search*.

O nome de Olga, assim como o de Anna mencionado há pouco, também apareceu na reportagem do jornal *A Manhã*, que trazia inúmeras denúncias sobre “menores dementes defloradas e prostituídas” na Colônia de Engenho de Dentro. Sobre Olga foram apresentadas as seguintes informações:

No dia 1º deste mês, entre 4 e 5 horas, foi encontrada a menor Olga em companhia de um sujeito estranho ao estabelecimento, dentro mesmo dos muros da colônia! Olga foi conduzida pelo seu algoz para um mato próximo, onde foi sacrificada. O caso rebentou como uma bomba. O sujeito não foi mais visto. A Olga, impuseram silêncio.  
— Se falar, disseram-lhe, leva uma injeção na língua”.<sup>1237</sup>

O homem com quem Olga havia sido encontrada dentro da colônia poderia ser Ricardo, Antônio ou, ainda, um terceiro personagem que não apareceu em suas cartas. Mas isso pouco importa para entender que essa mulher branca apresentava um comportamento desviante por ter tido relações sexuais antes do casamento. As cartas de Olga podem, inclusive, ser vistas como provas de suas transgressões sexuais. Olga se relacionava e se correspondia com dois homens diferentes. Com seu noivo, ela agia de forma sedutora e buscava levá-lo ao próximo passo, o casamento. A Antônio ela perguntava logo no início de sua carta quando os dois iriam dormir juntos novamente. A carta de Anna também denunciava sua imoralidade, pois Anna falava abertamente de sua libido e escolha pela prostituição. Já na história clínica de Guilhermina, consta que a jovem solteira de 15 anos tinha dois filhos; na de Dolores (de 17 anos, também solteira), que ela estava grávida; na de Yolanda (de 15 anos, solteira), descrita como irascível, que seu pai resolveu interná-la por ela ter agredido ao noivo. Todas, portanto, de alguma forma, apresentavam comportamentos divergentes das normas sexuais e sociais da época. Enquanto os médicos miravam nos comportamentos desviantes, essas mulheres ansiavam pelo reconhecimento de seus sofrimentos e construía estratégias de vida.

Já a última frase da reportagem do jornal *A Manhã* citada anteriormente— “Se falar, disseram-lhe, leva uma injeção na língua” – evidencia o manicômio como espaço de poder e normatização e, também, a relação entre confinamento e silêncio. Porém, em suas cartas, Olga não fez críticas à instituição psiquiátrica. Ela não reclamou do tratamento ou da comida. Reclamou, efetivamente, da ausência do noivo, da saudade e da solidão no confinamento. Em seu livro mais recente (2020), Huertas relaciona o sentimento de ausência encontrado nos escritos de pacientes manicomial à escrita para Freud, como a linguagem dos ausentes, e às cartas de amor para o escritor e filósofo francês Roland

---

<sup>1237</sup> O GROSSO do exército..., 1926, p. 1.

Barthes e, também, para o escritor uruguaio Mario Benedetti. Segundo Huertas, para Benedetti a carta de amor constituía, em verdade, o relato de uma ausência, e “quem dá forma a essa ausência, quem a sofre, quem duvida, quem teme o desamor, é quem anseia por uma resposta, quem espera”. Na mesma linha, Barthes relacionou essa emoção ansiosa da espera às cartas de amor. A partir disso, Huertas caracteriza os escritos dos loucos e loucas como “uma escrita íntima que subjaz, entre outras coisas, a um forte desejo de resposta. (...) Uma resposta de libertação, de resgate, mas também uma demonstração de amor” que nunca chegou, já que as cartas, em vez de processadas, eram arquivadas junto com os registros médicos. Nesse sentido, as respostas obtidas pelos queixosos “foram réplicas silenciosas de abandono e desamor” (HUERTAS, 2020: 112).

Associado a isso, a partir da referência ao conceito foucaultiano de heterotopia de crise e desvio (“espaços paralelos, liminares ou limítrofes que contêm corpos indesejáveis”) e da sua associação ao manicômio, Huertas chama a atenção para “a percepção subjetiva de pessoas que estão dentro de um espaço fechado do qual desejam sair” (p. 67). Nesse sentido, cita que paratopia é “uma localização paradoxal, um lugar que o sujeito não sente como seu, ao qual não está ligado por nenhum sentimento de pertencimento, um lugar ‘impossível’ onde não deveria e não precisa estar” (MAINHUENEAU, 2004). Intimamente relacionado com este conceito de paratopia, o asilo pode constituir-se (simbólica e provocativamente), na visão do autor, como um não-lugar (AUGÉ, 1992), “como um espaço de não pertencimento, de trânsito —porque, novo paradoxo, os pacientes esperam sair dele imediatamente—, como um recinto no qual esse sentimento de não pertencimento soma-se à negação da identidade, à linguagem não compartilhada, à solidão, ao silêncio e, em suma, à alienação”. Entretanto, o autor adverte que “o dilema sobre se o manicômio deve ser considerado um lugar ou um não-lugar pode ser interessante, mas apenas se o relacionarmos com os usos e significados que o estabelecimento tem para os internos”.

Huertas indica que tanto a impressão paratópica como a experiência do não-lugar podem ser encontradas em boa parte dos escritos dos pacientes de Leganés (HUERTAS, 2020: 68), mas que outras fontes e estudos mostram que alguns reclusos chegaram a encontrar “um lugar para si” em instituições psiquiátricas (SACRISTÁN, 2009; WADI; ORDORIKA; GOLCMAN, 2019). Conforme explicam estas últimas autoras citadas, encontrar no asilo um lugar para si significava encontrar “um espaço para viver, trabalhar, amar etc. ou simplesmente um lugar onde era possível escrever” (WADI; ORDORIKA; GOLCMAN, 2019: 184). Nesse sentido, Yonissa Wadi sublinha que as cartas escritas

pela camponesa brasileira Pierina, internada no Hospício São Pedro em Porto Alegre entre 1909 e 1911 por suspeita de loucura após cometer um infanticídio ao afogar sua filha de dois anos, mostram uma grande mudança em sua percepção da instituição: passando de um horror à internação a uma valorização do cotidiano do hospital, a ponto de pedir para ficar como funcionária (WADI, 2005, 2009; WADI, ORDORIKÁ; GOLCMAN, 2019: 184).

No diário escrito durante 1959 e 1960 (na terceira internação no CPN) e publicado em 1965 sob o título *Hospício é Deus-Diário*, pela escritora mineira Maura Lopes Cançado (1929-1993), que circulou no universo dos hospitais psiquiátricos entre as décadas de 1950 e 1970, as autoras observam uma oscilação “entre uma visão romântica e bela da instituição —quando ela entrou voluntariamente pela primeira vez—, chamando o hospício de triste cidade de uniformes azuis e jalecos brancos” para, enfim, retratar o estabelecimento “como um lugar onde encontrava compreensão e podia escrever sem a pressão que sofria quando trabalhava no Suplemento Literário do *Jornal do Brasil*” (WADI, ORDORIKÁ; GOLCMAN, 2019: 185). Wadi ressalta que havia no hospício algo digno da admiração de Maura; “na ‘cidade triste’, no ‘cemitério sem flor e sem piedade’, inacreditavelmente, brotava arte, brotava solidariedade, isto fazia Maura gostar (às vezes) do hospital” (WADI, 2017: 9). Não nos parece que Maura chegou a gostar do hospital propriamente dito, mas exatamente dessa possibilidade de uma resistência a ele ser gestada dentro de seus muros, conforme descreve a própria Wadi quando fala da compreensão que a escritora tinha da luta da enfermeira Dalmatie para manter um pequeno serviço no HGR e da união do grupo de internas ligado a esse serviço (WADI, 2017: 9-10). Essa nossa leitura decorre, em especial, dos vários momentos nos quais Maura aponta o quão insuportável era o hospício. Acreditamos que, muitas vezes, ela se viu precisando do hospício, se percebeu como destinada a este tipo de instituição, mas certamente esperava mais de um lugar para si. As fontes documentais do Hospital Gustavo Riedel também trazem alguns achados nesse sentido. Analisando o livro de ocorrência desse hospital, foi possível descobrir que, entre os dias 23 e 24 de junho de 1960, Maura Lopes Cançado evadiu-se do estabelecimento.<sup>1238</sup> Pouco antes disso, entre os dias 14 e 15 de junho, cerca de sete meses depois de iniciar a escrita de seu diário, ela teria tentado se suicidar:

---

<sup>1238</sup> Encadernado Hospital Gustavo Riedel. Movimento da S. Ocorrências de 13 de julho de 1958 a 29 de junho de 1962.

A paciente Maura Lopes Cançado, no momento que a funcionária desceu para jantar, a paciente com um lápis em punho quebrou os vidros do banheiro, servindo do mesmo para cortar os punhos, foi chamado o médico do plantão Dr. Ribamar. O mesmo encaminhou a paciente para o BMC. A paciente tomou soro antitetânico e penicilina de 12 em 12 horas, tomou uma à noite 9:40. Passou a noite bem.<sup>1239</sup>

O mesmo lápis que ela provavelmente usava para a escrita de si, capaz de realizar, como observou Wadi (2017), um cuidado de si (função terapêutica), aqui foi instrumento de uma tentativa de suicídio. Nos parece que essa necessidade de “escrever para viver ou viver para escrever” (BRANDÃO, 2006: 60) fez parte da existência de Maura Lopes Cançado. No primeiro caso, escreve-se para sustentar a vida, para não se suicidar, por exemplo. No segundo, escrever significava dar forma ao caos da vida..., ao caos do hospício, da doença mental e da loucura. Pensando as negociações e resistência presentes nos escritos dos loucos e loucas, Huertas sublinha que o suicídio não aparece como uma *causa mortis* importante nos prontuários ou nas histórias clínicas, “embora possa ser lido em várias cartas como uma ameaça, e sempre em relação à sensação paratópica notada e ao desejo de sair da instituição” (HUERTAS, 2020: 75).

Em 22 de novembro de 1959, Maura conta que “tentara o suicídio pela primeira vez aos dezoito anos”, lembrando que “em Belo Horizonte inventavam muitas histórias a meu respeito, aquilo me deprimia. Minhas agressões à moral burguesa não iam além do que é considerado comum em outros lugares” (CANÇADO, 1991: 65). Onze dias antes, ela diz que, quando esteve no HGR pela segunda vez, “não sabia para onde ir nem tinha dinheiro. Viera para aqui em estado de coma, depois de tentar o suicídio, ingerindo forte dose de barbitúricos. Sentindo-me melhor, comecei a escrever, um dos meus contos saiu publicado no SDJB” (p. 44). Continuando sua escrita, expôs que, depois de jogar água no rosto do Dr. J., padeceu em sua seção no seguinte regime: “quarto-forte. Injeção para dormir. Violência das guardas. Mais quarto-forte. Mais violência das guardas. Quarto-forte (às vezes dormindo no cimento frio). Assim sucessivamente. Fuga. Comunicação pelo telefone” (p. 46). Em 1º. de março de 1960, voltando ao tema da tentativa de suicídio, explica que isso ocorreu depois de estar há um ano no Rio; na ocasião, uma assistente social recomendou-lhe fazer um tratamento psicológico no hospital do Engenho de Dentro. Chegando a esse hospital, foi atendida por um médico que se recusou a aceitá-la, dizendo que aquele era um lugar feio, um hospital de indigentes e aconselhando-a a pensar e resolver a situação de outra forma. Não conseguindo fazer isso, procurou novamente o

---

<sup>1239</sup> *Idem.*

hospital e terminou sendo aceita (p. 179). Segundo Maura, nos dois meses em que esteve no Instituto de Psiquiatria (destinado às pacientes na fase mais aguda), “tinha na cabeça, continuamente, um verso de Castro Alves: ‘Gritos, ais, maldições, preces ressoam’. Inúmeras vezes acordei sendo empurrada da cama por uma doente nua, ou com outra, imóvel, ao meu lado, completamente envolta num lençol branco. Ignoro como suportei. Realmente: ignoro como suportei” (p. 180). Em 24 de fevereiro de 1960, Maura fala do que o suicídio representava para ela. Começava dizendo que era domingo, o pior dia no hospital, que Dr. A. e Dona Dalmatie não trabalharam no final de semana, e que ela pensava seriamente em matar-se, tendo chegado “a este estado fria e racionalmente”, quando antes “costumava afirmar: –Mas tentei o suicídio como a única maneira de sobreviver. Queria mostrar aos outros o quanto eu necessitava de ajuda, o quanto estava sozinha e infeliz. Era verdade, como é verdade não crer em nada mais” (p. 169). Na sequência, destacava que aprendeu “a encarar as coisas com objetivismo, vejo-me despojada dos ideais indistintos que, de qualquer forma, me sustentavam: ‘Talvez um dia...’. Ou: ‘Esperarei. Sou jovem. Posso fazer. Há tempo’”. Então, alega que “de repente descobri ser mentira. Nem ao menos sou jovem, estou cansada. Muito cansada. Até quando seria escritora em potencial? Até quando, se não escrevo?” (pp. 169-170). Em 1972, Maura matou uma companheira de quarto, sendo condenada a cumprir medida de segurança por oito anos.

As cartas por nós estudadas mostram a Colônia de Engenho de Dentro tanto como uma paratopia e um não-lugar quanto como um lugar para si. Ou seja, evidenciam algumas internas com um forte sentimento de não pertencimento ao manicômio e outras que pareciam, de fato, de alguma forma, ter se adaptado ao estabelecimento, entendendo-o como um lugar possível para ser e estar. Vivências paratópicas, de não pertença, de negação da condição de psiquiatrizadas e de desejo de deixar a instituição o mais rápido possível estão presente nas cartas de Guilhermina e suas companheiras do Juízo de Menores (Dr. prinio. faz o favor de soltar desta prisão nos não semos malucas para estar nessa prizão podemos muito bem ganhar a nossa vida lá fora), de Anna (mi mande ir embora eu posso ganhar muito bem a minha vida eu não mi encomoda de andar na vida do que estar aqui dentro mil vezes), de Dolores Porto (aqui não poso ficar) e de Olga (Espero que assim eu saia da Colônia, tu venhas me ver). Já Yolanda solicitava uma transferência para o HN e Mathilde pedia para voltar para o Pavilhão Epitácio Pessoa (serviço aberto). A primeira havia sido internada por seu pai devido ao seu comportamento irascível, inclusive em relação ao seu então noivo; e a segunda provinha



do Juízo de Menores e dizia não querer ir para a companhia de sua mãe, que já havia sofrido uma tentativa de assassinato por seu pai. No momento em que escreveram suas cartas, nenhuma das duas se via em algum lugar fora da assistência psiquiátrica, mas nem por isso deixavam de buscar um lugar melhor para si, ainda que dentro do manicômio. A instituição psiquiátrica para essas pacientes representava uma possibilidade de sobrevivência.

A realidade é que a Colônia de Engenho de Dentro representou, para algumas mulheres, algo além de asilamento. Em alguns casos, atuou com uma espécie de refúgio, o que, a nosso ver, para além da doença mental, diz muito sobre as condições de vida e de trabalho e o ambiente doméstico das mulheres na sociedade nesse período. O fato é que, muitas vezes, para se ver livre tanto da miséria como da hostilidade do ambiente (um pai “severo”, marido “nervoso”, um irmão “caprichoso”, um patrão “zangado” etc.), sem uma rede de apoio social, mais suscetíveis a discriminações, algumas mulheres encontraram na instituição psiquiátrica um lugar para sobreviver.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa investiga as condições de criação, o funcionamento e o papel da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro em relação à Assistência a Alienados do Distrito Federal desde sua criação, em 1911, até o ano de 1932, quando se encerrou a gestão do diretor Gustavo Riedel. A tese teve como objetivos específicos: (i) averiguar a implantação do modelo colonial na administração do médico Braule Pinto (1911-1918); (ii) pesquisar a organização de um extenso programa de higiene mental na instituição durante a gestão do médico e fundador da Liga Brasileira de Higiene Mental Gustavo Riedel (1918-1932); (iii) compreender o lugar social da loucura feminina; (iv) analisar o saber-poder-fazer psiquiátrico bem como explorar, de um lado, as perspectivas particulares dos psiquiatras e, de outro, as experiências e subjetividades das internas. A tese se baseou na análise de um grande corpus documental pesquisado: histórias clínicas presentes em dossiês de internação, contendo, na maioria dos casos, o prontuário, a Guia de Recolhimento de Enfermos para o HN da Polícia do Distrito Federal e o resumo da observação médica feita no Pavilhão do Observação do Hospício Nacional de Alienados; livros de observação, com anexos como exames laboratoriais, ofícios, relatórios e cartas de pacientes; livros de matrícula; documentos administrativos e econômicos; artigos, relatórios e correspondências médicas; e reportagens de jornais e revistas de grande circulação. A pesquisa documental possibilitou analisar os dados das pacientes sob uma perspectiva quantitativa e qualitativa. Os referenciais teórico-metodológicos utilizados foram a história da medicina “de baixo” (PORTER, 1985), a história cultural da psiquiatria (HUERTAS, 2012, 2013, 2017, 2020) e a epistemologia social feminista de Donna Haraway (2009).

“O nascimento do alienismo no Engenho de Dentro”, ou seja, a criação da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, se deu a partir das negociações em torno da aquisição pelo MJNI de uma antiga fábrica de louças, transformada em 1908 em um hospital de variolosos. A ferrenha defesa do modelo das colônias de assistência aos doentes mentais por parte de Juliano Moreira, diretor do Hospício Nacional de Alienados (1903-1930) e diretor-geral da Assistência a Alienados do Distrito Federal (1911-1930), e a acalorada discussão sobre a necessidade de reforma e, posteriormente, de transferência das colônias da Ilha do Governador (masculinas) para outra localidade levaram o tema das colônias ao seu auge no início da década de 1910, no Rio de Janeiro. Para além da circulação de ideias e pensamentos, as denúncias envolvendo o hospício e as colônias masculinas e toda essa discussão em torno da adoção do modelo colonial permitiram a captação e distribuição

de recursos no âmbito da assistência psiquiátrica. A verba para as despesas com a mudança e adaptação das colônias masculinas e a instalação da colônia feminina era uma só.

A colônia feminina surgiu, assim, nesse contexto mais geral de reorganização da assistência. No entanto, não se identificou na pesquisa a existência de discursos em prol da criação de uma colônia especificamente feminina. De todo modo, sabemos que a criação dessa nova instituição estava diretamente ligada ao problema de superlotação da seção de mulheres do hospício. Além disso, em diálogo com uma historiografia feminista, entendemos que a criação da Colônia de Engenho de Dentro esteve associada às experiências de liberdade de mulheres negras e às novas relações de gêneros que rompiam com a situação tradicional que reservava à mulher o espaço privado e ao homem, o público. O medo da mulher negra livre e da mulher branca insubmissa esteve presente de diversas formas na nova instituição. Assim, a origem da colônia foi permeada pela questão da nova ética do trabalho e da sexualidade feminina; frente aos conflitos de raça, classe e sexo, tornava-se premente distinguir as mulheres honestas das “públicas”, vadias e loucas.

O pensamento médico exigia a colocação de colônias fora das cidades, em um ambiente rural, e o bairro populoso de Engenho de Dentro, localizado no subúrbio carioca, a rigor já não obedecia, na época, a esse preceito da psiquiatria. A colônia feminina foi instalada em um contexto de importante transformação naquele local, responsável por afirmar o seu perfil urbano. No entanto, a continuidade da existência de áreas com perfil agrícola em seus limites e, também, a proximidade com a linha férrea provavelmente contribuíram para a decisão do estabelecimento da colônia feminina em Engenho de Dentro. Por outro lado, o principal motivo que levou à escolha do imóvel específico para sediar essa instituição psiquiátrica parece ter sido os acordos anteriormente realizados entre o Ministério da Marinha e o MJNI, que envolveram trocas de terrenos (aspecto financeiro), o que permitiu que a inauguração da Colônia de Engenho de Dentro ocorresse de imediato, juntamente com a reestruturação da Assistência a Alienados do Distrito Federal.

Fundada através da reforma formalizada pelo decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911, a Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro teve como seu primeiro diretor o médico Simplício de Lemos Braule Pinto. No seu primeiro relatório, escrito no início de 1912, Braule Pinto afirmou que a colônia havia sido instalada em local que não preenchia os fins a que se destinava e que sua arquitetura não obedecia à moderna concepção de

assistência colonial, estando, na verdade, alicerçada em antigos moldes de hospital-caserna. As reformas assim solicitadas pelo diretor foram atendidas apenas parcialmente. A população da região também era da opinião de que ela havia sido instalada em lugar inadequado, conforme indicam algumas reportagens de jornal. Em especial, a falta de muros na instituição foi vista como um problema, em função dos “espetáculos das loucas” e dos riscos que elas podiam representar para a população do entorno.

O período de 1912 a 1915, além das obras de construção ou reforma, foi marcado por um conflito envolvendo Braule Pinto e a Diretoria de Contabilidade do MJNI. Ao tentar dotar a instituição de condições organizacionais próprias à efetivação da sua função assistencial, Braule Pinto acabou se indispondo com esse órgão. Além disso, a colônia se viu, nesse período, envolvida em denúncias de irregularidades na aquisição de produtos alimentícios, sendo o alvo principal das acusações o administrador da instituição, Octavio Augusto Ahrends. O desenlace dessa história ocorreu em abril de 1915, com a exoneração de Ahrends e a nomeação para o cargo de Álvaro Cardoso, que permaneceu até 1941.

Além das obras de adaptação dos edifícios aos novos usos, Braule Pinto se encarregou também da recepção das primeiras levas de pacientes transferidas do HN. Em 1911, 334 pacientes foram transferidas desse estabelecimento para a Colônia de Engenho de Dentro, em oito grandes levas ou turmas, como eram chamadas. Segundo o médico, grande parte dessas 334 enfermas se encontrava com tuberculose, escorbuto e uncinariose, o que, além de restringir o número de pacientes que poderiam ser utilizadas para o trabalho, aumentava a taxa de mortalidade na instituição. Com uma lotação de 295 pacientes e um número de óbitos de 73, 1912 foi o ano de taxa de maior mortalidade (24%) na gestão do primeiro diretor e, também, em todo o período estudado.

Em 1916, ocorreu o maior envio de pacientes desde o ano de inauguração da colônia, com 243 pacientes transferidas do estabelecimento da Praia Vermelha para Engenho de Dentro. Esse aumento das transferências seria, por um lado, um reflexo direto do incremento do número de leitos da instituição, com a construção de um novo pavilhão dormitório, mas, também, do aumento das dotações orçamentárias destinadas à instituição a partir de 1915. Além disso, é muito provável que a situação de carestia de gêneros alimentícios na cidade do Rio de Janeiro entre 1913 e 1917 tenha contribuído para o aumento das transferências de pacientes para a colônia. Assim, percebe-se que a crise econômica afetou não só a relação entre o hospital urbano e a colônia feminina, como também a vida das pacientes, que passaram a ser classificadas então em função de sua serventia. A pressão por certa autossuficiência no campo da alimentação, com as baixas

dotações para esse fim, transformou a praxiterapia em mais do que uma terapêutica, passando a ser uma necessidade institucional.

A Colônia de Engenho de Dentro produziu, por meio do trabalho das pacientes, diversos gêneros alimentícios e mercadorias. As enfermas que trabalhavam tinham, a princípio, direito a 10% desse valor; os 90% restantes eram recolhidos ao Tesouro Nacional como renda eventual da União. O único balancete referente à gestão de Braule Pinto dá conta de um lucro no valor de 194\$110 (R\$ 23.875). No ano de 1919, primeiro ano da gestão de Gustavo Riedel, obteve-se uma renda de 456\$000 (R\$ 56.088,00). Em 1921, o lucro auferido com a venda das sobras de produtos foi de 2:845\$700 (R\$ 350.000), sendo o maior lucro dos anos analisados. O trabalho na colônia fazia parte de uma economia mista de trabalho de subsistência e comercializável, pelo menos na gestão de Riedel.

Os primeiros e os últimos livros de observação estudados não mencionavam muito a questão do trabalho. Porém, entre 1917 e 1921, período de altas taxas de transferências entre o HN e a colônia, o panorama foi diferente, pois houve uma espécie de discussão, nos livros de observação, a respeito do estado e do nível de aproveitamento das doentes. Esse debate aparece mais precisamente nas notas clínicas enviadas pelo HN junto com as pacientes transferidas para a colônia e transcritas nos referidos livros, onde são, na maioria das vezes, seguidas de réplicas do médico da colônia Waldemar de Almeida. Por meio das referidas notas, o hospício buscava exercer um papel pedagógico estratégico em relação à aclimação das doentes ao trabalho e à colônia. No entanto, as estratégias discursivas do hospício acabaram se mostrando uma faca de dois gumes, pois abriam precedentes para que as pacientes fossem devolvidas pelo fato das informações serem inverídicas, de acordo com Waldemar de Almeida. O médico criticava o pessoal do hospício que, dizendo enviar uma doente dita “colonizável”, transferia, na verdade, uma paciente em péssimo estado de saúde, necessitando de cuidados na enfermaria e não podendo trabalhar. Por outro lado, outras pacientes encontraram na colônia um lugar onde a sua saúde se deteriorou, tanto pela tendência dos médicos em considerar as queixas das pacientes como fingimentos para se esquivar ao trabalho como pelas próprias condições higiênico-sanitárias inadequadas do estabelecimento, que contribuíam para a propagação de doenças. No plano prático da instituição, o aspecto econômico vinha antes do terapêutico e a busca pelo equilíbrio entre esses dois aspectos foi um ponto importante de afirmação do saber médico.

De acordo com a análise dos livros de observação, muitas pacientes sentiram a praxiterapia como algo injusto e imoral, considerando que se tratava de uma exploração de trabalho não remunerado e/ou um desvirtuamento dos fins da assistência psiquiátrica. Algumas ainda destacaram que preferiam ganhar a vida trabalhando fora da instituição. Na realidade, as estratégias das pacientes iam da resistência à adesão (apropriação) ao trabalho. Nesse sentido, algumas delas se valeram da existência de um tratamento baseado no trabalho para adotar um comportamento desejável para uma mulher pobre, o de trabalhadora, na esperança de obter a alta, o que nem sempre acontecia. Além disso, o trabalho na colônia também foi uma forma da paciente simplesmente sobreviver, equilibrando ou reforçando a sua relação com a instituição de onde, em princípio, não queria sair. A permeabilidade das fronteiras entre o trabalho dentro e fora dos muros da instituição é evidente em diversas histórias clínicas, mas, sobretudo, nas histórias das pacientes internadas por patrões e patroas, pelo Juizado de Menores e por vontade própria.

Nas observações médicas da colônia, foram bastante incomuns referências ao ensino de novas habilidades e aperfeiçoamento das já adquiridas. Isso pode estar relacionado ao fato da colônia ser destinada a abrigar pacientes pobres, já acostumadas, portanto, com algum tipo de trabalho. Notamos, inclusive, que a maior parte das notas clínicas do hospício apontava a capacidade das pacientes para a realização de tarefas consideradas tipicamente femininas, como lavar, passar, limpar, cuidar de outras enfermas, costurar etc. Assim, a documentação clínica analisada mostra que tanto o hospício como a colônia refletiram e reforçaram uma divisão do trabalho de acordo com o sexo e, também, a raça. Numa das notas do hospício era referido que se tratava de uma doente colonizável, “aqui na Seção Esquirol trabalha com o maior zelo no serviço de baldeação do terraço, limpeza dos pavimentos, limpeza das privadas etc.”. Esses e outros trabalhos realizados, além de serem vantajosos para a administração do estabelecimento, mostravam a submissão e a adequação das pacientes às normas da instituição e do trabalho; no contexto geográfico e histórico em questão (Rio de Janeiro, fins dos anos de 1910), isso era visto como algo adequado para as mulheres pobres e, sobretudo, negras (como a paciente referida). A terapia pelo trabalho buscava assegurar uma mão de obra disciplinada fora ou aproveitável dentro.

Considerando apenas os campos “gênero de trabalho a que se dedica” dos livros de observação médica de 1911 a 1932, com informação disponível para um número de 1.161 pacientes, que corresponde a 45% do total, observamos que 44% das pacientes trabalharam na instituição e 56% não trabalharam. Ainda de acordo com essa amostra, as

pacientes brancas, não brancas e estrangeiras “ativas” correspondem, de modo respectivo, a 47%, 45% e 39%, ou seja, a taxa de rejeição ao trabalho foi maior entre as estrangeiras e ligeiramente menor entre as nacionais brancas em comparação as não brancas. Já em relação aos tipos de trabalho, os dados mostram que as pacientes nacionais brancas e, também, estrangeiras trabalharam mais em serviços de agulha enquanto as nacionais não brancas trabalharam mais nos demais serviços, na seguinte ordem de importância: atividades rurais, atividades relacionadas à alimentação, ao cuidado da roupa e de limpeza.

Gustavo Köhler Riedel, o segundo diretor da Colônia de Engenho de Dentro, assumiu o cargo em 9 de outubro de 1918, menos de dois meses depois de ter sido eleito para a ANM e em meio ao contexto da crise sanitária provocada pela epidemia de gripe espanhola. Médicos e jornais da época sublinharam a capacidade de atuação de Riedel em relação à gripe na colônia, onde não ocorreu nenhum óbito, de maneira diferente do HN e das colônias masculinas. Para além das medidas profiláticas instituídas pelo novo diretor, por meio da análise da documentação clínica e administrativa, verificamos que o HN interrompeu as transferências para a colônia de 1º. de junho de 1918 a 20 de fevereiro de 1919 e que a colônia removeu pacientes para o HN normalmente. Assim, aparentemente, uma das estratégias de Riedel foi fechar a colônia para o recebimento de pacientes do hospício, sem deixar de realizar remoções para este.

Passado o auge da crise epidêmica, o médico conseguiu, junto ao Ministro da Justiça, autorização para organizar, nas dependências da colônia, uma policlínica destinada a atender a população pobre da região. Aberta ao público em fevereiro de 1919, fornecendo, gratuitamente, tanto assistência médica como medicamentos, esta iniciativa ficaria conhecida como “Policlínica dos Subúrbios”. No dia 13 de junho de 1920, conforme amplamente noticiado nos jornais da época, que destacavam a grande lacuna que tal instituição médica viria a preencher na região dos subúrbios, foi inaugurado na colônia o Ambulatório Rivadavia Corrêa (ARC), para onde foi transferida a policlínica. Apesar da referência a um Instituto de Profilaxia Mental, o ambulatório da colônia não se assemelhava aos dispensários psiquiátricos criados na maioria dos países nesta época, onde atuavam basicamente psiquiatras e visitantes sociais.

Foi só após a improvisação inicial da Policlínica dos Subúrbios e a inauguração do ARC que Gustavo Riedel foi convidado para fundar uma liga de higiene mental no Brasil, o que aconteceu nos últimos dias de 1922. Esse empreendimento, portanto, o credenciou para ingressar no movimento transnacional pró-higiene mental. O diretor da

colônia deu, então, uma importante guinada na sua trajetória, se movendo para a área à qual se dedicaria até o final da vida: a higiene mental. No entanto, o ambulatório da instituição de Engenho de Dentro continuou mais próximo de uma higiene social do que de uma higiene mental.

A partir dos dados analisados, é possível afirmar que o ARC, sobretudo nos seus primeiros anos de funcionamento, atuou mais como uma policlínica do que como um ambulatório de higiene mental. A seção de moléstias mentais e nervosas começou a adquirir um escopo mais específico de atuação em 1924, com o surgimento das “visitas domiciliares” e a expedição da “guia de internamento”, e, a partir do ano de 1927, seu crescimento foi bastante significativo. Essa nova estruturação estava relacionada, provavelmente, à criação do serviço aberto e, também, do cargo de monitora de higiene mental e à aprovação de um novo regulamento para a execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal, em 1927.

Por meio da análise dos dois primeiros livros de matrícula da colônia (1911-1934), foram identificadas vinte pacientes sabidamente oriundas do ARC que ingressaram na parte fechada da colônia, após passar pelo HN ou diretamente, de 1922 a 1933. Esse número, no entanto, até pelo que atestam as histórias clínicas, foi maior; é provável que as pacientes tratadas nesse ambulatório tenham sido internadas por outras vias, sobretudo antes do regulamento da assistência de 1927. Os três diagnósticos mais comuns entre as pacientes oriundas do ARC foram psicose maníaco-depressiva (40%), debilidade mental (15%) e epilepsia (10%). Além disso, tem-se que 60% delas não retornavam à colônia após licença, 20% deixaram a instituição transferidas e 15% faleceram durante o internamento, enquanto apenas uma paciente obteve alta (5%). Os números de evasões após licenças são altos se comparados com os do conjunto do sistema asilar, o que mostra que as pacientes internadas pelo ARC eram retiradas da instituição psiquiátrica pela família com maior frequência.

Após a criação do ARC, Gustavo Riedel inaugurou mais cinco serviços anexos na Colônia de Engenho de Dentro: 1. Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto; 2. Assistência Heterofamiliar; 3. Ambulatório para Profilaxia das Doenças Venéreas (Ambulatório n. 2 da futura Fundação Gaffrée-Guinle); 4. Serviço Aberto do Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa e 5. Laboratório de Psicologia Experimental. O ARC, além de desempenhar um papel importante na normalização da população local, foi um dos principais eixos dessa produção e circulação de saberes, práticas e pessoas na Colônia de Engenho de Dentro. Com a criação desses outros serviços anexos, a Colônia de Engenho



de Dentro, ainda na década de 1920, reuniu condições propícias para deixar de ser apenas uma colônia de alienadas e se tornar uma referência na área de assistência extramural.

A criação do Centro Psiquiátrico Nacional (CPN) foi um evento relacionado, em primeiro lugar, ao fechamento do HN. O Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, inaugurado em março de 1942, foi uma das primeiras unidades a serem instaladas de acordo com o projeto de remodelação da década de 1940, mas a criação desse hospital não “enterrou” de vez a CGR. A inauguração do Hospital Gustavo Riedel (HGR), em fins de 1944, para casos subagudos foi o grande marco do fim da colônia, oficialmente suplantada pelo Decreto n. 7.055, de 18 de novembro de 1944, que criou o CPN.

Pela análise dos livros de matrícula, verificou-se que, durante os oito anos da gestão de Braule Pinto, foram enviadas do hospício para a colônia 1.314 mulheres; e nos catorze anos da gestão do seu sucessor, entraram na colônia, tanto transferidas do HN como por meio dos seus serviços anexos, 1.276 mulheres. Houve uma queda importante no número de ingressos no segundo período, com 73,11 pacientes a menos por ano. É possível perceber que as transferências de pacientes foram muito mais intensas na gestão do primeiro diretor e nos primeiros quatro anos da gestão de Gustavo Riedel. Isso, porém, não significava que a colônia estivesse funcionando com um número menor de pacientes, pois ela atingiu, durante a gestão de Riedel, a lotação de quinhentas pacientes (em 1921) e, depois de 1922, pôde fazer com que as transferências fossem reduzidas; com isso manteve ao longo de toda a década de 1920 uma média populacional bastante estável, em torno desse número de quinhentas pacientes. Essa estabilidade conseguida pelo seu diretor deve ser explicada, ao nosso ver, levando em conta tanto as mudanças da assistência psiquiátrica em direção à prevenção como a ampliação do poder de Riedel. Na gestão de Braule Pinto, a lotação variou de 240 a 419 pacientes.

Outro dado relevante sobre a população da colônia no período estudado é que até 1920 tem-se o ingresso de mais mulheres negras, depois de mais mulheres brancas. Na primeira gestão, 41% das pacientes admitidas eram brancas e 59% não brancas; já na gestão do seu sucessor, 55% das matrículas foram de mulheres brancas e 45% de não brancas. Considerando o período das duas gestões estudadas (1911-1932), tem-se que 48% das mulheres internadas eram brancas e 52% não brancas, ou seja, os números totais apontam para uma instituição ligeiramente mais voltada para a internação de mulheres não brancas. Nas duas primeiras décadas do pós-abolição, observamos um número considerável de internações de mulheres não brancas, associado ao fato destas circularem mais nas ruas e, inclusive, exibirem costumes e crenças que destoavam do modelo

burguês que estava sendo implantado. Essas internações também foram influenciadas pelas mudanças nas relações de trabalho (a “transição” do trabalho escravo para o trabalho livre) e pela desfiliação social (CASTEL, 1998). Já as internações das mulheres brancas tinham origem, muitas vezes, em conflitos intrafamiliares relacionados ao papel da mulher. O novo ideal de mulher (mãe-esposa-dona-de-casa, a “rainha do lar”), em ascensão na década de 1920, afetou preferencialmente mulheres brancas. Isso não é uma regra absoluta, mas, ao analisarmos os motivos pelos quais mulheres foram internadas no manicômio, em muitas situações tais questões foram evidenciadas. Também é verdade que, pelo fato de serem praticamente todas elas mulheres das classes populares, sofreram de maneira semelhante com a pobreza e miserabilidade.

Das mulheres internadas na colônia entre 1911 e 1932, 14% eram estrangeiras, com maioria de portuguesas. A pesquisa demonstrou que as mulheres estrangeiras iam parar no hospício, assim como muitas nacionais (especialmente brancas), muitas vezes, devido à iniciativa da família e por questões relacionadas ao gênero. Eram raros os casos em que a internação aparecia relacionada diretamente ao fenômeno da imigração. A maioria das pacientes foi registrada como solteira (52%), aparecendo em sequência como casada (27%), viúva (15%) e com estado civil ignorado ou sem informação (6%). Quanto à idade das internas, 79% delas tinham entre 15 e 44 anos, apenas 2% da população manicomial tinham menos de 14 anos e 18% tinham mais de 45 anos. As ocupações das internas eram pouco variadas (cerca de 80% das mulheres eram domésticas). Apesar de não ser possível distinguir quais dessas mulheres eram “donas de casa” e quais eram, de fato, empregadas domésticas, é possível perceber que o termo era utilizado, sobretudo, para se referir à mulher que não trabalhava fora de casa.

A grande maioria das pacientes internadas procedeu de instituições policiais e, também, criminais (75%). Quando observamos as instituições internantes, verificamos que quase a totalidade (90%) das pacientes admitidas na colônia foi internada por instituições policiais. Comparando os percentuais das procedências com os das instituições internantes, nota-se que a proporção de pacientes internadas pela polícia é 15% maior do que a de pacientes procedentes dessa instituição, o que se deve, especialmente, ao fato de diversas instituições médicas, como a própria Santa Casa, figurarem, muitas vezes, como procedências, mas não como instituições internantes, na medida em que esse poder era exercido, antes de tudo, pela polícia.

A loucura foi entendida aqui como algo que se encontra nos indivíduos e nos seus ambientes, como um fato médico e, ao mesmo tempo, relacional. Com base nessa linha

de pensamento, procuramos obter pistas sobre o adoecimento psíquico das mulheres. A loucura estava presente na mulher e no seu ambiente doméstico, familiar ou de trabalho, bem como no contexto de uma cidade que convivia com importantes desigualdades de gênero, raciais e sociais e que crescia aspirando a padrões de modernidade. As histórias clínicas das pacientes da Colônia de Engenho de Dentro estão divididas por grupos, de acordo com o internante: Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Polícia do Distrito Federal, patrões e patroas, Juizado de Menores do Distrito Federal e, por último, membros da família e a própria paciente.

Nas histórias clínicas de pacientes proveniente da Santa Casa, encontramos mulheres que buscaram ou foram enviadas para a Santa Casa para fazerem tratamentos médicos e cirúrgicos, mas acabaram sendo remetidas para o HN, o que mostra, de modo significativo, a relação entre a institucionalização psiquiátrica e as péssimas condições de vida e saúde da população. Já as pacientes provenientes da polícia evidenciavam a ação da polícia na repressão e na “assistência pública”. A internação psiquiátrica foi algo bastante tangível para muitas famílias e patrões, graças à intermediação realizada pela polícia.

As internações de empregadas domésticas por seus patrões e patroas são um exemplo do poder privado desses empregadores sobre suas trabalhadoras domésticas, mas também da crescente inquietação da classe patronal diante das possibilidades de cidadania para a população pobre, especialmente “de cor”. Os motivos da internação iam desde alterações por motivos fúteis a agressões físicas por parte das empregadas, significando, assim, uma punição ou simplesmente o fim de certa proteção. Além da desobediência, a doença também levou patrões e patroas a internarem suas empregadas no HN, no entanto com menor frequência. As histórias clínicas dessas pacientes escancararam o poder de patrões e patroas – neste último caso, escancarando a dupla opressão sofrida pelas mulheres de cor: por parte dos homens e, também, de outras mulheres brancas –, mas mostram, por outro lado, a luta das empregadas domésticas por direitos e por alguma autonomia. Tanto os patrões como as empregadas agiam, como aponta Maciel Silva (2016), como classe. A grande maioria dessas pacientes internadas por patrões era parda ou preta (83%), solteira (75%), jovem e analfabeta. Dessa amostra, 42% das pacientes faleceram, 25% obtiveram alta e 21% foram transferidas da colônia. As altas, no caso dessas pacientes, pareciam relacionadas à expectativa de que elas reassumissem o lugar social da trabalhadora doméstica. Nesse sentido, é significativo que algumas pacientes

tenham provado, por meio da praxiterapia, que, ao contrário do alegado por seus empregadores, elas eram prestativas.

As internações de meninas pelo Juizado de Menores do Distrito Federal ocorreram no período em que “a proteção à infância e à adolescência” estava sendo organizada pelo Estado. Entre 1924 e 1931, foram transferidas para a colônia 59 meninas, internadas no HN pelo Juizado de Menores; elas, em geral, carregavam experiências de perda, geralmente da progenitora, abandono e de trabalho negativas. Algumas eram órfãs ou perderam o contato com os pais cedo por terem sido trazidas ainda muito novas do interior do Brasil, sobretudo do Nordeste, para trabalharem como domésticas em casas de família na capital; chegando aqui, se desentendiam com essas famílias e acabavam indo parar, na maioria das vezes, em abrigos para menores. Nesta situação, podiam ser removidas para o HN por se agitar, fazer malcriação, chorar demais, se revelar pouco inteligente, imoral, por se tornar turbulenta etc. A instituição de Engenho de Dentro, por ser exclusivamente feminina e voltada para o trabalho agrícola e, na prática, também doméstico, parece ter sido considerada um lugar adequado para “corrigir” essas menores que, assim como fizeram na casa de seus patrões e no abrigo, resistiram ao saber-poder psiquiátrico. No hospício, elas foram classificadas, sobretudo, como portadoras de um estado atípico de degeneração (40%), débeis mentais (24%), epiléticas (8%) e histéricas (8%).

Com o objetivo de compreender o papel da família na internação de mulheres na assistência psiquiátrica, separamos 109 casos em que foi possível identificar os parentes ou a própria paciente como solicitantes. A análise aponta para uma maior participação dos parentes homens nas internações de mulheres no manicômio: 60% das pacientes foram internadas por parentes homens, 29% por mulheres e 11% das pacientes se internaram. As idades variaram de 12 a 62 anos. Outro achado bastante significativo diz respeito à cor das pacientes: 74% eram brancas, 17% pardas, 7% pretas e 2% não sem informação. Nenhuma mulher preta foi internada pelo marido e apenas uma foi internada por seus pais, irmão, filho, mãe; quatro se internaram por conta própria, apresentando-se à polícia.

A explicação para a alta taxa de internação de mulheres brancas por seus familiares residiria no fato de que essas, ainda que em geral pobres, viviam mais fortemente a influência da ideologia da domesticidade e da mulher virtuosa. Já a menor taxa de internação de mulheres negras por seus familiares estaria associada à menor submissão e dependência da mulher negra em relação ao homem, se comparada à mulher branca; por serem comumente arrimos de família, as mulheres de cor parda e,

principalmente, preta experimentaram um menor risco de institucionalização por parte de seus familiares. Uma outra hipótese envolve sexualidade e casamento: as mulheres pobres, negras e mestiças, vivendo dentro de um outro padrão de moralidade, menos rígido em relação ao ideal de castidade, e sendo, ao mesmo tempo, consideradas boas para trabalhar e fornicar, mas não para casar. Pensamos ainda que a decisão de institucionalizar um familiar talvez fosse mais difícil para a população afrodescendente, que tinha acabado de se libertar do cativeiro secular e que era alvo de patrões e patroas e, também, de instituições como a polícia e o Juizado de Menores.

Os pais internavam quase exclusivamente filhas solteiras, por problemas de saúde física e mental e, principalmente, diante de comportamentos de desobediência e agressividade desenvolvidos em casa. Nesse ponto, a figura da madrasta se distingue; jovens órfãs de mãe cujos pais contraíam um segundo matrimônio tinham mais chances de serem internadas por estes. As internações de mulheres por seus irmãos apontavam para esse não-lugar das mulheres sem marido, marcadas por promessas de casamento não cumpridas, esposas abandonadas pelos maridos, solteiras faladas na vizinhança, viúvas que vivenciavam lutos dolorosos ou “solteironas”, que, após a morte dos pais, atrapalhavam, de algum modo, provavelmente financeiro, a vida dos irmãos. Já as pacientes internadas pelos maridos mencionaram com maior frequência nas observações médicas sintomas de tristeza e irritabilidade. Além disso, observamos também que algumas delas vivenciaram situações de vulnerabilidade dentro de seus lares, devido a processos naturais como o puerpério e a menopausa, a acidentes domésticos e experiências de perdas e lutos relacionados aos filhos e a violências sofridas por parte do marido. A internação aqui era um sinal não apenas de doença, mas também de que a mulher não cumprira adequadamente seus papéis de esposa, mãe e dona de casa. As internações de mulheres por seus filhos indicavam condições de saúde física e mental associadas ao envelhecimento e à menopausa. Essas mulheres mencionaram com maior frequência sintomas de tristeza, insônia, cefalalgia e alucinação auditiva, e apontaram, também, a questão da carga de trabalho. Havia também, embora em menor escala, a questão da viúva que não se comportava de acordo com os padrões estabelecidos.

Nas histórias clínicas da Colônia de Engenho de Dentro, observamos que as mães internavam por dificuldades de cuidar e controlar, sobretudo, filhas com epilepsia e oligofrenia. Questões diagnósticas e de indisciplina apareciam entrelaçadas, causando impactos na vida cotidiana de mães pobres que precisavam trabalhar e que não davam conta de vigiar constantemente as filhas, como recomendavam médicos e juristas. A

situação de pobreza de algumas famílias era agravada pela falta do marido/pai. As avós internavam, ao que tudo indica, por motivos muito similares aos das mães, mas ainda com o agravante da falta dos progenitores, especialmente da figura materna. Assim como as mães e as avós, as irmãs também enviavam suas parentes epiléticas para o manicômio. Mas, além dessa doença, são notáveis nesses casos os relatos de conflitos afetivo-conjugais e de problemas de gênero, pois as irmãs internaram sobretudo mulheres com problemas no casamento. Essas internantes vão reproduzir, muitas vezes, valores machistas e sexistas e representações sobre o lugar das mulheres na sociedade. Já nas internações realizadas por parentes mulheres mais distantes, como tias e madrinha, constatamos a pouca existência de vínculos familiares e relações de trabalho precárias. A partir desses dados, fica claro que a instituição de Engenho de Dentro foi marcada tanto por controle social como por demanda familiar. Por último, as internações voluntárias foram compreendidas como uma escolha que priorizava a subsistência em detrimento da liberdade; em um âmbito mais específico, elas estariam ligadas às mulheres se verem marcadas como loucas. Nessas internações, observamos, assim, a fragilidade dos vínculos e das redes de apoio, a precariedade do trabalho e o efeito do rótulo de louca.

Na análise dos diagnósticos das pacientes, é notável a predominância da classificação kraepeliana, o que se deve, especialmente, ao fato da criação da Colônia de Engenho de Dentro ter sido realizada já no momento da consolidação dessa classificação na assistência psiquiátrica do Distrito Federal. Do conjunto de pacientes, 86% apresentaram um único diagnóstico psiquiátrico e 14%, de dois a quatro diagnósticos. Levando em consideração os doze grupos de diagnósticos únicos estabelecidos, observamos que o grupo mais frequente foi o de loucura ou psicose maníaco-depressiva/periódica com 30%, seguido dos grupos das oligofrenias (debilidade mental, imbecilidade, idiotia e oligofrenia) e das esquizofrenias (demência precoce, esquizofrenia e parafrenia), ambos com 14%. As pacientes brancas foram mais diagnosticadas como maníaco-depressivas/periódicas e dementes precoces/esquizofrênicas e parafrênicas. Já as não brancas (pardas e pretas) foram mais classificadas com debilidade mental, delírio episódico, diagnósticos relacionados ao abuso do álcool, à sífilis e aos estados de confusão mental/psicose autotóxicas/infeciosas. Já em relação aos diagnósticos “múltiplos”, um dos achados que mais chamam a atenção é a frequência tanto da histeria (6,5%) como da síndrome histeroide como diagnóstico secundário (6,5%). Embora os diagnósticos trazidos pelas pacientes mais antigas do HN fossem adaptados à nosografia francesa, durante todo o período estudado a nosografia germânica predominou.

Escolhemos analisar mais detidamente cinco diagnósticos: histeria, psicose maníaco-depressiva e o chamado grupo das esquizofrenias (demência precoce, parafrenia e esquizofrenia). Observamos que, ao longo do período estudado, o diagnóstico de psicose-maníaco-depressiva se tornou preponderante em relação ao de histeria, que foi, além disso, substituído pela noção de síndrome histeroide, a partir de 1907. A partir de meados dos anos de 1920, a histeria voltou a predominar e a síndrome histeroide quase desapareceu dos livros de matrícula.

Quando processamos os diagnósticos, vimos que a loucura/psicose maníaco-depressiva e psicose periódica respondeu a 30% dos diagnósticos únicos (por paciente) e a 14% dos diagnósticos múltiplos (por ocorrência), sendo o diagnóstico mais observado entre as pacientes da instituição. O termo loucura maníaco-depressiva, citado pela primeira vez em 1891, apareceu 73 vezes (9%), psicose maníaco-depressiva (primeira menção em 1894) apareceu 329 vezes (42%) e psicose periódica (primeira menção em 1897) 380 vezes (49%). Fica evidente que houve um esforço de substituir a categoria de psicose maníaco-depressiva pela de psicose periódica, especialmente durante a década de 1910. A grande quantidade de pacientes diagnosticadas com psicose periódica na Assistência Psiquiátrica do Distrito Federal pode, ao nosso ver, estar ligada a influência de Henrique Roxo, que preferia esse termo ao de psicose maníaco-depressiva.

Alguns dos sintomas citados pelos médicos da Colônia de Engenho de Dentro com relação a pacientes maníaco-depressiva/periódicas foram desorientação, atenção móvel, logorreia/mutismo e crises de agitação psicomotora. A internação dessas pacientes envolvia questões como sexualidade, virgindade/fidelidade/vida depois da viuvez (honra e reputação femininas), casamento, maternidade, processo de luto no caso de morte dos pais, marido ou filhos e até mesmo o não cumprimento ou o desleixo na execução das tarefas domésticas. Além disso, a doença foi apreendida pelos médicos e, também, por algumas pacientes pelo prisma dos ciclos femininos (menopausa, puerpério e menstruação). Em muitos casos, as explicações das pacientes sobre o início da doença não eram estranhas às teorias psicopatológicas, e o tema da menstruação é eloquente nesse sentido, pois elas entendiam que, nessa fase, era necessário proteger-se de grandes variações de temperatura (choques térmicos). Outras atribuíam a doença a congestões cerebrais em consequência de indigestões. Algumas ainda identificaram o papel das “contrariedades domésticas”, dos maus-tratos impostos pelos maridos no adoecimento mental, mas, por outro lado, outras tantas internas não relacionavam (pelo menos diretamente) esse tipo de violência ao seu processo de enlouquecimento. Em vez disso,

compreendiam a sua enfermidade como causada por espíritos, feitiço, macumba, quebranto, inveja de outras mulheres etc.

A demência precoce é encontrada desde o início do banco de dados (ou seja, já nas primeiras levas de pacientes transferidas do HN para a colônia em 1911) e desaparece em 1929; a esquizofrenia, por outro lado, aparece em 1919 e podemos encontrá-la até 1944, existindo, assim, uma sobreposição de ambos os diagnósticos entre 1919 e 1928, com uma predominância, desde 1925, de esquizofrenia. A primeira paciente diagnosticada com parafrenia foi registrada na colônia em 1916, mas, a partir de 1919, as parafrênicas passaram a povoar os registros médicos da instituição. O termo demência precoce, citado pela primeira vez em 1889, apareceu 176 vezes (49%), esquizofrenia apareceu 130 vezes (36%) e parafrenia, 54 vezes (15%). É possível perceber uma complexidade maior nas observações de pacientes esquizofrênicas em comparação com as de pacientes dementes precoces pela via da análise psicológica. Além disso, chama a atenção a ausência de delírios e alucinações (sintomas concebidos por Bleuler como “acessórios”) nas pacientes diagnosticadas com esquizofrenia. Por fim, notamos que as ideias religiosas católicas apareceram de modo mais contundente nas pacientes classificadas como parafrênicas, nessas pacientes que oscilavam, na maior parte dos casos, entre o delírio e a realidade. No caso da Colônia de Engenho de Dentro, as parafrênicas passavam do delírio erótico à realidade religiosa (e com isso à culpa) com grande facilidade.

Nos livros de observação da colônia, verificamos a atuação de cinco médicos – Plínio Olinto, Braule Pinto, Ernani Lopes, Waldemar de Almeida e Gustavo de Rezende – e uma grande variabilidade na prática clínica. Plínio Olinto foi quem menos traduziu os pensamentos das pacientes para uma linguagem médica, o que parece estar relacionado, em especial, ao fato dele entender que a consciência, a associação de ideias qualitativa e quantitativamente perturbada era uma prova de loucura. Ao transcrever as falas das pacientes, Olinto tinha como objetivo principal demonstrar conteúdos de natureza pulsional e de ordem inconsciente, mas, exatamente por ter traduzido menos o pensamento das internas, também foi, ao nosso ver, o que mais chegou perto do que seria a subjetividade dessas mulheres (pobres urbanas) tidas como loucas e perigosas. Em suas observações, as pacientes foram representadas, na maioria dos casos, como tendo hábitos grosseiros, atitudes debochadas, atrevidas, rixosas, agressivas. No entanto, muitas das pacientes negaram, através de suas vivências e lutas, o lugar de submissão e passividade socialmente destinado às mulheres que era central no pensamento de Plínio Olinto. Já as



observações médicas feitas pelo primeiro diretor da colônia eram extensas, mas protocolares. Foi pela falta de médicos que Braule Pinto passou a acumular a função de médico observador, o que nos leva a pensar que, com algumas exceções, as observações realizadas pelo diretor da colônia tivessem como objetivo central combater o não-registro dos livros de observação.

As observações realizadas por Ernani Lopes eram, em geral, prolixas e pouco esquemáticas. Suas observações médicas e diagnósticos se baseavam mais no laboratório. A clínica, para Lopes, era claramente um espaço de experimentação e de práticas terapêuticas intervencionistas. Pela análise de sua produção teórica, fica claro que o interesse do médico não era a raça e sim o “corpo neurológico”. Depois de Plínio Olinto, Ernani Lopes foi o médico mais interessado na psicologia como um instrumento para a clínica psiquiátrica, porém, no seu caso, mais para tentar localizar uma função psíquica no córtex cerebral do que para valorizar “fatos da consciência” como Olinto. As observações escritas pelo médico Waldemar de Almeida, por sua vez, são, em geral, mais curtas e expressas, muitas vezes, em uma sequência de termos sintomatológicos. Ele traduziu muito a fala das pacientes para a linguagem médica e não se preocupou em explicar muitos dos fenômenos psiquiátricos. Além de realizar um mapeamento breve dos dados somáticos e relativos ao exame mental, o médico buscava verificar, sobretudo, a adaptabilidade ou não das pacientes ao trabalho; além disso, ele foi, sem dúvida, um representante do racismo científico, tendo se valido na clínica psiquiátrica amplamente das noções de estigmas físicos degenerativos e caracteres étnicos próprios às raças negra e mestiça.

O último médico observador da colônia analisado olhava a doença mental do ponto de vista da transformação da afetividade e de seus correlativos psíquicos, como intelecto e vontade. Ao avaliar a afetividade e a sexualidade das pacientes, não deixava de sugerir que o lugar da mulher era o lar e a sua função, a maternidade, e, também, de julgar se o sentimento de pudor das observadas era verdadeiro ou falso. Gustavo de Rezende colocou ênfase na subjetividade das pacientes, sendo assim o médico que mais observou o papel da família na internação psiquiátrica e relatos de violência doméstica por parte das pacientes. Antes disso, esta violência aparecia, em geral, no campo troficidade, como marcas físicas de violência no corpo, sendo raramente focalizados processos emocionais e psicológicos. Nas observações realizadas por Rezende, os efeitos psicológicos da violência doméstica vão se apresentar, principalmente, sob a forma de ambivalência afetiva e intelectual, utilizando um termo (ambivalência) que foi usado pela

primeira vez em 1911 por Bleuler para caracterizar um dos sintomas fundamentais da esquizofrenia. Rezende, no entanto, observou sentimentos de ambivalência em pacientes maníaco-depressivas com histórico de violência doméstica, como no caso de uma paciente que dizia gostar e desgostar do marido (ambivalência afetiva) e que o chamava ao mesmo tempo de anjo e defunto (ambivalência intelectual).<sup>1240</sup>

Apenas 46% das observações médicas registraram a aplicação de algum tratamento. Dessa amostra, a terapia mais frequentemente recebida por todos os quadros foi, em primeiro lugar disparado, o *opendoor* (66%), seguindo-se a clinoterapia (14%) e, em terceiro lugar, a balneoterapia (9%). Apenas 10% das pacientes foram tratadas com farmacoterapia.

O tempo de permanência das pacientes na Colônia de Engenho de Dentro variou entre um dia a mais de três décadas. Os resultados apontam que 56% das pacientes ficaram de 0 a 2 anos. No entanto, algumas das pacientes que saíram da colônia em até um ano acabaram sendo internadas novamente na instituição. Outro dado relevante é que não houve uma diferença no tempo de internação das pacientes brancas e não brancas, embora as saídas, em geral, tenham se dado por motivos diferentes. A análise estatística mostrou que, enquanto as pacientes pardas e negras saíram mais por remoção para o HN e, também, por alta, as brancas deixaram a instituição, sobretudo, devido a licenças médicas. A diferença de 9% a mais de licenças para as pacientes brancas está ligada à presença maior das famílias dessas pacientes, tanto na internação como na desinternação, pois, como vimos, as mulheres não brancas, especialmente as pretas, foram menos internadas no manicômio por suas famílias em comparação às brancas. Nesse sentido, é significativo que o percentual de eliminação por licença se apresente ainda mais baixo em relação às pacientes pretas; já a concessão de alta foi 3% maior entre as pacientes não brancas. Em boa parte dos casos, as altas passavam por um pedido nesse sentido por parte do internante, o que também aponta para o papel da família, mas a análise das histórias clínicas revela que as pacientes não brancas negociavam mais com os médicos a alta, alegando que poderiam trabalhar fora da instituição. O recomeço para a mulher branca estava mais associado ao restabelecimento do laço familiar, enquanto, para a mulher parda e preta, estava ligado, também, em muitos casos, ao trabalho. A taxa de mortalidade e a taxa de evasão foram praticamente iguais nas pacientes brancas e não brancas. Com relação às transferências para o HN, encontramos uma diferença de 6% a mais para as

---

<sup>1240</sup> N. 2.624, Livro 23 de Observação.

pacientes não brancas, sendo as maiores taxas observadas, em ordem decrescente, nas pacientes pretas (37%), pardas (31%) e brancas (28%). Isso ocorreu porque essas primeiras foram mais avaliadas como agitadas, agressivas, turbulentas, tendentes à fuga e ao suicídio, portanto, em suma, incompatíveis com o regime colonial e, também, como tendo tuberculose (73%) e necessidade de tratamentos cirúrgicos (71%).

A taxa de mortalidade foi de 26% da população total. As *causas mortis* foram distinguidas entre infecciosas e não infecciosas e ainda em transmissíveis e não transmissíveis. Em relação à natureza infecciosa ou não infecciosa, observamos que 65,26% das doenças eram infecciosas; 31,1%, não infecciosas; 2,04%, outras causas; e 1,6%, não constam a causa. Quanto à contagiosidade, 63,08% das doenças eram transmissíveis; 35,32%, não transmissíveis; e 1,6%, não constam a causa. Este último resultado chama a atenção, especialmente, para o problema da aglomeração de pacientes na assistência psiquiátrica do Distrito Federal, incluindo, no caso, tanto o HN como a sua colônia feminina. Por último, os óbitos foram separados por etiologias, e as porcentagens foram: digestivas (31%), cardiocirculatórias (26%), respiratórias (18%), nefro-urológicas (10%), neurológicas (9%), infecções generalizadas (2%), outras (2%) e não constam (2%).

No que diz respeito aos óbitos e à raça/cor, observamos que a taxa de mortalidade foi de 12% nas pacientes brancas e 14% nas não brancas, ou seja, essa taxa das pacientes não brancas foi apenas ligeiramente maior que a das brancas. No caso de uma instituição como a que estudamos, psiquiátrica e anexa ao Hospital Nacional, podemos pensar que esse resultado se deve às constantes transferências de pacientes femininas entre o HN e a colônia; como vimos, as pacientes não brancas foram mais transferidas para o HN por necessidades cirúrgicas e tuberculose. Devemos destacar que, apesar da Colônia de Engenho de Dentro dispor de uma policlínica anexa, onde eram atendidos homens, mulheres e crianças pobres com tuberculose, o sistema asilar não possuía meios (isolamento e médico especializado) para realizar a profilaxia específica da tuberculose, o que levou ao fato de que muitas das ditas loucas tuberculosas morrerem na colônia.

No grupo das enfermidades digestivas, destacam-se as diarreicas agudas, o que aponta para um problema na qualidade sanitária da água utilizada e dos alimentos fornecidos na instituição. Chama a atenção também a quantidade de mortes por tuberculose e, no período inicial da clínica, de escorbuto. Se as mortes por escorbuto praticamente desapareceram na administração de Gustavo Riedel, por outro lado, os óbitos relacionados à tuberculose e à ancilostomíase voltaram a aumentar a partir de 1925.

De toda forma, a probabilidade geral de um paciente morrer enquanto estava sob os cuidados da colônia realmente diminuiu durante a gestão de Riedel.

Junto às observações médicas foram encontrados alguns relatos autobiográficos, cartas escritas por seis pacientes internadas no HN e transferidas para a Colônia de Engenho de Dentro entre os anos de 1922 e 1926. Eram todas brasileiras; quatro brancas, uma parda e uma preta; solteiras e possuíam de 15 a 21 anos; três foram internadas pelo Juizado de Menores, e outras três ingressaram no HN por intermédio da polícia, tendo a família por trás das internações. Cinco internas enviaram uma carta cada para o médico Plínio Olinto; a carta de uma dessas internas foi subscrita por outras três pacientes; e uma paciente chamada Olga escreveu quatro cartas de amor, três delas endereçadas a um homem de nome Ricardo (que também lhe escrevera uma carta), de quem ela dizia ser noiva, e outra ao “jovem Antônio”.

As cartas estudadas mostram a Colônia de Engenho de Dentro tanto como uma paratopia (uma localização paradoxal, “impossível”, onde não se precisa estar) e um não-lugar (espaço de não pertencimento) (HUERTAS, 2012) quanto como um lugar para si (espaço para viver, trabalhar, amar, escrever etc.) (WADI; ORDORIKA; GOLCMAN, 2019). Ou seja, evidenciam tanto algumas internas com um forte sentimento de não pertencimento ao manicômio quanto outras que pareciam, de fato, de alguma forma, ter se adaptado ao estabelecimento, entendendo-o como um lugar possível para ser e estar.

De um modo amplo, a pesquisa histórica no âmbito da psiquiatria contribui para a formação de uma consciência pública a respeito do saber-poder psiquiátrico, seus processos de rotulagem (*labeling*), estigmatização e medicalização da loucura. Esta investigação, de modo mais restrito, contribui para a compreensão dos múltiplos fatores que contribuíram no passado e, sob outros aspectos, seguem contribuindo para a produção da “loucura feminina”. O intuito destas centenas de páginas escritas até aqui foi, primordialmente, tirar as pacientes da colônia feminina da invisibilidade, conhecendo suas histórias de vida e, em alguma medida, escutando suas vozes, seus pontos de vista. Para isso, buscamos, inicialmente, explorar a história da Colônia de Engenho de Dentro e seus serviços e a partir daí conhecer o perfil e as experiências das mulheres que foram internadas e viveram na instituição como loucas. Desta maneira, este trabalho traz dados e perspectivas novas para a história da psiquiatria e para o estabelecimento de um vínculo com a questão das mulheres e da psiquiatria e das instituições de assistência psiquiátrica.

Uma limitação deste estudo foi que, apesar de analisar as internas oriundas tanto do ARC como do PPEP, não foi possível considerar as pacientes que, após a passagem

por estes dois serviços anexos, não foram transferidas para a colônia, pois não localizamos as fontes clínicas dos serviços anexos. No caso da AHF, por exemplo, o encontro dessas informações poderia ajudar a averiguar a hipótese de que a maior parte das pacientes de Engenho de Dentro encaminhadas para esse serviço teria preferido a vida no asilo aos cuidados heterofamiliares. Outra limitação está relacionada ao tamanho da amostra de cartas de pacientes não ser expressivo, portanto não se pode, a rigor, generalizar a visão das seis pacientes que escreveram textos autobiográficos para a população total. Além disso, o perfil jovem dessas pacientes (15 a 21 anos) e o fato da maior parte delas ter sido remetida para o HN pelo Juízo de Menores diminui a possibilidade de que elas falassem pelo conjunto de pacientes da instituição. Por outro lado, os relatos autobiográficos abordam experiências individuais de pacientes específicas mas, ao mesmo tempo, semelhantes às de muitas outras mulheres submetidas ao confinamento. Assim, mesmo com suas limitações, os relatos de poucas internas podem servir, a nosso ver, como uma espécie de metáfora das possibilidades de fala e escuta das “loucas” em meio ao silenciamento. Enquanto a sugestões para futuras pesquisas, destaca-se a comparação das gestões de Gustavo Riedel e Ernani Lopes. A gestão deste último médico não foi considerada porque nosso interesse era analisar a implantação do modelo colonial e sua reformulação por meio da criação de um extenso programa de higiene mental, mas estudos futuros poderão ser feitos para averiguar se e em que medida Ernani Lopes seguiu com o programa de higiene mental de Gustavo Riedel e, também, investigar os discursos e práticas em torno da transição da colônia para o Centro Psiquiátrico Nacional, incluindo o tema da desconstrução dos serviços anexos.

No percurso deste estudo, desejei profundamente entender e, de alguma forma, validar essas mulheres psiquiatrizadas. Ao me aproximar do final da minha jornada, essa procura dava lugar a um “orgulho louco” e, enfim, a um desejo ainda maior de justiça social, igualdade racial e de gênero e respeito à diversidade.

## APÊNDICE A

### Descrição dos livros de observação, do prontuário e da guia da polícia

A papeleta do HN (prontuário) é um documento de duas páginas. A primeira contém, além da fotografia da paciente, os seguintes campos: nome, nação, naturalidade, classe, cor, sexo, idade, estado civil, profissão, filiação, procedência, internante, entrada (data de ingresso no Pavilhão), seção, entrada na seção (data de admissão no HN), diagnóstico, médico assistente, alta, data de saída, falecimento, *causa mortis* e um tópico intitulado matricule-se, contendo, além do número de matrícula da paciente, o quantitativo total e por ano de pacientes que passaram pelo HN. No verso da papeleta, figuram os campos haveres, correspondências, observações e, por fim, o maior desses, o campo transferência, licença, evasão e regresso. Nos três primeiros campos, registravam-se, respectivamente, os pertences das pacientes guardados no cofre das instituições; endereços de parentes ou conhecidos; e observações relativas a passagens anteriores das doentes pelo HN e, também, notas policiais. Já no campo transferência, licença, evasão e regresso era anotada toda a movimentação institucional das pacientes: pelas seções do HN; de transferência para a Colônia de Engenho de Dentro, contendo número e data da matrícula na Colônia; licenças obtidas em ambas as instituições; evasões e remoções da Colônia para o HN.

A guia policial para admissão no HN, constante nos dossiês de internação, representa o exame de alienação realizado pelos médicos legistas da Secretaria de Polícia do Distrito Federal. Este documento apresenta, além do campo procedência, um extenso detalhamento em três grandes tópicos denominados preliminares, história do caso e somatório. Trata-se na verdade da reprodução do artigo 90, tomo I (exame médico-legal dos alienados), capítulo III (exame no vivo), título VII (do serviço médio legal) do Regulamento para o Serviço Policial do Distrito Federal a que se refere o decreto nº 6.440, de 30 de março de 1907 (BRASIL, 1907). No primeiro tópico destacamos a existência da menção à autoridade que ordenou o exame. O tópico história do caso é dividido em anamnese e exame direto, este último subdividido ainda em atitude, apresentação fisionômica, mímica, falada e atuada; exames somático e mental e, por fim, o tópico somatório traz as proposições de uma soma das aquisições que denunciam a doença, um juízo sobre a alienação existente ou não e uma dedução diagnóstica.

Os livros 1 e 2 de matrícula (de 1911 a 1934) apresentam os seguintes campos: n. de ordem [n. de matrícula], nome, cor, naturalidade, filiação, idade, profissão, estado

civil, residência, procedência, internante, data de entrada no hospital e na colônia, classe, saída e observações.

Os livros de observação médica, segundo seu termo de abertura (página 1), eram compostos por cem “folhas clínicas”, que deveriam servir para os fins determinados nos itens VIII e IX do art. 76 do decreto nº 8.834, de 11 de julho de 1911. Segundo esse artigo, incumbia aos alienistas, em cada colônia, “escrever as folhas clínicas de cada doente” e “assinalar mensalmente, nas mesmas folhas, notas clínicas sobre as modificações ocorridas em cada caso”.<sup>1241</sup> Durante o período de 1911 a 1944, foram produzidos 32 livros de observação médica da Colônia de Engenho de Dentro. Esses livros são divididos em quatro partes: três mais descritivas referentes à resenha da observação do HN, à anamnese e ao exame direto e três mais objetivas compostas por um quadro de identificação da paciente (nome, filiação, idade, raça, nacionalidade, naturalidade, religião, profissão, estado civil e instrução), de movimento (entrada, saída e falecimento) e pelos campos de diagnóstico, prognóstico, tratamento e gênero de trabalho a que se dedica. Os livros 1, 2, 3, 4 e 5 contam com um espaço para fotografias da paciente quando da sua entrada e saída; contudo, ao longo de todo o período, apenas quatro pacientes registraram foto. Para além da anotação da observação médica, esses livros foram utilizados para registrar os movimentos de entrada e saídas das pacientes na colônia e, também, as movimentações no interior da instituição, relativas à enfermaria (intercorrências), à Sala Paulo Costa (sala de pacientes agitadas) e ao serviço de assistência heterofamiliar.

---

<sup>1241</sup> BRASIL. Decreto n.8.834, de 11 de julho de 1911a.

## ANEXOS

### ANEXO I – Postais da Colônia de Engenho de Dentro



Legenda: Vista geral, tomada do alto da Rua Tavares. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 2. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).



Legenda: Trecho do parque – Colônia feminina do Engenho de Dentro. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 2. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).



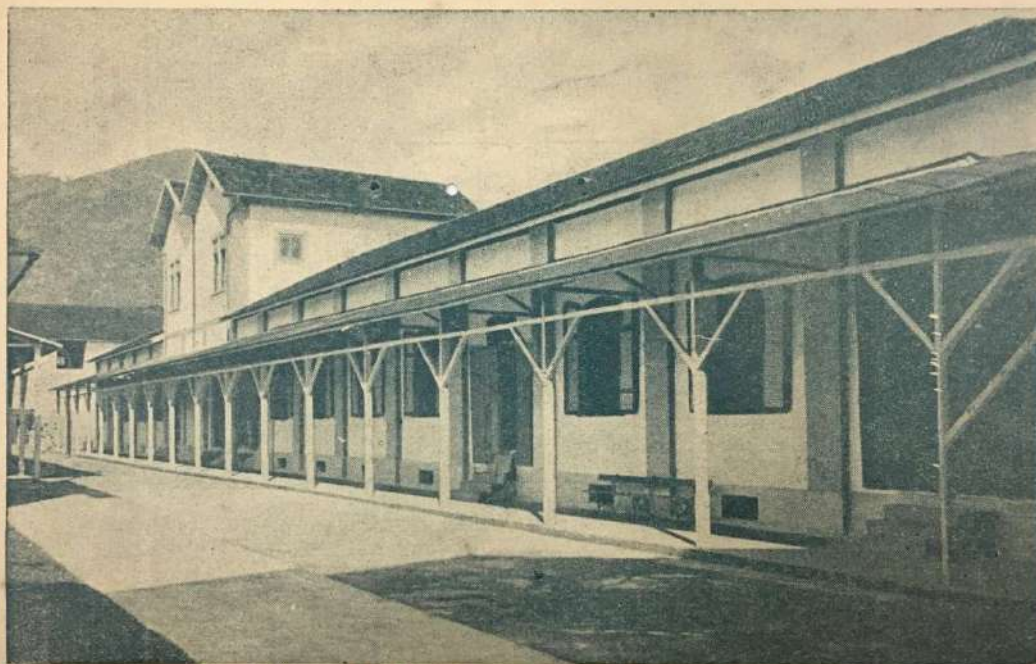


Legenda: Colônia feminina do Engenho de Dentro – Secretaria. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 1. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).



Legenda: Colônia feminina do Engenho de Dentro – Primeiro jardim interno. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 1. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

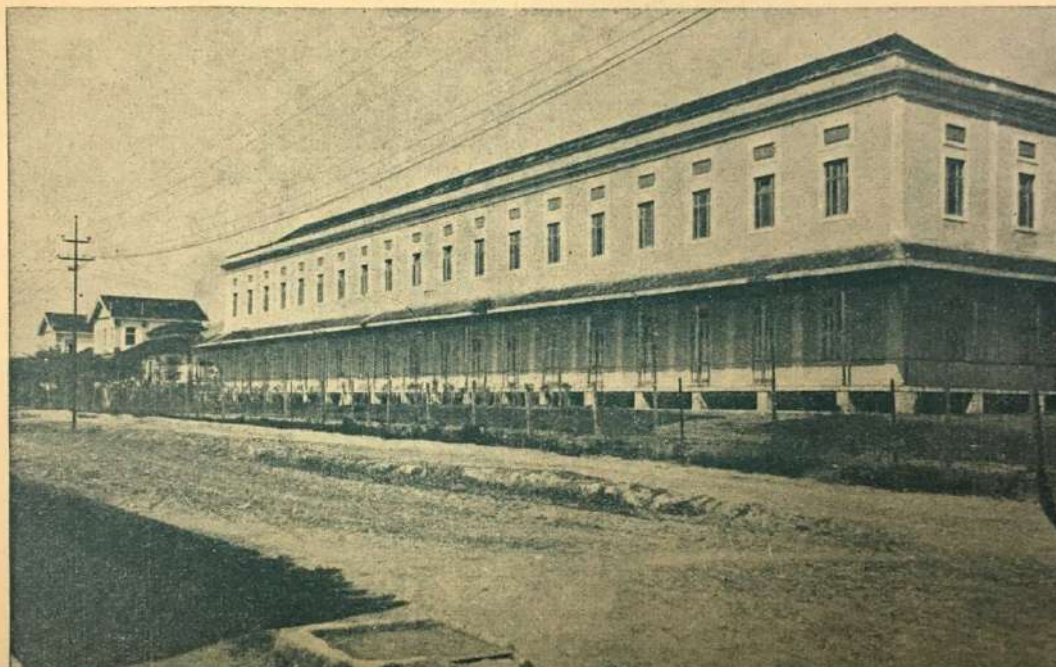
ASSISTENCIA A ALIENADOS DO DISTRICTO FEDERAL



10) Colonia feminina do Engenho de Dentro—Dormitórios de enfermos

Legenda: Colônia feminina do Engenho de Dentro – Dormitórios de enfermos. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 1. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

ASSISTENCIA A ALIENADOS DO DISTRICTO FEDERAL



12) Colonia feminina do Engenho de Dentro—Novo pavilhão para 200 alienadas

Legenda: Colônia feminina do Engenho de Dentro – Novo pavilhão para 200 alienadas. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 3. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

ASSISTENCIA A ALIENADOS DO DISTRICTO FEDERAL



13) Colonia feminina do Engenho de Dentro—Parque, lavanderia e refeitórios

Legenda: Colônia feminina do Engenho de Dentro – Parque, lavanderia e refeitórios. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 3. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

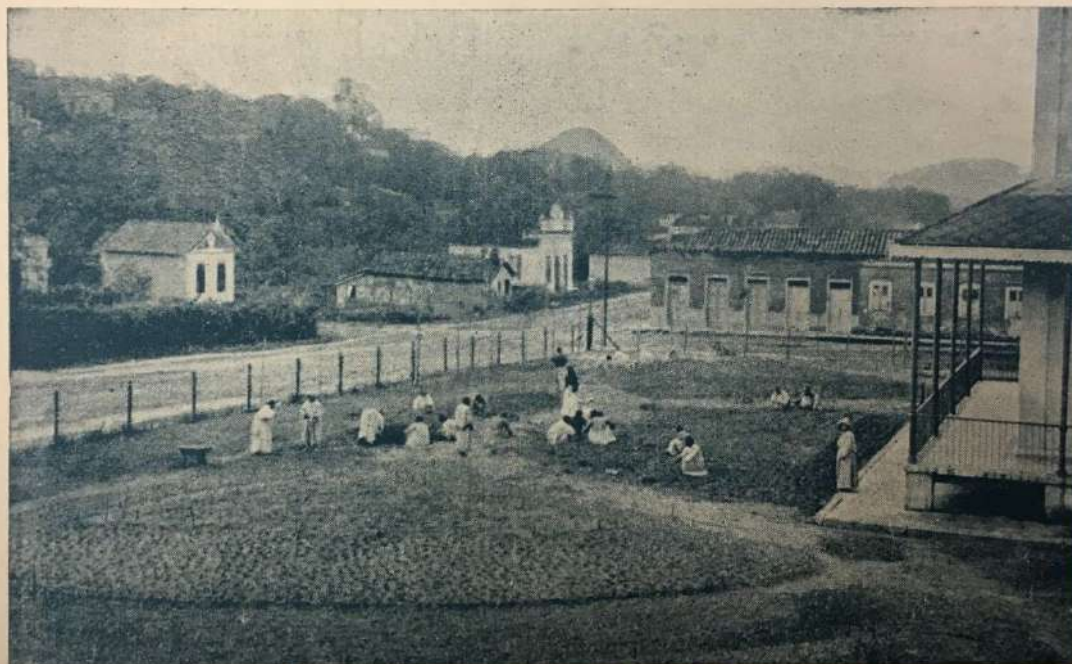
ASSISTENCIA A ALIENADOS DO DISTRICTO FEDERAL



14) Colonia feminina do Engenho de Dentro—Parque interior

Legenda: Colônia feminina do Engenho de Dentro – Parque interior. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 3. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

ASSISTENCIA A ALIENADOS DO DISTRICTO FEDERAL

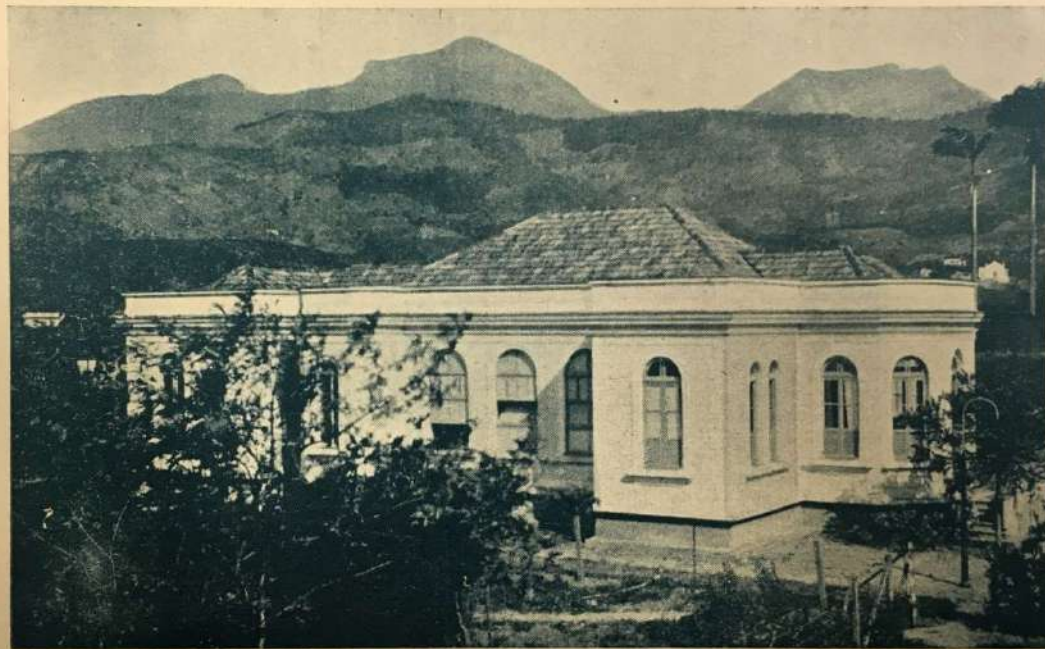


15)

Colônia feminina do Engenho de Dentro—Trecho do novo parque

Legenda: Colônia feminina do Engenho de Dentro –. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 3. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

ASSISTENCIA A ALIENADOS DO DISTRICTO FEDERAL

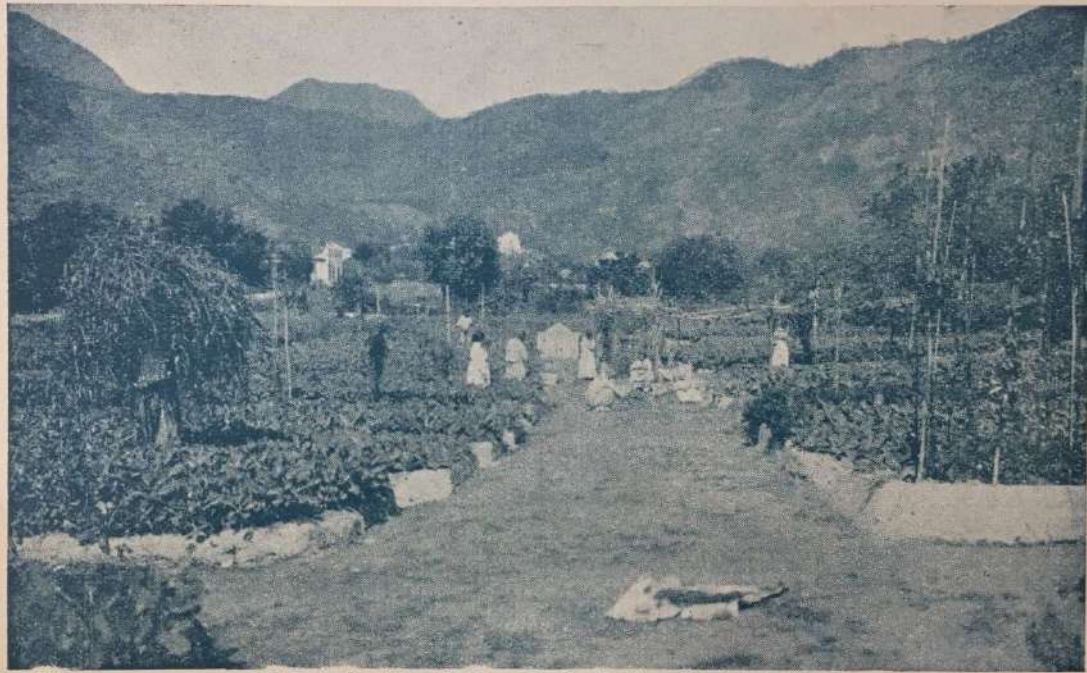


17)

Colônia feminina do Engenho de Dentro—Hospital da Colônia

Legenda: Colônia feminina do Engenho de Dentro – Hospital da Colônia. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 3. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

ASSISTENCIA A ALIENADOS DO DISTRICTO FEDERAL



20)

Colônia feminina do Engenho de Dentro—Trecho da hórta

Legenda: Colônia feminina do Engenho de Dentro – Trecho da horta. *Fonte:* Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais – n. 2. Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho – Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

**ANEXO II – Quadro do total de créditos (orçamentários e suplementares) votados para os anos de 1914 a 1922 para o Hospital Nacional de Alienados e para as colônias de mulheres e de homens**

Ano	Colônia de Alienadas	%	Colônia de Alienados	%	Hospital Nacional	%
1914	610.800.000	28%	242.795.000	11%	1.353.824.178	61%
1915	210.800.000	11%	274.395.000	14%	1.437.536.166	75%
1916	331.790.000	15%	281.195.000	13%	1.566.002.385	72%
1917	321.590.000	15%	284.500.000	13%	1.576.231.901	72%
1918	339.716.043	14%	313.500.000	12%	1.856.470.923	74%
1919	472.326.894	17%	327.700.000	11%	2.073.250.420	72%
1920	662.991.230	16%	341.740.000	8%	3.113.694.369	76%
1921	821.661.208	17%	601.382.000	12%	3.467.782.447	71%
1922	1.766.061.720	38%	672.178.000	15%	2.165.216.854	47%
<b>Total</b>	<b>5.537.737.095</b>		<b>3.339.385.000</b>		<b>18.610.009.643</b>	

**ANEXO III – Quadro demonstrativo da produção agrícola da Colônia e seus respectivos valores – Consumidos na Colônia – 1922<sup>1242</sup>**

Produto	Quantidade	Importância total
Legumes (\$770)	15.479,000kg	11.918.830,00
Leite fresco (\$700)	1.879,5 litros	1.315.650
Batata doce (\$400)	2.155kg	862.000
Limão azedo (\$087 e \$080)	8.540 unidades	697.326
Mamão (\$400)	1.680 unidades	672.000
Abóbora (\$400)	1.096,500kg	438.600
Carne de porco (2\$100 e 1\$900)	200kg	426.600
Ovos (\$150)	2.519 unidades	377.850
Aipim (\$200)	947kg	189.400
Banha derretida (2\$300 e 2\$200)	80kg	178.000
Laranjas (\$050)	2.173 unidades	108.650
Carne de carneiro (1\$900)	43kg	81.700
Mangas (\$500)	143 unidades	71.500
Galinhas (3\$500)	20 cabeças	70.000
Carambola (\$100)	544 unidades	54.400
Fruta de conde (\$100 e \$200)	320 unidades	50.100
Canas (\$100)	498 unidades	49.800
Goiabas (\$020)	1.828 unidades	36.560
Banana (\$028)	1.251 unidades	35.028
Coco (baba de boi) (5\$000)	2 caixas	10.000
Melão (5\$000)	2 unidades	10.000
Cera	600g	1.680
Melancia (1\$500)	1 unidade	1.500
Abios (\$050)	24 unidades	1.200
Mel de abelhas (2\$000)	½ garrafa	1.000
<b>Total</b>		<b>17.659.374</b>

<sup>1242</sup> BRASIL, *Relatório...*, 1922, pp. 138-142.

**ANEXO IV – Quadro das doações recebidas de particulares (1ª prestação de contas da Policlínica dos Subúrbios)**

<b>Donativos particulares recebidos</b>	
(2) Candido Gaffrée; Gomes Pereira e amigos	10:000\$000
(9) Linneu Paula Machado; Barbosa Albuquerque & C.; Moreno Borlido & C.; Companhia Commercio e Navegação; Rio de Janeiro Light and Power; Conde de Agrolongo; G. Martinelli; Comp. N. N. Costeira; Luiz da Rocha Miranda	5:000\$000
(3) A Sul América; Pedro Chaves; Manoel Lebrão	2:000\$000
(17) S <sup>a</sup> . D <sup>a</sup> . A. Ribeiro; Eugenio Honold; Comp. Mechanica e Imp. De S. Paulo; Affonso Vizeu; Sotto Maior & C.; Hime & C.; Vasco Ortigão & C.; Seabra & C.; Fernandes Malmo & C.; Trajano Medeiros & C.; Associação Comercial; Albino Souza Cruz; Visconde de Moraes; S. A. Moinho Fluminense; Durisch & C.; Meirelles Zamith & C.; A. Thun	1:000\$000
(6) Costa, Pacheco & C.; Edmundo Bittencourt; Domingos José da Silva; Barão Smith de Vasconcellos; José Marianno Filho; João F. Wright	500\$000
(5) Antonio P. Barbedo; Dias, Garcia & C.; C. Leterias N. do Brasil; Derby Club; Um riograndense do Sul	200\$000
(3) Luiz Camuyrano; Fontes Garcia & C.; Carlo Pareto & C	100\$000
(2) Ignacio Matheus; Campos, Silva & C	50\$000
Da “A Independência”, mesas e cadeiras para exames médicos	
<b>Total</b>	<b>92:400\$000</b>

**ANEXO V – Quadro de subvenções e auxílios às policlínicas do Subúrbio, de Botafogo e Geral do Rio de Janeiro (1919-1930)<sup>1243</sup>**

<b>Ano</b>	<b>Policlínica dos Subúrbios</b>	<b>Policlínica de Botafogo</b>	<b>Policlínica Geral do Rio de Janeiro</b>
Out. 1919	12.000.000	24.000.000	12.000.000
1920	12.000.000	24.000.000	12.000.000
Dez. 1922	18.000.000	18.000.000	18.000.000
Out. 1923	24.000.000	24.000.000	12.000.000
Nov. 1924	18.000.000	12.000.000	12.000.000
Out. 1925	18.000.000	18.000.000	12.000.000
Jul. 1926	18.000.000	18.000.000	12.000.000
Jan. 1927	18.000.000	18.000.000	12.000.000
Jan. 1928	24.000.000	18.000.000	12.000.000
Dez. 1929	24.000.000	18.000.000	24.000.000
Out. 1930	36.000.000	36.000.000	36.000.000
Soma em réis	222.000.000	228.000.000	174.000.000
Conversão para reais	27.306.000,00	28.044.000,00	21.402.000,00

<sup>1243</sup> Outubro de 1919 – AUXÍLIOS e Subvenções. *Jornal do Commercio*, ano 93, n. 291, 20 de outubro de 1919, p. 19; 1920 – AUXÍLIOS. *Coleção de Leis Municipais e Vetos* (RJ), n. 44, 1920, p. 120; dezembro de 1922 – AUXÍLIOS e Subvenções. *Jornal do Brasil*, n. 309, 27 de dezembro de 1922, p. 17; outubro de 1923 – AUXÍLIOS e Subvenções. *Jornal do Brasil*, n. 257, 27 de outubro de 1923, p. 12; novembro de 1924 – AUXÍLIOS e Subvenções. *Jornal do Brasil*, n. 278, 19 de novembro de 1924, p. 32; outubro de 1925 – AUXÍLIOS. *Jornal do Brasil*, n. 253, 22 de outubro de 1925, p. 31; julho de 1926 – AUXÍLIOS. *Jornal do Commercio*, n. 199, 20 de julho de 1926, p. 26; janeiro de 1927 – AUXÍLIOS. *Jornal do Brasil*, n. 9, 11 de janeiro de 1927, p. 34; janeiro de 1928 – AUXÍLIOS. *Jornal do Commercio*, n. 9, 11 de janeiro de 1928, p. 26; dezembro de 1929 – AUXÍLIOS. *Jornal do Commercio*, n. 309, 28 de dezembro de 1929, p. 35; outubro de 1930 – N. 325. EMENDA substitutiva. Ao projeto n. 36, de 1930. Substitua-se no art. 485 – Verba 55<sup>a</sup>. *Jornal do Commercio*, n. 236, 3 de outubro de 1930.

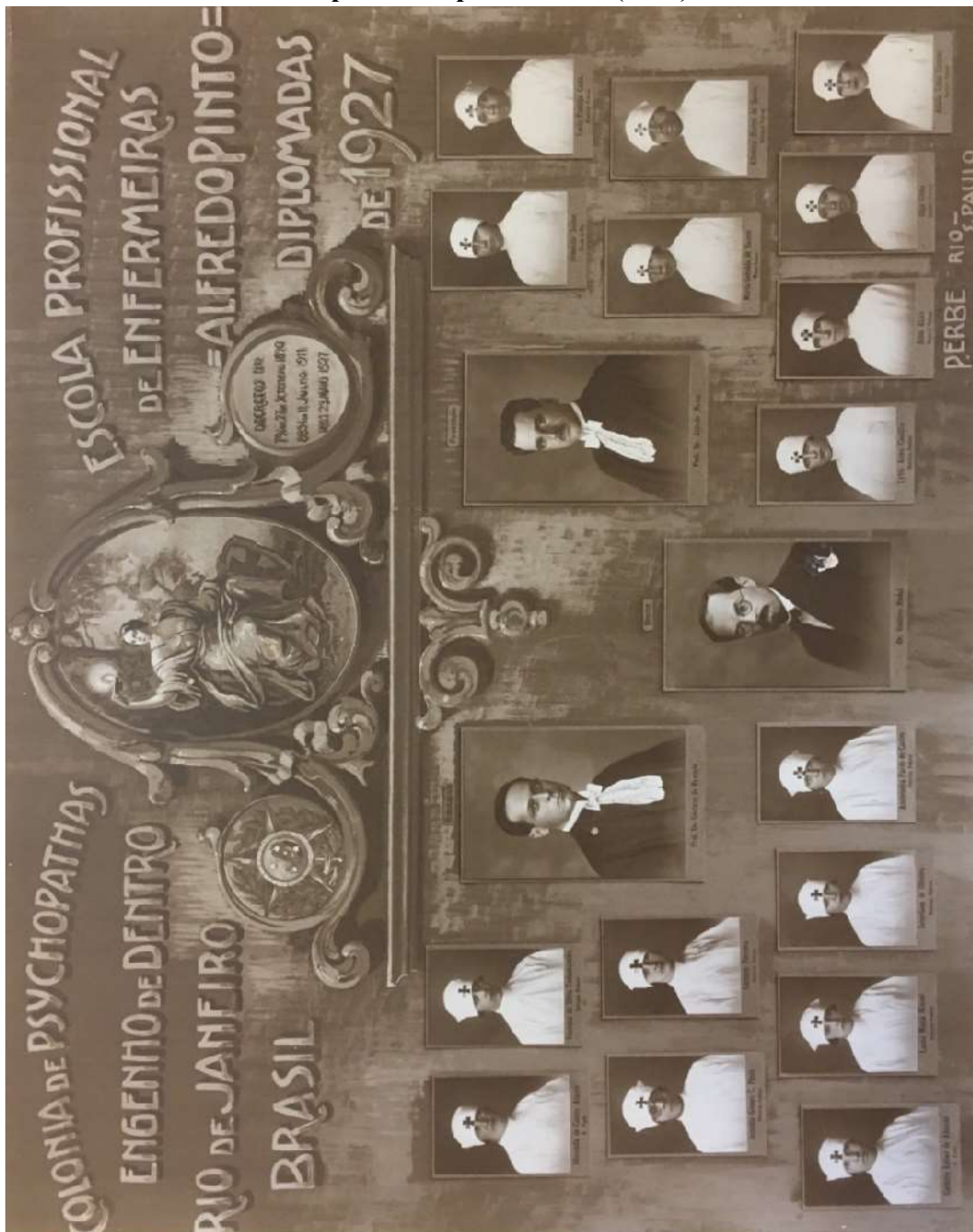
**ANEXO VI – Poster de diplomadas pela EPEAP (1923)**



Legenda: Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. Diplomadas de 1923. Ernani Lopes (homenageado), Zopyro Goulart (paraninfo) e Gustavo Riedel (diretor). *Fonte:* Acervo iconográfico do Fundo Gustavo Riedel depositado no Departamento de Arquivo e Documentação (DAD), da Casa de Oswaldo Cruz (COC), Fiocruz. Localização GR.02.013.



**ANEXO VII – Poster de diplomadas pela EPEAP (1927)**



Legenda: Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. Diplomadas de 1927. Gustavo de Rezende (homenageado), Alfredo Neves (paraninfo) e Dr. Gustavo Riedel (diretor). *Fonte:* Acervo iconográfico do Fundo Gustavo Riedel depositado no Departamento de Arquivo e Documentação (DAD), da Casa de Oswaldo Cruz (COC), Fiocruz. Localização GR.02.015.

**ANEXO VIII – Quadro da folha de pagamento do pessoal do ARC no mês de novembro de 1920**

<b>Serviços</b>	<b>Nomes</b>	<b>Gratificação mensal</b>
Clínica médica	Dr. Henrique Duque	450.000
Assistente de clínica médica	Dr. Ramiro Magalhães	250.000
Medicina geral (a domicílio)	Dr. Accacio Araújo	400.000
Cirurgia geral	Dr. Adolpho Possolo	450.000
Assistência de cirurgia	Dr. Luiz de Marcos	250.000
Moléstias da pele e sífilis	Dr. Zopyro Goulart	450.000
Moléstias dos olhos, nariz, garganta e ouvidos	Dr. Castilho Marcondes	450.000
Pediatria	Dr. Alfredo Neves	450.000
Assistência de pediatria	Dr. Gustavo Rezende	250.000
Química e microscopia clínica	Dr. Paulo Schirch	400.000
Radiologia e radioterapia	Dr. Benigno Sicupira Filho	400.000
Farmácia	Elvira Duarte Diniz	200.000
Conservação técnica	Carlos Hasche	350.000
Servente	Antônio Vieira	100.000
Enfermaria	Arminda Barreto	50.000
Enfermaria	Ermelinda Garcia Torres	50.000
Enfermaria	Débora Cavalcanti Cidade	50.000
Enfermaria	Amália Cecília de Araújo	50.000
<b>Total</b>		<b>5:050.000</b>

**ANEXO IX – Quadro da demonstração do débito do pessoal do ARC e do PPEP em 1928**

<b>Ambulatório Rivadavia Corrêa e Pavilhão Presidente Epitácio</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Gratificação mensal</b>	<b>Legislação</b>	<b>Fixo e orçado para 1928 e 1929 – Papel</b>
1 Chefe de serviço de clínica médica	660\$	Lei 3.674 de 07/01/1919	7.920.000
1 Chefe de serviço de cirurgia geral	660\$	Idem	7.920.000
1 Chefe de serviço de moléstias da pele e sífilis	660\$	Idem	7.920.000
1 Chefe de serviço de pediatria			
1 Chefe de serviço de otorrinolaringologia	660\$	Idem	7.920.000
1 Chefe de serviço de oftalmologia	660\$	Idem	7.920.000
1 Chefe de serviço de clínica microscópica	660\$	Idem	7.920.000
1 Chefe de radiologia e radioterapia	660\$	Idem	7.920.000
1 Chefe de serviço de profilaxia das doenças mentais e nervosas (psiquiatra da A. a Psicopatas)	450\$	Idem	5.400.000
8 Assistentes sendo 1 de clínica médica, 3 de cirurgia e 4 de pediatria	470\$	Idem	45.120.000
1 Médico visitador	600\$	Idem	7.200.000
1 Conservador técnico	600\$	Idem	7.200.000
3 Auxiliares de farmácia	350\$	Idem	11.880.000
1 Auxiliar de farmácia	217\$500	Idem	2.610.000
1 Servente	217\$500	Idem	2.610.000
8 Enfermeiras	170\$	Idem	16.320.000
1 Enfermeira chefe	300\$	Lei 4.632 de 06/01/1923	3.600.000
6 Monitoras de Higiene Mental	170\$	Lei 4.793 de 07/01/1924	12.240.000
8 funcionários			169.620.000

**ANEXO X – Quadro do movimento de doentes entre 1911-1918 na Colônia de Engenho de Dentro**

<b>ANO</b>	<b>1911</b>	<b>1912</b>	<b>1913</b>	<b>1914</b>	<b>1915</b>	<b>1916</b>	<b>1917</b>	<b>1918</b>	<b>Soma</b>
EXISTIAM em 1º de jan. [E]		295	240	255	258	282	399	419	<b>2148</b>
<b>ENTRARAM</b>									
Transferidas do Hospital	334	126	133	75	153	243	142	108	<b>1314</b>
Regressaram da licença	1	14	15	9	7	16	17	15	<b>94</b>
Regressaram da evasão		1	1				2		<b>4</b>
<b>SOMA 1 (ENT)</b>	<b>335</b>	<b>141</b>	<b>149</b>	<b>84</b>	<b>160</b>	<b>259</b>	<b>161</b>	<b>123</b>	<b>1412</b>
<b>MOVIMENTO TOTAL (MOV = E + ENT)</b>	<b>335</b>	<b>436</b>	<b>389</b>	<b>339</b>	<b>418</b>	<b>541</b>	<b>560</b>	<b>542</b>	<b>3560</b>
<b>SAÍRAM</b>									
Com alta	6 <sup>1244</sup>	45	21	9	20	44	32	18	<b>195</b>
Licenciadas	12	40	36	17	19	42	29	29	<b>224</b>
Removidas para o Hospital	2	36	43	37	61	43	65	87	<b>374</b>
Evadidas	1	2	2	3	2	3	2	3	<b>18</b>
Falecidas	19	73	32	15	34	10	13	16	<b>212</b>
<b>SOMA 2 (SAI)</b>	<b>40</b>	<b>196</b>	<b>134</b>	<b>81</b>	<b>136</b>	<b>142</b>	<b>141</b>	<b>153</b>	<b>1023</b>
<b>FICARAM em 31 de dez. (FIC = MOV – SAI)</b>	<b>295</b>	<b>240</b>	<b>255</b>	<b>258</b>	<b>282</b>	<b>399</b>	<b>419</b>	<b>389</b>	<b>2537</b>

<sup>1244</sup> No relatório completo do diretor da Colônia de Engenho de Dentro, localizado no Arquivo Nacional (Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc., is3), consta como oito o número de altas. No entanto, essa anotação nos parece equivocada tendo em conta o conjunto do movimento.

**ANEXO XI – Quadro do movimento de doentes entre 1919-1929<sup>1245</sup> na Colônia de Engenho de Dentro**

<b>ANO</b>	<b>1919</b>	<b>1920</b>	<b>1921</b>	<b>1922</b>	<b>1923</b>	<b>1924</b>	<b>1925</b>	<b>1927</b>	<b>1928</b>	<b>Soma</b>
EXISTIAM em 1º de jan. [E]	389	435	500	458	497	498	502	494	496	
<b>ENTRARAM</b>										
Transferidas do Hospital	112	144	50	151	68	48	46	70	84	<b>727</b>
Regressaram da licença	11	14	11	13	25	14		34	43	
Regressaram da evasão		0								
SOMA 1 (ENT)	123	158	61	164 (163)	92	62		104	127	
MOVIMENTO TOTAL (MOV = E + ENT)	512	593	561	622 (621)	589	560		598	623	
<b>SAÍRAM</b>										
Com alta	9	12	6	13	2	0		20	12	<b>74</b>
Licenciadas	26	40	39	44 (43)	46	33		?	67	
Removidas para o Hospital	36	34	45	56	26	14		5	9	<b>225</b>
Evadidas	1	1	0	2	3	3		2	5	<b>17</b>
Falecidas	5	6	13	10	14	8		23	28	<b>107</b>
SOMA 2 (SAI)	77	93	103	125	91	58		102	121	
FICARAM em 31 de dez. (FIC = MOV – SAI)	<b>435</b>	<b>500</b>	<b>458</b>	<b>497</b>	<b>498</b>	<b>502</b>		<b>496</b>	<b>502</b>	

<sup>1245</sup> Vale a pena enfatizar que não encontramos os dados dos anos de 1920, 1925, 1926, 1929, 1930, 1931 e 1932. A coluna de 1920 foi preenchida com base nos dados colhidos no 2º livro de matrícula da colônia. Os 14 regressos de licença incluem 11 regressos e 3 prorrogações, deste modo a conta finaliza com o nº de 500 alienadas restantes em 1º de dezembro, como aponta o movimento de 1921, apresentado no relatório ministerial do ano seguinte. Cumpre destacar ainda que, de acordo com os dados do referido livro de matrícula, foram 151 pacientes transferidas do hospício em 1922, e não 150 como consta no relatório ministerial. Vale perceber que, em todos os outros anos, esses números coincidem nessas documentações.

**ANEXO XII – Lista dos diagnósticos dos livros de matrícula da Colônia de Engenho de Dentro classificados em únicos e “múltiplos” (1911-1932)**

<b>Diagnósticos</b>	<b>N. pacientes</b>	<b>Grupo</b>
alcoolismo. arteriosclerose cerebral	1	múltiplo
alcoolismo. delírio alcoólico	2	múltiplo
alcoolismo. delírio episódico	2	múltiplo
alcoolismo. demência senil	1	múltiplo
alcoolismo. esquizofrenia	1	múltiplo
alcoolismo. esquizofrenia paranoide	1	múltiplo
alcoolismo. estado atípico de degeneração	1	múltiplo
alcoolismo. estado de confusão mental. agitada	1	múltiplo
alcoolismo. histeria. psicose periódica depressiva f. dep.	1	múltiplo
alcoolismo. sífilopsicose?	1	múltiplo
alcoolismo. síndrome paranoide	1	múltiplo
alcoolismo? debilidade? psicose maníaco-depressiva f. dep.? Simuladora	1	múltiplo
alcoolismo? demência?	1	múltiplo
arteriosclerose cerebral. síndrome paranoide	1	múltiplo
ciclotimia. hipomania	1	múltiplo
confusão mental. loucura maníaco-depressiva f. mista	1	múltiplo
confusão mental. psicose maníaco-depressiva f. mista	2	múltiplo
confusão mental. psicose periódica	1	múltiplo
debilidade mental. alcoolismo	34	múltiplo
debilidade mental. alcoolismo (bobona. imbecilidade)	1	múltiplo
debilidade mental. confusão mental	1	múltiplo
debilidade mental. delírio episódico	4	múltiplo
debilidade mental. demência paralytica?	1	múltiplo
debilidade mental. dep. melancolia?	1	múltiplo
debilidade mental. esquizofrenia	1	múltiplo
debilidade mental. excitação maníaca	4	múltiplo
debilidade mental. imbecilidade	1	múltiplo
debilidade mental. impulsos agressivos	1	múltiplo
debilidade mental. mitomania	2	múltiplo
debilidade mental. psicose maníaco-depressiva? demência precoce?	1	múltiplo
debilidade mental. síndrome histeroide	7	múltiplo
debilidade mental. síndrome paranoide	2	múltiplo
degeneração inferior. alcoolismo	7	múltiplo
degeneração inferior. alcoolismo. síndrome histeroide	1	múltiplo
degeneração inferior. alcoolismo?	1	múltiplo
degeneração inferior. debilidade mental	1	múltiplo
degeneração inferior. debilidade mental. impulsos agressivos	1	múltiplo
degeneração inferior. epilepsia	1	múltiplo
degeneração inferior. psicose periódica. síndrome paranoide	1	múltiplo
degeneração inferior. síndrome histeroide	8	múltiplo
degeneração mental. alcoolismo. imbecilidade	1	múltiplo

degeneração mental. episódio delirante	1	múltiplo
degeneração mental. psicose alcoólica	1	múltiplo
degeneração mental. psicose periódica	1	múltiplo
degeneração psíquica. delírio episódico. debilidade mental	1	múltiplo
degeneração. alcoolismo	2	múltiplo
delírio alcoólico. degeneração inferior. instab.?	1	múltiplo
delírio episódico. constituição esquizoide	1	múltiplo
delírio episódico. esquizofrenia paranoide	1	múltiplo
delírio episódico. hipomania	1	múltiplo
delírio episódico. impulsos suicidas	1	múltiplo
delírio episódico. psicose maníaco-depressiva f. man.	1	múltiplo
delírio episódico. síndrome histeroide	1	múltiplo
delírio episódico? psicose alcoólica. degeneração mental	1	múltiplo
demência precoce hebefrênica catatônica. loucura maníaco-depressiva	1	múltiplo
demência precoce. debilidade mental?	1	múltiplo
demência precoce. síndrome histeroide	5	múltiplo
demência precoce? imbecilidade?	1	múltiplo
demência precoce? psicose maníaco-depressiva	2	múltiplo
demência senil. excitação maníaca	2	múltiplo
demência. epilepsia	1	múltiplo
depressão mental. oligofrenia	1	múltiplo
epilepsia psíquica? debilidade mental	1	múltiplo
epilepsia. alcoolismo	18	múltiplo
epilepsia. alcoolismo?	1	múltiplo
epilepsia. debilidade mental	18	múltiplo
epilepsia. debilidade mental. histeria?	1	múltiplo
epilepsia. demência consecutiva	1	múltiplo
epilepsia. encefalopatia crônica	1	múltiplo
epilepsia. histeria	3	múltiplo
epilepsia. idiota	2	múltiplo
epilepsia. imbecilidade	5	múltiplo
epilepsia. infecção luética	1	múltiplo
epilepsia. paralisia cerebral infantil	1	múltiplo
epilepsia. psicose maníaco-depressiva f. dep.	1	múltiplo
epilepsia? debilidade mental	1	múltiplo
epilepsia? demência precoce. síndrome histeroide?	1	múltiplo
esclerose cerebral infantil. epilepsia	2	múltiplo
esclerose cerebral. confusão mental	1	múltiplo
esclerose cerebral. epilepsia	1	múltiplo
esclerose cerebral. histeria	1	múltiplo
esquizofrenia tardia. arterioesclerose?	1	múltiplo
esquizofrenia. confusão mental	2	múltiplo
esquizofrenia. epilepsia	1	múltiplo
esquizofrenia. episódio confusional urêmico	1	múltiplo
esquizofrenia. histeria?	1	múltiplo
esquizofrenia. imbecilidade	1	múltiplo

esquizofrenia. imbecilidade?	1	múltiplo
esquizofrenia. parafrenia	2	múltiplo
esquizofrenia. síndrome histeroide	1	múltiplo
esquizofrenia. síndrome paranoide	1	múltiplo
histeria. alcoolismo	1	múltiplo
histeria. debilidade mental	6	múltiplo
histeria. debilidade mental. psicose maníaco-depressiva f. man.	1	múltiplo
histeria. delírio	2	múltiplo
histeria. delírio alcoólico. loucura maníaco depressiva f. man.	2	múltiplo
histeria. demência	1	múltiplo
histeria. demência precoce	1	múltiplo
histeria. demência precoce f. catatônica	1	múltiplo
histeria. demência, agitada	1	múltiplo
histeria. dp.?	1	múltiplo
histeria. epilepsia	2	múltiplo
histeria. esquizofrenia	1	múltiplo
histeria. estado lipemaníaco. debilidade mental	1	múltiplo
histeria. estado lipemaníaco. psicose maníaco-depressiva f. dep.?	1	múltiplo
histeria. excitação maníaca	1	múltiplo
histeria. excitação maníaca. psicose maníaco depressiva f. man.	1	múltiplo
histeria. psicose gravídica	1	múltiplo
histeria. psicose maníaco-depressiva	4	múltiplo
histeria. psicose maníaco-depressiva f. dep.	1	múltiplo
histeria. psicose maníaco-depressiva f. man.	1	múltiplo
histeria. psicose maníaco-depressiva f. mista	2	múltiplo
histeria. psicose maníaco-depressiva?	1	múltiplo
histeria. psicose periódica	2	múltiplo
histeria. psicose periódica f. maníaca	1	múltiplo
histeria? debilidade mental?	1	múltiplo
histeria? debilidade mental? demência precoce	1	múltiplo
histeria? debilidade mental? imbecilidade. demência precoce	1	múltiplo
histeria? demência precoce	1	múltiplo
histeria? demência precoce?	1	múltiplo
histeria? loucura maníaco-depressiva?	1	múltiplo
histeria? psicose maníaco depressiva f. man.	1	múltiplo
histeria? psicose periódica	2	múltiplo
histeria? psicose periódica (d. melancólico)	1	múltiplo
histeria? psicose periódica?	1	múltiplo
histeria? psicose pré senil	1	múltiplo
histero-epilepsia	1	múltiplo
idiotia. encefalite crônica sifilítica	1	múltiplo
imbecilidade. alcoolismo	2	múltiplo
imbecilidade. debilidade mental	1	múltiplo
imbecilidade. debilidade mental?	1	múltiplo



imbecilidade. heredolues	1	múltiplo
imbecilidade. lues hereditária?	1	múltiplo
imbecilidade. psicose alcoólica	1	múltiplo
imbecilidade. síndrome histeroide?	1	múltiplo
loucura maníaco-depressiva. alcoolismo	1	múltiplo
loucura maníaco-depressiva. cenestopatia de ordem endocrínica	1	múltiplo
loucura maníaco-depressiva. demência	1	múltiplo
loucura maníaco-depressiva. estado melancólico	1	múltiplo
loucura maníaco-depressiva. mania intermitente	1	múltiplo
loucura maníaco-depressiva. melancolia	1	múltiplo
mania puerperal (psicose maníaco-depressiva f. m.) imb. ?	1	múltiplo
mania puerperal. loucura maníaco-depressiva	1	múltiplo
oligofrenia. associação esquizofrênica	1	múltiplo
oligofrenia. degeneração simples	1	múltiplo
oligofrenia. epilepsia	1	múltiplo
oligofrenia. esquizotimia	1	múltiplo
parafrenia. esquizofrenia	1	múltiplo
paranoia. demência senil	1	múltiplo
personalidade psicopática. epilepsia?	2	múltiplo
personalidade psicopática. episódio confusional	1	múltiplo
psicopatia const. síndrome paranoide	1	múltiplo
psicopatia constitucional. delírio de pers. rac., confusão mental	1	múltiplo
psicose alcoólica. degeneração mental	1	múltiplo
psicose alcoólica. psicose maníaco-depressiva	1	múltiplo
psicose de involução. arteriosclerose cerebral	1	múltiplo
psicose de involução. estado confusional	1	múltiplo
psicose de involução. pré-senil	1	múltiplo
psicose de involução. psicose pré senil	1	múltiplo
psicose de involução. síndrome de Cotard	1	múltiplo
psicose de involução. síndrome histeroide	1	múltiplo
psicose de involução. síndrome melancólica	1	múltiplo
psicose de origem autotóxica. confusão mental. catatonia alternante com excitação maníaca. loucura maníaco-depressiva	1	múltiplo
psicose gripal. intoxicação alcoólica crônica	1	múltiplo
psicose induzida? excitação maníaca	1	múltiplo
psicose infectuosa. estado confusional	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva f. dep., alcoolismo?	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva f. m., alcoolismo	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva f. man., alcoolismo.	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva f. mista. mania agitada? demência?	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva. alcoolismo	3	múltiplo
psicose maníaco-depressiva. alcoolismo?	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva. debilidade mental	7	múltiplo

psicose maníaco-depressiva. epilepsia	2	múltiplo
psicose maníaco-depressiva. esquizofrenia	2	múltiplo
psicose maníaco-depressiva. estado confusional	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva. estado de confusão	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva. hipomania	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva. mania mentis	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva. síndrome histeroide	3	múltiplo
psicose maníaco-depressiva? esquizofrenia?	1	múltiplo
psicose maníaco-depressiva? síndrome histeroide	1	múltiplo
psicose periódica (alcoólica)	1	múltiplo
psicose periódica. alcoolismo	1	múltiplo
psicose periódica. epilepsia	3	múltiplo
psicose periódica. excitação maníaca	1	múltiplo
psicose periódica. imbecilidade	1	múltiplo
psicose periódica. síndrome histeroide	18	múltiplo
psicose periódica. síndrome histeroide. delírio espírita	1	múltiplo
psicose periódica. síndrome paranoide	1	múltiplo
psicose periódica? síndrome histeroide	1	múltiplo
psicose pré-senil. epilepsia	1	múltiplo
psicose pré-senil. paralisia geral?	1	múltiplo
psicose típica. estado confusional	1	múltiplo
psicose tóxica alcoólica. epilepsia	2	múltiplo
psicose tóxica alcoólica. neurite múltipla	1	múltiplo
psicose tóxica alcoólica. psicose periódica	1	múltiplo
psicose tóxica catamenial. confusão mental	1	múltiplo
sífilis cerebral. epilepsia	1	múltiplo
sífilis cerebral. histeria	1	múltiplo
sífilis cerebral. histeria síndrome	1	múltiplo
sífilis cerebral. psicose maníaco-depressiva	1	múltiplo
sífilis cerebral. psicose periódica	1	múltiplo
sífilis. psicose tóxica alcoólica	1	múltiplo
sifilopsicose. excitação maníaca	1	múltiplo
tabes dorsalis. síndrome histeroide	1	múltiplo
úlceras varicosas perna direita. psicose tóxica. debilidade mental. psicose maníaco-depressiva	1	múltiplo
alcoolismo	153	único
alcoolismo crônico	5	único
alcoolismo crônico?	1	único
arteriosclerose cerebral	10	único
cenestopatia	1	único
cocainomania	1	único
confusão mental	26	único
confusão mental astênica	2	único
confusão mental de origem autotóxica (menopausa)	1	único
confusão mental <i>postpartum</i>	1	único
confusão mental urêmica	1	único
coreia de Sydenham	1	único

debilidade mental	190	único
degeneração inferior	8	único
degeneração mental	2	único
degeneração psíquica	1	único
delírio alcoólico	2	único
delírio episódico	56	único
delírio episódico dos degenerados	2	único
delírio sistematizado alucinatorio crônico	4	único
demência	1	único
demência por arterioesclerose cerebral	1	único
demência precoce	135	único
demência precoce (modificado) psicose man. dep.	3	único
demência precoce catatônica	12	único
demência precoce delirante	2	único
demência precoce f. simples	1	único
demência precoce hebefrênica	1	único
demência precoce hebefrênica catatônica	1	único
demência precoce paranoide	3	único
demência pré-senil	1	único
demência senil	36	único
encefalopatia atrófica da infância	1	único
Epilepsia	216	único
epilepsia por lesão cerebral	1	único
epilepsia. surda-muda	1	único
esclerose cerebral	2	único
esclerose cerebral atrófica da infância	3	único
Esquizofrenia	96	único
esquizofrenia delirante	1	único
esquizofrenia episódio delirante	2	único
esquizofrenia forma hipomania	1	único
esquizofrenia paranoide	3	único
esquizofrenia paranoide. interpretação delirante	1	único
esquizofrenia tardia	1	único
estado atípico de degeneração	41	único
estado confusional	6	único
estado confusional infeccioso	1	único
estado confusional. gripe	1	único
estado confusional. insuficiência ovariana	1	único
estado de confusão	3	único
estado esquizofrênico	2	único
Histeria	55	único
histeria de angústia conversão	1	único
histeria de conversão	1	único
Idiota	10	único
Imbecilidade	106	único
loucura maníaco-depressiva	41	único
loucura maníaco-depressiva (psicose periódica) f. man.	1	único

loucura maníaco-depressiva f. dep.	7	único
loucura maníaco-depressiva f. m.	4	único
loucura maníaco-depressiva f. man.	7	único
loucura maníaco-depressiva f. mista	3	único
meningoencefalite crônica	1	único
nervosismo	1	único
neurose de angústia	1	único
Oligofrenia	4	único
oligofrenia. debilidade mental	3	único
Parafrenia	48	único
parafrenia sistemática	2	único
paralisia cerebral infantil	4	único
paralisia geral	3	único
paralisia geral (1922). parafrenia (1930)	1	único
paranoia persecutória	2	único
personalidade psicopática	5	único
perturbações mentais da menopausa	1	único
Presbiofrenia	2	único
Psicastenia	2	único
psicose alcoólica	51	único
psicose autotóxica ovariana	1	único
psicose consecutiva a uma febre amarela	1	único
psicose de involução	27	único
psicose dep.	1	único
psicose gravídica	1	único
psicose gravídica. prenhez a termo	1	único
psicose gripal	4	único
psicose induzida	1	único
psicose infecciosa. tuberculose?	1	único
psicose infectuosa	5	único
psicose maníaco-depressiva	236	único
psicose maníaco-depressiva (periódica)	1	único
psicose maníaco-depressiva estado depressivo	1	único
psicose maníaco-depressiva f. delirante	3	único
psicose maníaco-depressiva f. dep.	5	único
psicose maníaco-depressiva f. m.	6	único
psicose maníaco-depressiva f. man.	15	único
psicose maníaco-depressiva f. mista	4	único
psicose maníaco-depressiva. surda-muda	1	único
psicose periódica	314	único
psicose periódica f. dep.	10	único
psicose periódica f. m.	4	único
psicose periódica f. man.	5	único
psicose periódica f. melancólica	2	único
psicose periódica f. mista	2	único
psicose periódica f. pré senil	1	único
psicose periódica maníaco-depressiva f. maníaca	1	único

psicose periódica. loucura maníaco-depressiva	1	único
psicose periódica. prenhez a termo	1	único
psicose pré senil	27	único
psicose pré senil f. delirante	1	único
psicose pré senil f. depressiva	2	único
psicose pré senil f. melancólica	1	único
psicose puerperal	4	único
psicose sífilítica	1	único
psicose tireogena/tireoidia/tirogena	3	único
psicose tóxica	1	único
psicose tóxica alcoólica	65	único
psicose tóxica catamenial	1	único
psicose tóxica infectuosa (post. variólica)	1	único
sequela tabiforme da encefalite letárgica	1	único
sífilis cerebral	31	único
sífilis cerebral. paralisia geral	2	único
Sifilopsicose	3	único
síndrome histeroide	2	único
Toxicomania	1	único
toxicomania. trivalerina convaler	2	único

**ANEXO XIII – Quadro das justificativas médicas para a transferência de pacientes da Colônia de Engenho de Dentro para o HN**

<b>Transferências – Justificativas</b>	<b>Branca</b>	<b>Parda</b>	<b>Preta</b>
por sofrer de tuberculose (ou suspeita de) /por suspeita de fimatose (1 parda)	13	23	13
tratamento cirúrgico (uma por ordem diretor também), uma paciente preta também foi considerada agitada (sabe-se que uma cirurgia era de hérnia estrangulada e a outra de tumor no seio, pacientes pardas) /tratamento de tumor abdominal/tratamento de fratura do úmero esquerdo	5	5	7
por sofrer de bronquite crônica, inadaptável ao RC/por sofrer de hemiplegia orgânica/por sofrer de mielite difusa de Duchenne	3		
tratamento ginecológico/tratamento de metrorragia crônica/por sofrer de metrite crônica	3	2	3
tratamento melhor/ tratamento especial/cuidados especializados/ a fim de continuar o tratamento/ a fim de modificar o regime	3	3	
por estar doente desde 1921, agitada, não se prestar RC/por estar doente, não adaptável ao RC/doente, agitada, rebelde, não adaptável ao RC	2	1	
por sofrer de câncer inoperável (sabe-se que um era no seio, paciente parda)	2	2	
tratamento de afecção ocular/tratamento de tracoma/por sofrer de amaurose (esclerose do cristalino) /exame de oftalmologia	2	4	2
por estar em decrepitude/por ser inválida	1		1
por estar em estado de gravidez	1	1	1
por sofrer de ozena e precisar de isolamento/por necessitar de isolamento individual	1	1	1
tratamento com o especialista de moléstia do nariz / necessitar de cuidado do rinologista	1		1
tratamento por eletricidade (por necessitar de)	1		
exame de Raio X			1
exame no gabinete de laringologia		1	
por sofrer de disenteria amebiana		1	
por sofrer de infecção febril cuja natureza ainda não foi determinada/tratamento dos dentes (está com escorbuto) /tratamento de queimaduras de 1º grau			3
por sofrer de nefrite crônica (inadaptável atualmente ao trabalho) /por sofrer de nefrite crônica e reumatismo articular agudo			3
tratamento de cardiopatia/ser observada sobre as perturbações circulatórias/por sofrer de aortite crônica		2	1

## REFERÊNCIAS

### FONTES

#### FONTES PRIMÁRIAS MANUSCRITAS

##### Arquivo Nacional

##### Documentos do Ministério da Justiça e Negócios Interiores

5F 385.

5F 386.

5G 190.

Assistência a Alienados. HN. N. 36. RJ, 13/01/1923.

Colônias velhas e colônias novas. S.d. Is3 20.

Gabinete Civil da Presidência da República, BRRJANRIO 35.Ø.pro.8589.

IJ2.

Is3 20.

Is3 27.

Notas extraídas do livro de registro de nomeações dos funcionários do Hospital Nacional em relação aos candidatos aos lugares de assistentes da Assistência a Alienados do Distrito Federal por Juliano Moreira, 16/11/1911. Is3 27.

Ofício n. 47, de 16/10/1911, 5F 385.

Ofício n. 146, de 28/02/1912, 5F 385.

Ofício n. 164, de 16/03/1912, 5F 385.

Ofício n. 208, de 15/05/1912, 5F 386.

Ofício n. 231. 8M 30, fichário 1.

Ofício n. 373. Is3 27.

Ofício n. 388, de 28/04/1913, de Juliano Moreira para o ministro da JNI. Is3 20.

Ofício n. 407. Is3 27.

Ofício n. 472. IJ2.

Ofício n. 477. 8M 30, fichário 2.

Ofício n. 520. Is3 26.

Ofício n. 551. Is3 20.

Ofício n. 753, de 24/10/1910, Is3 27.

Ofício n. 880. 1B 114.

Ofício n. 1.202, de 29/10/1923, de Flores Júnior para o diretor geral da Assistência a Alienados. 5G 204.

Ofício n. 1.274, de 09/11/1923, de Flores Júnior para o diretor da Colônia de Engenho de Dentro. 5G 204.

Ofício n. 2.754c, da Diretoria de Contabilidade. 8M 29, fichário 1.

Ofício n. 3.030c, da Diretoria de Contabilidade. 8M 29, fichário 1.

Ofício n. 3.555, de 03/12/1930, da Diretoria de Contabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, destinado ao diretor da Colônia de Psicopatas Mulheres. 5G 52.

Ofício s/n, de 10/03/1919. 5G 193.

Ofício s/n, de 15/05/1919. 5G 193.

Ofício s/n, de 13/02/1926, de Mattoso Maia, administrador do Hospital Nacional, para Juliano Moreira, diretor geral da Assistência a Alienados. 1B 16.

Ofício s/n, de 06/03/1930, de Gustavo Riedel, diretor da colônia de mulheres, para Juliano Moreira, diretor geral da Assistência a Psicopatas. 8M 30, fichário 2.

Pasta 4A 34.

Relatório de Juliano Moreira, 10/05/1913. Is3 20.

Relatório do diretor Braule Pinto de 15/02/1912. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. Is3 20.  
Relatório do diretor Braule Pinto de 03/02/1916. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. Is3 20.  
Resposta ao Ofício n. 388. Is3 20.  
RIEDEL, Gustavo. Prova escrita – concurso para o lugar de alienista adjunto das Colônias de Alienados (Assistência a Alienados), de 16/04/1910. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. Is3 26.  
Secretário de Estado da Justiça e Negócios Interiores, Diretoria de Contabilidade, 1ª Seção. Assistência a Psicopatas – Demonstração do débito de diversos Estados e Ministérios, 1928, 4G1.

### **Biblioteca Nacional**

PIRES, Washington Ferreira. Carta a Afrânio de Melo Franco explicando os motivos da dispensa do professor Waclaw Radecki, diretor do Instituto de Psicologia. Localização: Biblioteca Nacional, Seção de Manuscritos, 73,05,003 n° 045.

### **Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB)**

Assistência a Alienados do Distrito Federal, Colônia do Engenho de Dentro (vários). Postais.

### **CETAPE/IMAS-NS**

Caixa 1.050.

Ofício da Repartição da Colônia Gustavo Riedel para o diretor do SAP – MES, CGR, SNDM, p. 9. Caixa 1453.

Ofício n. 239, caixa 2.793.

Ofício n. 298, de 30/03/1938, do diretor do SAP para o diretor geral do Departamento Nacional de Saúde, em resposta ao ofício n. 267, de 26/01/1938 desse diretor geral, caixa 1064.

Ofício n. 977, caixa 1.065.

Ofício n. 1.474, caixa 2.797.

### **Escola de Enfermagem Anna Nery**

Centro de Documentação (CEDOD). UFRJ. Gabinete Direção – G – 01.6 – 1937.

Curso de Psiquiatria Adiantada. Centro de Documentação (CEDOD). UFRJ. Gabinete Direção – G – 01.6 – 1937.

LOBO, Rachel Haddock. Estudo confidencial sobre as falhas nos pontos básicos do programa da Escola Alfredo Pinto. 05 p. Rio de Janeiro, 19 de janeiro de 1932. UFRJ – PAVILHÃO DE AULAS – Cedoc – CX: 37 – DOC: 119.

Regulamento do Curso de Atendentes do Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP). Centro de Documentação (CEDOD). UFRJ. Gabinete Direção – G – 01.6 – 1937.

### **Instituto Municipal de Atenção à Saúde Juliano Moreira (IMAS-JM)**

1 Livro de Assentamento de Empregados Subalternos: 1919-1946.

2 Livros de Matrícula: 1911-1918 e 1919-1934.

19 Livros de Observações Clínicas: 1911-1932.

Prontuário de A. N.

Prontuário de A. S. F.

Prontuário de C. I.



Prontuário de M. V.

## **FONTES PRIMÁRIAS ICONOGRÁFICAS**

### **Fundo Gustavo Riedel, depositado no Departamento de Arquivo e Documentação (DAD) da Casa de Oswaldo Cruz (COC), Fiocruz**

Benção dos internos do Hospital Nacional – 1908. GR.02.002.

Inauguração do Ambulatório [Rivadavia Corrêa] em 13 de junho de 1920. GR.02.006. 1921. GR.02.010.

Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. Diplomadas de 1923. GR.02.013.

Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. Diplomadas de 1927. GR.02.015.

Gustavo Riedel no laboratório. GR.02.027.

## **FONTES PRIMÁRIAS IMPRESSAS**

### **Legislação**

BRASIL. Decreto n. 508, de 21 de junho de 1890a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/387994/publicacao?tipoDocumento=DEC-n&tipoTexto=PUB>. Acesso em 10 de julho de 2020.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890b. Promulga o Código Penal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1851-1899/D847.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D847.htm). Acesso em 14 de outubro de 2021.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 3.640, de 14 de abril de 1900. Reorganiza o serviço policial do Distrito Federal. Disponível em <https://www2.camara.leg.br>. Acesso em 10 de março de 2020.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 5.125, de 1º de fevereiro de 1904. Dá novo regulamento à Assistência de Alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5125-1-fevereiro-1904-503179-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 15 de março de 2021.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/414737/publicacao?tipoDocumento=DEC-n&tipoTexto=PUB>. Acesso em 5 de fevereiro de 2019.

\_\_\_\_\_. Lei n. 2.544, de 4 de janeiro de 1912c. Fixa a despesa geral da República dos Estados Unidos do Brasil para o exercício de 1912. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/544346/publicacao/15807827>. Acesso em 8 de março de 2022.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. *Diário Oficial da União*, 15 de setembro de 1920.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 14.969, de 3 de setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14969-3-setembro-1921-498564-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 10 de janeiro de 2022.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 16.670, de 17 de novembro de 1924. Aprova o Regulamento do Instituto Médico Legal do Rio de Janeiro. Disponível em <https://www2.camara.leg.br>. Acesso em 10 de março de 2020.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927a. Aprova o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1º de junho de 1927, p. 12.360. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/433793/publicacao?tipoDocumento=DEC-n&tipoTexto=PUB>. Acesso em 10 de janeiro de 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 20.930, de 20 de janeiro de 1932. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-norma-pe.html>. Acesso em 5 de fevereiro de 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 17 de outubro de 2022.

*DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU)*. 10 de fevereiro de 1921a, p. 12, seção 1. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1770280/pg-12-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-10-02-1921/pdfView>. Acesso em 5 de dezembro de 2020.

\_\_\_\_\_. 7 de junho de 1921b, p. 1, seção 1. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1901224/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-07-06-1921>. Acesso em 5 de dezembro de 2020.

\_\_\_\_\_. 2 de setembro de 1921c, pp. 3-4, seção 1. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1981296/pg-3-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-02-09-1921>. Acesso em 5 de dezembro de 2020.

\_\_\_\_\_. 2 de fevereiro de 1923, p. 34, seção 1. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1767568/pg-34-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-02-02-1923?ref=serp>. Acesso em 5 de dezembro de 2020.

\_\_\_\_\_. 27 de janeiro de 1924a, p. 38, seção 1. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1780317/pg-38-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-27-01-1924/pdfView>. Acesso em 5 de dezembro de 2020.

\_\_\_\_\_. 5 de abril de 1924b, p. 38, seção 1. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1875977/pg-38-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-05-04-1924/pdfView>. Acesso em 5 de dezembro de 2020.

SOCIEDADES CIVIS. Policlínica dos Subúrbios. Extrato dos estatutos. *Diário Oficial da União (DOU)*, 1º de janeiro de 1925, seção 1, p. 48. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1723351/pg-48-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-01-01-1925/pdfView>. Acesso em 10 de outubro de 2021.

\_\_\_\_\_. Policlínica dos Subúrbios. Extrato dos estatutos. *Diário Oficial da União (DOU)*, 28 de janeiro de 1928, seção 1, p. 124. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1788937/pg-124-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-28-01-1928/pdfView>. Acesso em 10 de outubro de 2021.

### ***Relatórios ministeriais***

ALBUQUERQUE, A. Epimacho C. de; BARROS JUNIOR, Luiz Teixeira de; OLIVEIRA, Antonio Angra de. Relatório da Comissão Inspectora dos Estabelecimentos de Alienados no Distrito Federal. 28 de fevereiro de 1908. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Augusto Tavares de Lyra em março de 1908. Vol. I. Justiça, Interior e Contabilidade*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1908. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=87&s=0&cv=516&r=0&xywh=1418%2C0%2C4754%2C3353>. Acesso em 10 de maio de 2020.

ARAÚJO, Francisco Manoel da Silva *et al.* Relatório da Comissão de Inquérito sobre as condições da Assistência a Alienados no Hospício Nacional e Colônias da Ilha do Governador. Março de 1903. In: *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J. J. Seabra Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores em abril de 1903*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1903, anexo B, pp. 3-37. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=75&s=0&cv=441&r=0&xywh=-1156%2C0%2C4278%2C3017>. Acesso em 10 de maio de 2020.

BACELLAR, Malcher de. Relatório da Comissão Inspectora dos Estabelecimentos de Alienados Públicos e Particulares no Distrito Federal. 12 de maio de 1914. Rio de Janeiro. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Uladislau Herculanô de Freitas em 1914*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1915. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=94&s=0&cv=78&r=0&xywh=-1381%2C-1%2C4680%2C3302>. Acesso em 10 de maio de 2020.

BACELLAR, Malcher de; CAMARGO, Raul; BRAGA, Carlos Olyntho. Relatório da Comissão Inspectora dos Estabelecimentos de Alienados Públicos e Particulares. Rio de Janeiro. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Carlos Maximiliano Pereira dos Santos. Agosto de 1918. Anos 1917 e 1918*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1918. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=98&s=0&cv=96&r=0&xywh=-1377%2C0%2C4624%2C3261>. Acesso em 10 de maio de 2020.

BRASIL. *Relatório apresentado pelo Ministro Júlio César de Noronha ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1903. Mapas das declarações julgadas durante o ano de 1902. Relatórios do Ministério da Marinha*. 1903. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/873888/5500>. Acesso em 10 de maio de 2020.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J. J. Seabra Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores em março de 1906. Vol. III. Diretoria de Saúde Pública.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1906. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=83&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1392%2C0%2C4719%2C3328>. Acesso em 10 de maio de 2020.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Augusto Tavares de Lyra em março de 1908. Vol. I. Justiça, Interior e Contabilidade.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1908. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=87&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1382%2C-1%2C4666%2C3292>. Acesso em 10 de maio de 2020.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Augusto Tavares de Lyra em março de 1909.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=89&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1315%2C-1%2C4580%2C3231>. Acesso em 10 de maio de 2020.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Esveraldino Olympio de Torres Bandeira.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1910. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=90&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1347%2C-1%2C4580%2C3231>. Acesso em 10 de maio de 2020.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Correa.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1911b. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=91&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1363%2C-1%2C4580%2C3231>. Acesso em 5 de fevereiro de 2019.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Correa.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1912a. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=92&s=0&cv=2&r=0&xywh=1527%2C-1%2C4797%2C3384>. Acesso em 5 março de 2022.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Contra-Almirante Manoel Ignacio Belfort Vieira Ministro de Estado dos Negócios da Marinha em abril de 1912.* Rio de Janeiro: Imprensa Naval, Ilha das Cobras, 1912b. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/873888/10818>. Acesso em 5 de março de 2022.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Correa.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1913. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=93&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1369%2C0%2C4624%2C3261>. Acesso em 10 de maio de 2020.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Uladislau Herculano de Freitas. Em 1914.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1915a. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=94&s=0&cv=2&r=0&xywh=-412%2C0%2C4679%2C3300>. Acesso em 10 de maio de 2020.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Carlos Maximiliano Pereira dos Santos. Abril de 1915.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1915b. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=95&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1352%2C-1%2C4702%2C3317>. Acesso em 10 de maio de 2021.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Carlos Maximiliano Pereira dos Santos. Agosto de 1918.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1918. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=98&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1317%2C-1%2C4537%2C3201>. Acesso em 10 de maio de 2020.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Urbano Santos da Costa Araújo. Julho de 1919.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1919. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=99&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1401%2C0%2C4641%2C3273>. Acesso em 10 de janeiro de 2019.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello. Junho de 1920.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1920. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=100&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1416%2C0%2C4510%2C3181>. Acesso em 5 março de 2022.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Joaquim Ferreira Chaves. Abril de 1922.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1922. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=101&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1439%2C0%2C4780%2C3371>. Acesso em 10 de maio de 2020.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores Dr. João Luiz Alves em junho de 1923.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1923. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/873837/21901>. Acesso em 10 de maio de 2020.

---

. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores Dr. João Luiz Alves em junho de 1924.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1924.

---

. *Relatório do ano de 1924 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Affonso Penna Junior em 1926.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional,

1926. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=101&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1439%2C0%2C4780%2C3371>. Acesso em 10 de maio de 2020.

\_\_\_\_\_. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Affonso Penna Junior em 1926*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1928. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=105&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1376%2C-1%2C4702%2C3317>. Acesso em 5 março de 2022.

\_\_\_\_\_. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores Dr. Augusto de Vianna do Castello em 1927*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1929.

\_\_\_\_\_. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Augusto de Vianna do Castello em 1928*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1930. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=106&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1421%2C0%2C4649%2C3279>. Acesso em 5 março de 2022.

CAMARGO, Raul; BACELLAR, Malcher de; BRAGA, Carlos Olyntho. Relatório da Comissão Inspetora dos Estabelecimentos de Alienados Públicos e Particulares do Distrito Federal. 29 de fevereiro de 1916. Rio de Janeiro. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Carlos Maximiliano Pereira dos Santos. Abril de 1916*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1916. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=96&s=0&cv=89&r=0&xywh=-1380%2C0%2C4679%2C3300>. Acesso em 10 de maio de 2020.

DIRETORIA DA SAÚDE PÚBLICA. Relatório. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Esmeraldino Olympio de Torres Bandeira*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1910. Anexo S2-1. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=90&s=0&cv=336&r=0&xywh=-1321%2C0%2C4624%2C3261>. Acesso em 10 de maio de 2020.

PEIXOTO, Afranio. Relatório apresentado ao Ex. Sr. Dr. J. J. Seabra Ministro da Justiça e Negócios Interiores pelo Dr. Afranio Peixoto Diretor Interino do Hospício Nacional de Alienados. 1904-1905. In: *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J. J. Seabra Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores em março de 1905*. V. II – Diretoria do Interior. Primeira Parte. Anexo E. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=78&s=0&cv=760&r=0&xywh=-1402%2C-1%2C4658%2C3286>. Acesso em 18 de junho de 2020.

SILVEIRA, Noemio Xavier da; BACELLAR, Malcher de; BRAGA, Carlos Olyntho. Relatório da Comissão Inspetora dos Estabelecimentos de Alienados Públicos e Particulares, no Distrito Federal. 27 de fevereiro de 1912. Rio de Janeiro. In BRASIL. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Correa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1912. Disponível em:

<http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=92&s=0&cv=103&r=0&xywh=-1472%2C-1%2C4814%2C3396>. Acesso em 10 de maio de 2020.

### ***Notícias de jornais e revistas de grande circulação***

A AÇÃO do Juízo de Menores. 2.644 infelizes já amparados. *Vida Policial*, ano II, n. 46, 16 de janeiro de 1925, p. 27. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/342246/2213>. Acesso em 8 de março de 2022.

AINDA as irregularidades na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. *A Época*, Rio de Janeiro, ano II, n. 406, 9 de setembro de 1913, p. 4. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/720100/3489>. Acesso em 8 de março de 2022.

O AMBULATÓRIO do Engenho de Dentro. Um ótimo serviço à população suburbana. *Correio da Manhã*, ano XVIII, n. 7.309, 2 de março de 1919, p. 2. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_02/38395](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_02/38395). Acesso em 8 de março de 2022.

AMBULATÓRIO Rivadavia Correia. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 13.030, 13 de junho de 1920a, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_05/2044](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_05/2044). Acesso em 20 de outubro de 2021.

\_\_\_\_\_. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 13.031, 14 de junho de 1920b, pp. 3-4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_05/2059](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_05/2059). Acesso em 20 de outubro de 2021.

\_\_\_\_\_. *Correio da Manhã*, n. 7.892, 9 de outubro de 1920d, p. 8. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/3569](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/3569). Acesso em 20 de outubro de 2021.

\_\_\_\_\_. *Brazil-Médico*, ano XLVIII, n. 8, 24 de fevereiro de 1934, p. 134. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/FiocruzBrazilMedico/40298>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

AMBULATÓRIOS da Colônia de Alienadas, no Engenho de Dentro. *Brazil-Médico*, ano XLII, n. 5, 4 de fevereiro de 1928, p. 14. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/081272x/27977>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

O ANIVERSÁRIO da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. *A Batalha*, ano IV, n. 1.034, 12 de julho de 1933, p. 3.

AO PREFEITO. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XI, n. 3.639, 5 de julho de 1911, p. 1. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_02/5493](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_02/5493). Acesso em 20 de outubro de 2021.

AO SR. Dr. A. Lourenço Jorge. *Correio da Manhã*, n. 11.674, 25 de dezembro de 1932, p. 3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_04/14564](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_04/14564). Acesso em 20 de outubro de 2021.

- AS APÓLICES desapareceram. *O Jornal*, ano XIV, n. 4.076, 17 de fevereiro de 1932, p. 14. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/110523\\_03/12423](http://memoria.bn.br/DocReader/110523_03/12423). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- O APÓSTOLO, 23 de fevereiro de 1919. Localização: DAD/Fiocruz. Fundo Gustavo Riedel. GR01.
- ASSISTÊNCIA a Alienados. *O Malho*, Rio de Janeiro, ano XIX, n. 927, 19 de junho de 1920, p. 19. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/116300/42411>. Acesso em 20 de outubro de 2021.
- ASSISTÊNCIA Heterofamiliar. *O Paiz*, ano XXXV, n. 12.747, 4 de setembro de 1919, p. 4.
- ASSISTÊNCIA hospitalar. O dr. Belisário Penna escreve ao dr. Gustavo Riedel. *Correio da Manhã*, n. 11.371, 7 de janeiro de 1932, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_04/10030](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_04/10030). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- ATIROU-SE da janela da delegacia. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano XV, n. 5.681, 19 de setembro de 1926, p. 9. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/107670\\_02/28220](http://memoria.bn.br/DocReader/107670_02/28220). Acesso em 8 de março de 2022.
- ATOS do presidente da República. *Diário de Notícias*, ano XXVI, n. 10.112, 22 de outubro de 1955, p. 4. Disponível em [http://memoria.bn.br/DocReader/093718\\_03/44892](http://memoria.bn.br/DocReader/093718_03/44892). Acesso em 8 de março de 2022.
- AS AUTORIDADES policiais (...). *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 199, 19 de julho de 1920, p. 4. Disponível em [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_04/3379](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_04/3379). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- AUXÍLIOS. *Jornal do Brasil*, n. 253, 22 de outubro de 1925, p. 31.
- \_\_\_\_\_. *Jornal do Commercio*, n. 199, 20 de julho de 1926, p. 26.
- \_\_\_\_\_. *Jornal do Brasil*, n. 9, 11 de janeiro de 1927, p. 34.
- \_\_\_\_\_. *Jornal do Commercio*, n. 9, 11 de janeiro de 1928, p. 26.
- \_\_\_\_\_. *Jornal do Commercio*, n. 309, 28 de dezembro de 1929, p. 35.
- AUXÍLIOS e Subvenções. *Jornal do Commercio*, ano 93, n. 291, 20 de outubro de 1919, p. 19.
- \_\_\_\_\_. *Jornal do Brasil*, n. 309, 27 de dezembro de 1922, p. 17.
- \_\_\_\_\_. *Jornal do Brasil*, n. 257, 27 de outubro de 1923, p. 12.
- \_\_\_\_\_. *Jornal do Brasil*, n. 278, 19 de novembro de 1924, p. 32.
- AVISOS fúnebres. L. M. C. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XLVII, n. 138, 15 de junho de 1937, p. 28. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_05/75541](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_05/75541). Acesso em 8 de março de 2022.
- BIBLIOGRAFIA. Introdução à Psicologia, Drs. W. Radecki e Gustavo Augusto de Rezende. *O Jornal*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 82, 6 de abril de 1926, p. 10.



Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_04/45508](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_04/45508). Acesso em 8 de março de 2022.

BRAULE Pinto. *Jornal do Amazonas*, ano XII, n. 1.310, p. 9. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/260940x/1559>. Acesso em 8 de março de 2022.

A CAMPANHA contra as moléstias venéreas. *A Noite*, ano XI, n. 3.264, 9 de janeiro de 1921, p. 3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/348970\\_02/2218](http://memoria.bn.br/DocReader/348970_02/2218). Acesso em 8 de março de 2022.

A CAMPANHA contra o uso de entorpecentes. *O Jornal*, ano IX, n. 2.713, 8 de outubro de 1927, p. 12.

O CASO do Evangélico. Os crimes da falsa caridade. Louca sem ser louca, passa horríveis torturas no hospital purgatório. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XIV, n. 5.777, 19 de dezembro de 1914, p. 3.

O CASO do Hospital Evangélico. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 11.030, 19 de dezembro de 1914a, p. 1.

\_\_\_\_\_. *A Noite*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 1.074, 19 de dezembro de 1914b, p. 2.

\_\_\_\_\_. *A Notícia*, Rio de Janeiro, ano XXI, n. 309, 20 de dezembro de 1914c, p. 2.

\_\_\_\_\_. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 11.031, 20 de dezembro de 1914d, p. 4.

\_\_\_\_\_. *A Noite*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 1.075, 20 de dezembro de 1914e, p. 2.

O CASO do Hospital Evangélico, parece, não passa de uma mesquinha vingança. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XIV, n. 5.778, 20 de dezembro de 1914, p. 2.

O CASO do Instituto de Psicologia. Assistentes do estabelecimento em defesa de sua organização. *Correio da Manhã*, ano XXXII, n. 11.516, 26 de junho de 1932, p. 2. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_04/12231](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_04/12231). Acesso em 8 de março de 2022.

O CASO do Instituto de Psicologia. Uma explicação do professor W. Radecki. *Correio da Manhã*, ano XXXII, n. 11.517, 28 de junho de 1932, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_04/12258](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_04/12258). Acesso em 8 de março de 2022.

CASOS policiais. Menor endiabrada. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XLII, n. 15.309, 19 de setembro de 1926, p. 18. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_05/26872](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_05/26872). Acesso em 8 de março de 2022.

OS CASOS torpes – Uma menor que foge à prostituição imposta por sua própria mãe. *A Noite*, 21 de março de 1917, p. 4.

CIÊNCIA a serviço da caridade. *A Noite*, ano XXII, n. 7.352, 16 de maio de 1932, p. 8. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/348970\\_03/8404](http://memoria.bn.br/DocReader/348970_03/8404). Acesso em 8 de março de 2022.

- COLÔNIA de Alienadas. A reunião mensal do seu corpo clínico. *O Paiz*, ano XLI, n. 14.906, 12 de agosto de 1925, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_05/22137](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_05/22137). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- COLÔNIA de Alienadas de Engenho de Dentro. *A Época*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 874, 15 de janeiro de 1915, p. 3. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/720100/7264>. Acesso em 20 de outubro de 2021.
- COLÔNIA de Alienados. Profilaxia das moléstias mentais e nervosas – Lançamento da pedra fundamental do ambulatório “Rivadavia Corrêa”. *Jornal do Commercio*, ano 93, n. 198, 19 de julho de 1919, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/docreader/364568\\_10/46920](http://memoria.bn.br/docreader/364568_10/46920). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- \_\_\_\_\_. Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto. *Correio da Manhã*, ano XXII, n. 8.708, 9 de janeiro de 1923, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/13263](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/13263). Acesso em 8 de março de 2022.
- COLÔNIA de Alienados de Engenho de Dentro. A inauguração dos seus novos melhoramentos. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XX, n. 8.122, 29 de maio de 1921, p. 3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/6393](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/6393). Acesso em 8 de março de 2022.
- \_\_\_\_\_. *Jornal do Brasil*, ano XXXI, n. 149, 31 de maio de 1921, p. 7.
- COLÔNIA de Mulheres Alienadas do Engenho de Dentro. A comemoração ao seu 14º aniversário – O importante discurso do Dr. Ernani Lopes. *Jornal do Brasil*, ano XXXV, n. 166, 12 de julho de 1925, p. 12. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_04/39118](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_04/39118). Acesso em 8 de março de 2022.
- COLÔNIA de Psicopatas no Engenho de Dentro. *Correio da Manhã*, ano XXXIII, n. 11.955, 10 de novembro de 1933, p. 5.
- COMEMORANDO a fundação do Hospital Nacional. Uma interessante palestra do dr. Ulysses Vianna na Sociedade de Neurologia. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXVII, n. 9.973, 21 de julho de 1927, p. 8. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/30909](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/30909). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- COMPLICAÇÕES em torno de umas apólices. *Diário da Noite*, ano IV, n. 629, 16 de fevereiro de 1932, p. 2. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/221961\\_01/9829](http://memoria.bn.br/DocReader/221961_01/9829). Acesso em 8 de março de 2022.
- CONVITE Cruzada Libertadora. *Amazonas*, ano XVIII, n. 1013, 09 de maio de 1884, p. 3. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/164992/4145>. Acesso em 20 de outubro de 2021.
- CURSO de enfermeiros. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVII, n. 13.196, 6 de dezembro de 1920, p. 3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_05/4123](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_05/4123). Acesso em 20 de outubro de 2021.

- O CURSO de Psicologia Experimental na Faculdade de Medicina. *O Jornal*, ano VIII, n. 1.378, 11 de setembro de 1926, p. 2.
- DA PRAIA Vermelha para o Engenho de Dentro. *A Noite*, ano XXIX, n. 9.980, 22 de novembro de 1939, pp. 17-18. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/348970\\_03/68618](http://memoria.bn.br/DocReader/348970_03/68618). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- DECRETOS assinados pelo presidente da República. *O Jornal*, ano XXV, n. 7.462, 7 de outubro de 1943, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/110523\\_04/17911](http://memoria.bn.br/DocReader/110523_04/17911). Acesso em 20 de junho de 2021.
- DENÚNCIA GRAVE: Uma jovem espancada no Hospital Evangélico. A polícia agindo. *A Notícia*, Rio de Janeiro, ano XXI, n. 307, 18 de dezembro de 1914a, p. 2.
- \_\_\_\_\_. Uma jovem espancada no Hospital Evangélico? O que apurou “A Notícia”. *A Notícia*, Rio de Janeiro, ano XXI, n. 308, 19 de dezembro de 1914b, p. 1. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/830380/22613>. Acesso em 20 de junho de 2021.
- DESAPARECEU da Colônia de Menores. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXXII, n. 11.677, 29 de dezembro de 1932, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_04/14626](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_04/14626). Acesso em 20 de junho de 2021.
- DESAPARECIDOS. *O Jornal*, ano I, n. 145, 8 de novembro de 1919a, p. 4.
- \_\_\_\_\_. *Correio da Manhã*, ano XIX, n. 7.558, 8 de novembro de 1919b, p. 4.
- DESPACHO coletivo. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano LX, n. 1.378, 31 de agosto de 1922, p. 3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/107670\\_02/11402](http://memoria.bn.br/DocReader/107670_02/11402). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- DOENÇAS venéreas. *Correio da Manhã*, n. 8.174, 20 de julho de 1921, p. 3.
- \_\_\_\_\_. *Correio da Manhã*, n. 9.355, 28 de julho de 1925, p. 3.
- \_\_\_\_\_. *Correio da Manhã*, n. 10.368, 24 de outubro de 1928, p. 3.
- DOENTE torturada? Uma grave denúncia contra um hospital evangélico (...). *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XXXIX, n. 352, 19 de dezembro de 1914a, pp. 1-2.
- \_\_\_\_\_. A ação da polícia. Miss Burgum é uma demente – O inquérito está direito? – Uma entrevista e duas cartas. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XXXIX, n. 353, 20 de dezembro de 1914b, p. 6. Disponível em [http://memoria.bn.br/docreader/103730\\_04/33637](http://memoria.bn.br/docreader/103730_04/33637). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- DR. GUSTAVO RIEDEL. Faleceu, ontem, o diretor aposentado da Assistência a Psicopatas. *Correio da Manhã*, ano XXXIII, n. 12.107, 17 de maio de 1934a, p. 3.
- \_\_\_\_\_. O falecimento, ontem, desse ilustre cientista. *Jornal do Brasil*, ano XLIV, n. 116, 17 de maio de 1934b, p. 13.

- \_\_\_\_\_. *Jornal do Commercio*, ano 112, n. 269, 15 de agosto de 1939, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/364568\\_12/60474](http://memoria.bn.br/DocReader/364568_12/60474). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- O DR. RIVADAVIA Correia. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXVII, n. 9729, 27 de maio de 1911, p. 2. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_04/6929](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_04/6929). Acesso em 9 de março de 2022.
- DUAS alienadas em fuga. Voltaram para o hospital. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano LI, n. 303, 30 de dezembro de 1926, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/03730\\_05/21241](http://memoria.bn.br/DocReader/03730_05/21241). Acesso em 9 de março de 2022.
- EDUCAÇÃO americana do Norte e do Sul. *O Estado do Paraná*, ano II, n. 569, 11 de novembro de 1926, p. 2. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/830372/2941>. Acesso em 9 de março de 2022.
- EM ATENÇÃO aos serviços prestados por saudoso cientista. *Correio da Manhã*, ano XXXIV, n. 12.147, 03 de julho de 1934, p. 2.
- EM CAMINHO do hospício – Uma louca. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XLV, n. 198, 19 de julho de 1920, p. 3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/103730\\_05/1677](http://memoria.bn.br/DocReader/103730_05/1677). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- EM TORNO de uma pequena herança: uma grande trapalhada. *Jornal do Brasil*, ano XLII, n. 40, 17 de fevereiro de 1932, p. 12. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_05/20692](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_05/20692). Acesso em 7 de março de 2022.
- ENFERMOS. *Correio da Manhã*, n. 9.316, 12 de junho de 1925, p. 6. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/21125](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/21125). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- ENLOUQUECEU. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XX, n. 7.810, 19 de julho de 1920, p. 3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/2524](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/2524). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- ENLOUQUECEU E AGREDIU o esposo. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 12.961, 5 de abril de 1920, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_05/1183](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_05/1183). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- ENLOUQUECEU E FERIU o marido. *O Jornal*, Rio de Janeiro, ano II, n. 293, 5 de abril de 1920, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/110523\\_02/1197](http://memoria.bn.br/DocReader/110523_02/1197). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- OS ESCÂNDALOS passados na Colônia do Engenho de Dentro. *A Manhã*, ano II, n. 245, 10 de outubro de 1926, p. 1.
- ESCOLA DE ENFERMEIRAS da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro. A matrícula para os diversos cursos. *O Jornal*, ano XII, n. 3.446, 9 de fevereiro de 1930, p. 6. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/110523\\_03/590](http://memoria.bn.br/DocReader/110523_03/590). Acesso em 20 de outubro de 2021.

ESCOLA Normal de Niterói. *O Fluminense*, ano 43, n. 11.199, 24 de janeiro de 1920a, p. 1. Disponível em [http://memoria.bn.br/DocReader/100439\\_06/101](http://memoria.bn.br/DocReader/100439_06/101). Acesso em 10 de outubro de 2021.

\_\_\_\_\_. *O Fluminense*, ano 43, n. 11.239, 5 de março de 1920b, p. 1. Disponível em [http://memoria.bn.br/DocReader/100439\\_06/261](http://memoria.bn.br/DocReader/100439_06/261). Acesso em 10 de outubro de 2021.

O ESCORBUTO. Na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 208, 26 de julho de 1912, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/103730\\_04/30736](http://memoria.bn.br/DocReader/103730_04/30736). Acesso em 20 de outubro de 2021.

FALECEU o Professor Plínio Olinto. *A Noite*, ano XLV, n. 15.387, 9 de agosto de 1956, p. 2. Disponível em [http://memoria.bn.br/DocReader/348970\\_05/37735](http://memoria.bn.br/DocReader/348970_05/37735). Acesso em 20 de junho de 2021.

FALECIMENTOS. *A Noite*, Rio de Janeiro, ano XIX, n. 6.348, 19 de julho de 1929, p. 3.

FATOS policiais. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 99, n. 260, 19 de setembro de 1926, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/364568\\_11/19442](http://memoria.bn.br/DocReader/364568_11/19442). Acesso em 20 de junho de 2021.

FOI ONTEM inaugurado o ambulatório Rivadavia Corrêa. *Correio da Manhã*, ano XIX, n. 7.775, 14 de junho de 1920, p. 1.

FUGIRAM da Colônia de Alienados. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 311, 30 de dezembro de 1926, p. 12. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_04/52225](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_04/52225). Acesso em 20 de junho de 2021.

FUNDAÇÃO Gaffrée-Guinle. *Jornal do Commercio*, n. 296, 14 de dezembro de 1932, p. 6. Disponível em: [http://memoria.bn.br/docreader/364568\\_12/19711](http://memoria.bn.br/docreader/364568_12/19711). Acesso em 20 de outubro de 2021.

GRAVE denúncia. No Hospital Evangélico. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXIV, n. 358, 24 de dezembro de 1914, p. 8.

O GROSSO do exército, disse o dr. Juliano Moreira, está aqui fora... *A Manhã*, Rio de Janeiro, ano II, n. 244, 9 de outubro de 1926, p. 1. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/116408/1279>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

GUERRA aos vendedores da morte. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXVII, n. 10.041, 8 de outubro de 1927, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/32086](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/32086). Acesso em 20 de outubro de 2021.

HOMENAGENS. *O Paiz*, ano XLVIII, n. 16.832, 24 de novembro de 1933, p. 5.

HOSPITAL de isolamento nos subúrbios. *O Subúrbio*, Distrito Federal, Meyer, ano II, n. 52, 25 de julho de 1908, p. 1. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/818747/136>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

INAUGURAÇÃO da Escola de Enfermeiras e do Cinema. *O Jornal*, ano III, n. 711, 31 de maio de 1921, p. 3.

INQUALIFICÁVEL! Um empregado da ‘Colônia de Mulheres Alienadas’ abusa de uma demente. *A Manhã*, ano II, n. 241, 7 de outubro de 1926a, p. 7. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/116408/1261>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

\_\_\_\_\_. Um empregado da ‘Colônia de Mulheres Alienadas’ abusa de uma demente. *A Manhã*, ano II, n. 242, 7 de outubro de 1926b, p. 7. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/116408/1269>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

A INSTITUIÇÃO de um prêmio e a criação de uma LBHM – Os discursos da sessão solene. *O Jornal*, ano V, n. 1.290, 27 de março de 1923, p. 10. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/110523\\_02/12037](http://memoria.bn.br/DocReader/110523_02/12037). Acesso em 20 de junho de 2021.

O INSTITUTO de Psicologia do Engenho de Dentro. A cerimônia de inauguração. *A Noite*, ano XXII, n. 7.348, 11 de maio de 1932, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/348970\\_03/8354](http://memoria.bn.br/DocReader/348970_03/8354). Acesso em 20 de junho de 2021.

*O JORNAL*, ano XIII, n. 3.913, 9 de agosto de 1931, p. 6. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/110523\\_03/9341](http://memoria.bn.br/DocReader/110523_03/9341). Acesso em 20 de junho de 2021.

JUÍZOS de Direito. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 105, n. 163, 10 de julho de 1932, p. 14.

\_\_\_\_\_. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 105, n. 218, 14 de setembro de 1932, p. 9.

\_\_\_\_\_. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 112, n. 301, 21 de setembro de 1939, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/364568\\_12/61052](http://memoria.bn.br/DocReader/364568_12/61052). Acesso em 20 de junho de 2021.

\_\_\_\_\_. 1ª Vara de Órfãos e Ausentes. *Jornal do Commercio*, ano 112, n. 302, 22 de setembro de 1939, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/364568\\_12/61068](http://memoria.bn.br/DocReader/364568_12/61068). Acesso em 20 de junho de 2021.

LEMOS, Floriano. Crônica científica. Erro e Crime. *Correio da Manhã*, ano XLV, n. 15.796, 13 de janeiro de 1946, p. 2. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_05/29600](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_05/29600). Acesso em 20 de junho de 2021.

LEVANTANDO as cortinas da ciência experimental da alma. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXXI, n. 11.477, 12 de maio de 1932, p. 3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_04/11610](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_04/11610). Acesso em 20 de outubro de 2021.

LIGA BRASILEIRA de Higiene Mental. Cursos de psicologia. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano L, n. 259, 1º de novembro de 1925, p. 13. Disponível em:

- [http://memoria.bn.br/DocReader/103730\\_05/17159](http://memoria.bn.br/DocReader/103730_05/17159). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- \_\_\_\_\_. Eleição e posse da nova diretoria e conselho executivo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XLV, n. 68, 21 de março de 1936, p. 14. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_05/62807](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_05/62807). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- LOUCA e Mártir. As torturas de uma infeliz demente. No Hospital Evangélico. *A Época*, Rio de Janeiro, ano II, n. 847, 19 de dezembro de 1914a, p. 2.
- \_\_\_\_\_. As torturas de uma infeliz demente. No Hospital Evangélico. *A Época*, Rio de Janeiro, ano II, n. 848, 20 de dezembro de 1914b, p. 2.
- MÁ FILHA, tanto fez que obrigou sua mãe a entregá-la ao juiz de menores. Numa última prova de falta de juízo, tentou suicidar-se. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXVI, n. 9.713, 19 de setembro de 1926, p. 3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/27421](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/27421). Acesso em 20 de maio de 2021.
- MANIFESTAÇÕES. *Jornal do Commercio*, ano 107, n. 188, 11 de maio de 1934, p. 8. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/364568\\_12/29533](http://memoria.bn.br/DocReader/364568_12/29533). Acesso em 20 de maio de 2021.
- A MARIA tem cabelinho na venta... Praticou uma desordem e ainda agrediu policial. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XLIII, n. 113, 24 de abril de 1918, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/103730\\_04/43861](http://memoria.bn.br/DocReader/103730_04/43861). Acesso em 20 de maio de 2021.
- AS MATRÍCULAS na Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto. *Correio da Manhã*, n. 10.479, 2 de março de 1929, p. 10. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/39045](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/39045). Acesso em 20 de maio de 2021.
- MINISTÉRIO da Justiça. *O Paiz*, ano XXXV, n. 12.414, 06 de outubro de 1918, p. 4.
- O MINISTRO da Justiça. *A Época*, Rio de Janeiro, ano II, n. 486, 20 de agosto de 1913, p. 2. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/720100/3315>. Acesso em 8 de março de 2022.
- N. 325. EMENDA substitutiva. Ao projeto n. 36, de 1930. Substitua-se no art. 485 – Verba 55ª. *Jornal do Commercio*, n. 236, 3 de outubro de 1930.
- NA COLÔNIA de Alienadas. O sr. Ministro da Justiça inaugurou ontem as novas instalações da escola de enfermeiras e da farmácia e o cinema. *O Paiz*, ano XXXVII, n. 13.372, 31 de maio de 1921, p. 6. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_05/6040](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_05/6040). Acesso em 9 de março de 2022.
- NA PASTA da Justiça. *O Paiz*, ano XXXV, n. 12.418, 10 de outubro de 1918, p. 5.
- NÃO QUERIA ir para o Juízo de Menores, e tentou suicidar-se, atirando-se da janela da delegacia. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 224, 19 de setembro

- de 1926, p. 10. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_04/49681](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_04/49681). Acesso em 9 de março de 2022.
- NÃO SÃO TODOS OS QUE ESTÃO... *O Malho*, Rio de Janeiro, ano X, n. 469, 9 de setembro de 1911, p. 49. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/116300/19721>. Acesso em 9 de março de 2022.
- NASCIMENTOS. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVIII, n. 13.598, 12 de janeiro de 1922, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_05/8442](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_05/8442). Acesso em 9 de março de 2022.
- NO HOSPITAL Evangélico é diabolicamente martirizada uma infeliz demente. A polícia efetua uma diligência. *A Noite*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 1.073, 18 de dezembro de 1914, p. 2.
- NO LIMIAR de uma missão humanitária (...). *Vida Doméstica*, n. 144, mar. 1930, p. 76. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/830305/12421>. Acesso em 9 de março de 2022.
- NO PAVILHÃO Epiácio Pessoa. A vida nos bairros. *O Brasil*, ano V, n. 1.618, 16 de outubro de 1926, p. 5. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/028002/10909>. Acesso em 20 de outubro de 2021.
- NOS MINISTÉRIOS – JUSTIÇA. *A Época*, ano VIII, n. 2.562, 23 de julho de 1919, p. 4.
- NOS SUBÚRBIOS. Bloco das Flores. *A Época*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 954, 5 de abril de 1915, p. 7. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/720100/7888>. Acesso em 20 de outubro de 2021.
- NOTÍCIAS DOS SUBÚRBIOS (...). Engenho de Dentro. Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXII, n. 15, 15 de janeiro de 1912, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_03/11114](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_03/11114). Acesso em 10 de setembro de 2021.
- OS NOVOS enfermeiros. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 3, 3 de janeiro de 1926, p. 16. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_04/43364](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_04/43364). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- NOVOS TEMAS da mesa redonda do Engenho de Dentro. *Diário de Notícias*, ano XXIII, n. 9.331, 02 de abril de 1953, p. 11. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/093718\\_03/23366](http://memoria.bn.br/DocReader/093718_03/23366). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- OBITUÁRIO de ontem. *O Paiz*, ano XLVI, n. 16.667, 10 de junho de 1930, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_06/1498](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_06/1498). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- ONDE o público é atendido gratuitamente. *Diário da Noite*, n. 611, 23 de janeiro de 1932, p. 3. Disponível em [http://memoria.bn.br/DocReader/221961\\_01/9550](http://memoria.bn.br/DocReader/221961_01/9550). Acesso em 10 de setembro de 2021.



- PARA ser examinada. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XLV, n. 94, 5 de abril de 1929, p. 6. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/103730\\_05/786](http://memoria.bn.br/DocReader/103730_05/786). Acesso em 10 de setembro de 2021.
- POBRES loucas! A Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Apelo ao governo. *A Rua*, ano XV, n. 286, 10 de setembro de 1927, p. 6.
- POLICLÍNICA dos Subúrbios. *A Época*, ano VIII, n. 2.395, 4 de fevereiro de 1919a, p. 4.
- \_\_\_\_\_. *A Rua*, n. 38, 8 de fevereiro de 1919b, p. 2.
- \_\_\_\_\_. *Gazeta Suburbana*, ano IX, n. 487, 12 de abril de 1919c, p. 2.
- \_\_\_\_\_. 1ª prestação de contas. *Jornal do Commercio*, ano 94, 1º de janeiro de 1920a. DAD/FIOCRUZ. Fundo Gustavo Riedel. GR01.
- \_\_\_\_\_. *O Paiz*, ano XXXVI, n. 12.992, 6 de maio de 1920b, p. 6.
- \_\_\_\_\_. *O Paiz*, ano XXXIX, n. 13.906, 16 de novembro de 1922, p. 5.
- \_\_\_\_\_. *O Paiz*, n. 14.962, 7 de outubro de 1925a, p. 5.
- \_\_\_\_\_. *O Paiz*, n. 15.026, 10 de dezembro de 1925b, p. 2.
- \_\_\_\_\_. *O Paiz*, n. 15.726, 10 de novembro de 1927, p. 6.
- \_\_\_\_\_. *Correio da Manhã*, ano XXXIII, n. 12.108, 18 de maio de 1934, p. 4.
- POR ATOS de ontem. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XIII, n. 5.316, 20 de agosto de 1913, p. 2. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_02/15639](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_02/15639). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- O “PRÊMIO ALVARENGA” na Academia de Medicina. *Jornal do Commercio*, ano 90, n. 196, 15 de julho de 1916, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/364568\\_10/39674](http://memoria.bn.br/DocReader/364568_10/39674). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- PROCLAMAS. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano LX, n. 1.790, 18 de março de 1921, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/107670\\_02/5650](http://memoria.bn.br/DocReader/107670_02/5650). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- AS PROEZAS da M. L. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano VII, n. 1.936, 24 de abril de 1918, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/107670\\_01/19844](http://memoria.bn.br/DocReader/107670_01/19844). Acesso em 8 de março de 2022.
- PROSSEGUE o inquérito sobre o caso do Hospital Evangélico. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano III, n. 718, 19 de dezembro de 1914, p. 5.
- RAPARIGA endiabrada quase agrediu a própria mãe, na delegacia tentou suicidar-se. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano LI, n. 216, 19 de setembro de 1926, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/103730\\_05/20255](http://memoria.bn.br/DocReader/103730_05/20255). Acesso em 20 de outubro de 2021.

- AS REALIZAÇÕES do feminino no Brasil. *O Jornal*, ano XII, n. 3.555, 17 de junho de 1930, p. 38. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/110523\\_03/2643](http://memoria.bn.br/DocReader/110523_03/2643). Acesso em 8 de março de 2022.
- REPRESSÃO à vadiagem. Pois foi processada por vagabundagem. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXV, n. 12.449, 10 de novembro de 1918, p. 6. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_04/40878](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_04/40878). Acesso em 8 de março de 2022.
- O RIO e a assistência aos alienados. *O Brasil*, Rio de Janeiro, ano VI, n. 1840, 19 de junho de 1927, p. 1.
- RIO DE JANEIRO. O caso do hospital Evangélico. *Correio Paulistano*, n. 18.473, 20 de dezembro de 1914, p. 7.
- SALÁRIOS baixos desestimulam os médicos psiquiatras. *Tribuna da Imprensa*, ano XI, n. 2.781, 3 de março de 1959, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/154083\\_01/44569](http://memoria.bn.br/DocReader/154083_01/44569). Acesso em 8 de março de 2022.
- SAÚDE: servidores são homenageados. *Correio da Manhã*, ano LXXIII, n. 24.642, 14 de agosto de 1973, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_08/38050](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_08/38050). Acesso em 10 de setembro de 2021.
- SOCIEDADE de Medicina e Cirurgia. *O Jornal*, ano VIII, n. 2.376, 9 de setembro de 1926, pp. 4, 12. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/110523\\_02/28345](http://memoria.bn.br/DocReader/110523_02/28345). Acesso em 8 de março de 2022.
- O SR. MINISTRO da Justiça. Ecos e Fatos. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 11.156, 24 de abril de 1915, p. 1. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_04/27347](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_04/27347). Acesso em 8 de março de 2022.
- THERESA, a senhorita travessa. Entregue à polícia, não deixou o comissário dormir. A custo foi removida para o JM, tentando antes suicidar-se. *O Brasil*, Rio de Janeiro, ano V, n. 1.591, 19 de setembro de 1926, p. 4. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/028002/10728>. Acesso em 10 de setembro de 2021.
- TÓPICOS & NOTÍCIAS. Um dos primeiros cuidados do sr. Miguel Calmon. *Correio da Manhã*, ano XXII, n. 8.713, 14 de janeiro de 1923a, p. 2. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/13323](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/13323). Acesso em 10 de setembro de 2021.
- \_\_\_\_\_. Vai inaugurar-se em breve o pavilhão de toxicômanas. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXII, n. 8.818, 1º de maio de 1923b, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_03/14546](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_03/14546). Acesso em 20 de outubro de 2021.
- \_\_\_\_\_. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano XXVI, n. 9.815, 16 de janeiro de 1927, p. 4.

- UM BRASEIRO em Vila Isabel. Uma casa destruída completamente pelo fogo. A Polícia e os Bombeiros no local. O incêndio, parece, propositado. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano XI, n. 1.580, 18 de abril de 1923, p. 9.
- UM CURSO de Psicologia Experimental na Faculdade de Medicina. *O Jornal*, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 2.378, 11 de setembro de 1926, p. 2. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/110523\\_02/28361](http://memoria.bn.br/DocReader/110523_02/28361). Acesso em 10 de setembro de 2021.
- UM FATO grave. Espancamento de uma louca? – No Hospital Evangélico. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 11.030, 19 de dezembro de 1914, p. 5.
- UM MUNDO diferente do nosso. *O Radical*, ano X, n. 3.365, 17 de agosto de 1941a, p. 6. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/830399/21981>. Acesso em 10 de setembro de 2021.
- \_\_\_\_\_. *O Radical*, ano X, n. 3.377, 31 de agosto de 1941b, p. 5. Disponível em: <http://memoria.bn.br/docreader/830399/22068>. Acesso em 10 de setembro de 2021.
- UMA MOÇA, enferma, é barbaramente espancada no Hospital Evangélico. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, ano III, n. 718, 19 de dezembro de 1914, p. 3.
- UMA NOVA CASA de torturas? Graves acusações contra o Hospital Evangélico. Uma jovem barbaramente espancada (...). *A Rua*, Rio de Janeiro, ano I, n. 261, 18 de dezembro de 1914a, p. 1.
- \_\_\_\_\_. Polícia ouve vítima e a sua enfermeira. O inquérito foi concluído. *A Rua*, Rio de Janeiro, ano I, n. 262, 19 de dezembro de 1914b, p. 1.
- \_\_\_\_\_. Complica-se o caso de Miss Burgum. Uma outra denúncia. *A Rua*, Rio de Janeiro, ano I, n. 264, 21 de dezembro de 1914c, p. 8.
- VARA de registros públicos. Juízo de Direito da Vara de Registros Públicos do Distrito Federal. Despacho. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, ano 114, n. 307, 30 de setembro de 1941, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/364568\\_13/8835](http://memoria.bn.br/DocReader/364568_13/8835). Acesso em 7 de março de 2022.
- VARAS administrativas. Segunda de órfãos (Cartório do 1º Ofício). Interdição. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano XLVIII, n. 278, 8 de dezembro de 1923, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/103730\\_05/10601](http://memoria.bn.br/DocReader/103730_05/10601). Acesso em 7 de março de 2022.
- \_\_\_\_\_. Segunda de órfãos (Cartório do 1º Ofício). Interdição. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, ano L, n. 102, 30 de abril de 1925, p. 7. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/103730\\_05/15267](http://memoria.bn.br/DocReader/103730_05/15267). Acesso em 7 de março de 2022.
- VÁRIAS notícias. *Jornal do Commercio*, ano 105, n. 6, 7 de janeiro de 1932, p. 6. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/364568\\_12/14048](http://memoria.bn.br/DocReader/364568_12/14048). Acesso em 7 de março de 2022.

A VARÍOLA. O novo hospital. *Gazeta de Notícias*, ano XXXIV, n. 200, 18 de julho de 1908, p. 4. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/103730\\_04/17789](http://memoria.bn.br/DocReader/103730_04/17789). Acesso em 20 de março de 2022.

A VIDA nos subúrbios. *Progresso Suburbano*, ano I, n. 4, 16 de abril de 1902, p. 3. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/821420/25>. Acesso em 20 de março de 2022.

VIDA SOCIAL. Almoços. *O Paiz*, ano XXXV, n. 12.709, 28 de julho de 1919, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_04/43637](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_04/43637). Acesso em 20 de março de 2022.

VÍTIMA do vício maldito. A morte de uma cocainômana no Hospital de Pronto Socorro. A polícia descobre o vendedor do tóxico. *A Noite*, ano XVIII, n. 6.083, 24 de outubro de 1928, p. 3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/348970\\_02/24072](http://memoria.bn.br/DocReader/348970_02/24072). Acesso em 20 de março de 2022.

### ***Artigos, discursos, livros, relatórios, atas de sessões e outros***

14º ANIVERSÁRIO da Colônia de Alienadas. Homenagens ao Dr. Gustavo Riedel. *ABHM*, ano I, n. 2, 1925, pp. 113-120.

ALMEIDA, Edgard de. Relatório do Serviço de Praxiterapia. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1936.

ALMEIDA, Waldemar de. Notas terapêuticas – Sobre os sais de cálcio na epilepsia. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, ano V, n. 1, Rio de Janeiro, 1909, pp. 179-182.

\_\_\_\_\_. Tratamento da epilepsia. *ABPNML*, ano VI, n. 1, Rio de Janeiro, 1910, pp. 145-181.

\_\_\_\_\_. Subsídio clínico ao estudo da paralisia geral feminina no Rio de Janeiro. *ABPNML*, Rio de Janeiro, ano X, n. 1-2, 1914, pp. 49-130.

\_\_\_\_\_. Delírio sistematizado crônico num débil mental. *ABPNML*, ano XI, n. 1, Rio de Janeiro, 1915a, pp. 39-46.

\_\_\_\_\_. Resultados terapêuticos num caso de confusão mental e tuberculose pulmonar. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, ano XXIX, n. 13, 1º de abril de 1915b, pp. 101-103.

\_\_\_\_\_. Contribuição ao estudo clínico da cisticercose cerebral. *ABPNML*, ano XI, n. 1, Rio de Janeiro, 1915c, pp. 229-264.

\_\_\_\_\_. O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 1917a, pp. 73-76.

\_\_\_\_\_. Distúrbios mentais no decurso na nasomiasis. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano XIII, n. 1, 1917b, pp. 21-70.

- \_\_\_\_\_. Confusão mental consecutiva a impaludismo e uncinariose. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XXXI, n. 19, 12 de maio de 1917c, p. 162.
- \_\_\_\_\_. *O diagnóstico, as remissões e o tratamento dos dementes precoces*. Rio de Janeiro: Typ. e Enc. do Hospital Nacional de Alienados, 1918.
- \_\_\_\_\_. Nota sobre a epidemia de gripe na Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, ano 9, n. 5, maio 1919a.
- \_\_\_\_\_. O problema da assistência aos insanos tuberculosos. *Arquivos Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, ano I, 4º trim. 1919b.
- \_\_\_\_\_. Terapêutica da demência paralítica pela malarioterapia. *Arquivos Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria*, ano VIII, v. III, 3º.-4º. trim. 1926, pp. 127-130.
- \_\_\_\_\_. Notas terapêuticas. *Arquivos Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria*, ano IX, vol. X, n. II, 3º. trim. 1927, pp. 135-139.
- \_\_\_\_\_. A campanha contra o alcoolismo. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano L, n. 48, nov. 1936, pp. 1044-1046.
- \_\_\_\_\_. Aspectos sociais do alcoolismo. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, ano XII, n. 5, dez. 1940, p. 56.
- \_\_\_\_\_. A bebida alcoólica como fator antissocial. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano XIV, v. XXVI, n. 1, Rio de Janeiro, jan. 1943a, pp. 79-80.
- \_\_\_\_\_. A vida do estudante Kohler Riedel. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, Rio de Janeiro, Imprensa Oficial, 1943b, pp. 295-301.
- \_\_\_\_\_. A colaboração da escola na campanha antialcoólica e fatos conexos. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano XV, vol. XXVII, n. 1, Rio de Janeiro, nov. 1944, pp. 100-104.
- ALMEIDA, Waldemar de; MOREIRA, Juliano; VIANNA, Ulysses; PINHEIRO, Mario. Sobre os bons resultados do tratamento opoterápico exclusivo num caso de demência precoce (forma catatônica). *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XXXI, n. 44, 3 de novembro de 1917.
- ALVIM, James Ferraz. Dispensários e serviços abertos para doentes mentais. *ABHM*, ano 7, n. 3, jul.-set. 1934.
- Ambulatório Rivadávia Corrêa*. Serviço de profilaxia das doenças nervosas e mentais. Assistência a Alienados. Rio de Janeiro: Papelaria e Livraria Gomes Pereira, 1920c.
- AMBULATÓRIO RIVADÁVIA e Pavilhão Presidente Epitácio. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1930.
- ANEXOS. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1928, pp. 423-472.
- \_\_\_\_\_. Assistência familiar. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1930a.
- \_\_\_\_\_. Seção de alienadas. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1930b.

- ASCHAFFENBURG, G. "Experimentelle Studien über Associationen". In KRAEPELIN, Emil. *Psychologische Arbeiten*. Leipzig: [s.e.]. Vol. 1, 1896.
- AUSTREGÉSILO, Antônio. Histeria e síndrome histeroide. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1-2, 1909, pp. 59-77.
- AUXÍLIOS. *Coleção de Leis Municipais e Vetos* (RJ), n. 44, 1920, p. 120.
- BARRETO, Lima. *Correspondência. Tomo I. Obras de Lima Barreto*. Organizadas sob a direção de Francisco de Assis Barbosa, com a colaboração de Antônio Houaiss e M. Cavalcanti Proença. São Paulo: Editora Brasiliense, 1956.
- \_\_\_\_\_. *Contos completos*. Org. Lilia Schwarcz. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- BIBLIOTECA VIRTUAL CARLOS CHAGAS. COC/Fiocruz, 1993. Disponível em: <[www.prossiga.br/chagas/](http://www.prossiga.br/chagas/)>. Acesso em 10 de novembro de 2021.
- BRASIL. *Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro (Brasil). História e Estatística. Comemoração do Centenário da Independência Nacional*. Rio de Janeiro: Typographia do "Anuário do Brasil", 1922b. Acervo bibliográfico da Casa de Oswaldo Cruz.
- Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. v. 24, n. 2, jan. 1907. Ed. Masson. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?id=fUdEAQAIAAJ&pg=PA1655&lpg=PA1655&dq=Sanatorium+Grancher.&source=bl&ots=32rpEha\\_sa&sig=ACfU3U3JvvXyQ1j87QmuVAH6\\_My\\_tnDUZQ&hl=pt-R&sa=X&ved=2ahUKEwi60aalw8P2AhVfq5UCHR66CIsQ6AF6BAgbEAM#v=onepage&q=Sanatorium%20Grancher.&f=false](https://books.google.com.br/books?id=fUdEAQAIAAJ&pg=PA1655&lpg=PA1655&dq=Sanatorium+Grancher.&source=bl&ots=32rpEha_sa&sig=ACfU3U3JvvXyQ1j87QmuVAH6_My_tnDUZQ&hl=pt-R&sa=X&ved=2ahUKEwi60aalw8P2AhVfq5UCHR66CIsQ6AF6BAgbEAM#v=onepage&q=Sanatorium%20Grancher.&f=false). Acesso em 10 de maio de 2020.
- CALDAS, Mirandolino. A Higiene Mental no estrangeiro. *ABHM*, ano 5, n. 2, out.-dez. 1932.
- CAMPOS, Edilberto. A oftalmologia no Ambulatório Rivadávia Corrêa. *Anais da Assistência a Psicopatas*, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1941, pp. 217-224.
- CARDOSO, Álvaro. O alienado como fator econômico. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1928, pp. 87-91.
- \_\_\_\_\_. As colônias de alienados. Retrospecto e visão futura da Colônia de Psicopatas no Engenho de Dentro pelo Dr. Álvaro Cardoso (Administrador da Colônia de Psicopatas). *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1929, pp. 47-57. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/pac1929.php>. Acesso em 10 novembro de 2021.
- \_\_\_\_\_. *Assistência aos insanos sob o ponto de vista administrativo, social e econômico*. Rio de Janeiro: Typog. do Jornal do Comércio, Rodrigues & C., 1930.
- \_\_\_\_\_. *O problema imigratório no Brasil*. Rio de Janeiro: Typogr. do Jornal do Commercio, 1935.

- CARVALHO, Antônio da Costa; ALVES, Angelo Joffre Dias. *Gustavo Riedel: o sementeiro de sabedoria*. Discurso pronunciado no Centro de Estudos de Treinamento e Aperfeiçoamento Paulo Elejalde (CETAPE) do CPII, durante as comemorações da criação do Hospital Gustavo Riedel, em 18 de novembro de 1944. Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1978.
- CAVALCANTI, Luiz Robalinho. Ambulatório de Neuropsiquiatria e Pavilhão Presidente Epitácio. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943.
- CHAGAS FILHO, Carlos. *Meu Pai*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1993.
- COLÔNIA de psicopatas do Engenho de Dentro. A comemoração do seu vigésimo terceiro aniversário. *ABHM*, ano 7, n. 3, jul.-set. 1934, pp. 256-262.
- DISCURSO de Tomada de Posse do Presidente Hermes da Fonseca (15 de novembro de 1910). *Wikisource*. Disponível em: [https://pt.wikisource.org/wiki/Discurso\\_de\\_Tomada\\_de\\_Posse\\_do\\_Presidente\\_Hermes\\_da\\_Fonseca\\_\(15\\_de\\_novembro\\_de\\_1910\)](https://pt.wikisource.org/wiki/Discurso_de_Tomada_de_Posse_do_Presidente_Hermes_da_Fonseca_(15_de_novembro_de_1910)). Acesso em 10 de outubro de 2021.
- DR. WALDEMAR de Almeida. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 63, n. 10-22, mar.-maio 1949, p. 130. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/081272x/55350>. Acesso em 10 de outubro de 2021.
- EDITORIAL. *ABHM*, ano V, n. 2, out.-dez. 1932, p. 1.
- FARANI, Alberto. Esterilização e profilaxia mental. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1930.
- \_\_\_\_\_. Homenagens à memória de Gustavo Riedel. Discurso do Dr. Farani. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano VII, n. 2, abr.-jun. 1934, p. 139.
- FERÉ, Charles. *Les epilepsies et les epileptiques*. Paris: Félix Alcan, 1890.
- FREUD, Sigmund. *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Trad. Luis López-Ballesteros. Madrid: Alianza, 2001 [1905].
- FUNDAÇÃO Gaffrée-Guinle. *Brazil-Médico*, ano XXXIX, v. 1, 1925, p. 168. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/FiocruzBrazilMedico/10904>. Acesso em 20 de outubro de 2021.
- FUNDAÇÃO Juliano Moreira. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XLI, n. 17, 23 de abril de 1927, pp. 399-400. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/081272x/25978>. Acesso em 20 de outubro de 2021.
- GOULART, Zopyro. O melhor caminho para a higiene mental. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1930.
- GUIMARÃES, Oswaldo N. de Souza. O laboratório de Psicologia. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1928, pp. 387-415.
- GUSTAVO RIEDEL, o grande realizador (editorial). *ABHM*, ano VII, n. 2, abr.-jun. 1934, pp. 87-90.

- A HIGIENE Mental no Brasil. *ABHM*, Rio de Janeiro, ano III, n. 3, mar. 1930, p. 72.
- HOMENAGEM à memória de Gustavo Riedel. *ABHM*, ano VII, n. 2, abr.-jun. 1934.
- IMPRESSÕES científicas de recente viagem aos centros universitários europeus. *Brazil-Médico*, n. 36, 1927, p. 942. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/081272x/26559>. Acesso em 20 de outubro de 2021.
- LACROIX-DUPOUY, M-T. *Les services ouverts dans les asiles. La conception de l'hôpital psychiatrique. Le dispensaire de prophylaxie mentale et le service social*. Paris: Jouvé & Cie. Editeurs, 1926.
- LAMARCK, Jean-Baptiste de. *Recherches sur l'organisation des corps vivans*. Paris: Chez l'auteur, Maillard, 1802.
- LIGA BRASILEIRA de Higiene Mental (LBHM). *Estatutos*. Rio de Janeiro: Tipogr. do Jornal do Commercio, 1923.
- \_\_\_\_\_. Atas das Sessões da Liga Brasileira de Higiene Mental. Terceira Sessão do Conselho Executivo. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano I, n. 2, 1925.
- \_\_\_\_\_. *Brazil-Médico*, 1925, n. 2, p. 306. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/081272x/23816>. Acesso em 20 de outubro de 2021.
- \_\_\_\_\_. *Estatutos*. Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas Almanak Laemmert, 1935.
- \_\_\_\_\_. Ata de Fundação da Liga em 1923. *ABHM*, ano XIII, n. 1, jul. 1941, pp. 91-95.
- LOPES, Ernani. Título: Um caso atípico de meningoencefalite em foco. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 2, 1908, pp. 367-374.
- \_\_\_\_\_. *Contribuição ao estudo da apraxia*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Tipografia do "Jornal do Commercio", de Rodrigues & Cia., 1910. Reeditada nos *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, 1911, ano VII, n. 1-2, pp. 259-434.
- \_\_\_\_\_. *Contribuição clínica ao estudo da arteriosclerose cerebral*. Tese de livre-docência, aprovada por unanimidade na Fac. de Med. do Rio de Janeiro. Tip. do "Jornal do Commercio", de Rodrigues & Cia, 1911.
- \_\_\_\_\_. Diagnóstico da paralisia geral feminina. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano VIII, 1912a, pp. 408-410.
- \_\_\_\_\_. Paralisia geral atípica ou demência sífilítica. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano VIII, 1912b, pp. 394-395.
- \_\_\_\_\_. Um caso de paralisia geral juvenil. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano VIII, 1912c, pp. 390-391.
- \_\_\_\_\_. *A pornololia na paralisia geral*. Rio de Janeiro, 1922. Tip. do "Jornal do Commercio".



- \_\_\_\_\_. Resenha e análises. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano I, n. 1, jan.-jun. 1925a, pp. 167-182.
- \_\_\_\_\_. Os meios de ação na campanha pela higiene mental. Conferência pronunciada na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 18 de abril de 1925, pelo dr. Ernani Lopes, secretário geral da Liga Brasileira de Higiene Mental no Rio. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano 1, n. 2, 1925b, pp. 152-164.
- \_\_\_\_\_. Las instituciones de profilaxis mental en el Brasil. Conferência pronunciada em 16 de julho de 1925, na Sociedade Médica Argentina de Buenos Aires. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano 1, n. 2, 1925c, pp. 164-175.
- \_\_\_\_\_. Trabalhos recentes da Liga Brasileira de Higiene Mental. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano 1, n. 2, 1925d, pp. 219-221.
- \_\_\_\_\_. Subsídio para a adaptação brasileira dos testes de Binet-Terman. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, v. IV, n.1, jan-fev. 1931, pp. 17-52.
- \_\_\_\_\_. A alta tardia dos heredopsicopatas por motivo de ordem eugênica. *Anais da Colônia de Psicopatas*, 1933, pp. 278-288.
- \_\_\_\_\_. Relatório do diretor da Colônia do Engenho de Dentro relativo ao ano de 1935. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1936.
- \_\_\_\_\_. Assistência Heterofamiliar no Engenho de Dentro. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, ano V, n. 3, 1942a.
- \_\_\_\_\_. Relatório apresentado ao diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Escola de Enfermeiras “Alfredo Pinto”. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, ano V, n. 3, 1942b, p. 269.
- \_\_\_\_\_. Relatório apresentado ao diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais pelo diretor da CGR com os trabalhos de 1942 (Resumo). *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943.
- \_\_\_\_\_. *A poesia, a arte e o bom senso contra o alcoolismo*. Rio de Janeiro: Rodrigues&Cia, 1955.
- LUCAS, Prosper. *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux*. Paris: s.n., 1847-50.
- O MEMORIAL da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro ao governo da República. *ABHM*, n. 2, 1934, pp. 140-142.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. Serviço Nacional de Doenças Mentais. Relação das principais atividades da colônia de 1930 a 1940. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, ano V, n. 3, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1942.
- MONCORVO FILHO. A eugenia no Brasil: carta aberta ao ilustre Dr. Gustavo Riedel. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, ANM, 14 de junho de 1920, pp. 246-248.

- MOREIRA, Juliano. Ligeiras notas a propósito da assistência familiar. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, v. 2, n. 1, 1906, pp. 25-29.
- \_\_\_\_\_. Quais os melhores meios de assistência aos alienados? *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano VI, n. 3-4, 1910, pp. 373-396.
- \_\_\_\_\_. O que já se tem feito e o que se pode fazer em higiene mental no Brasil. A contribuição de higiene mental no 2º Congresso Brasileiro de Higiene. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (ABHM)*, Rio de Janeiro, ano I, n. 1, jan.-jun. 1925.
- NEVES, Alfredo. As visitadoras sociais. O seu preparo e a sua missão na coletividade. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1929.
- \_\_\_\_\_. Os serviços do consultório de pediatria. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1936.
- \_\_\_\_\_. Gustavo Riedel e o Ambulatório Rivadávia Correia. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943, pp. 281-285.
- NOTICIÁRIO. Professor Domingo Cabred. *ABHM*, ano II, n. 3, 1929, pp. 153-154.
- OLINTO, Plínio. *Contribuição ao estudo da associação de ideias*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1910.
- \_\_\_\_\_. Diagnóstico diferencial entre alguns casos de demência precoce e loucura maniaco-depressiva. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano VII, n. 1-2, 1911, pp. 123-132.
- \_\_\_\_\_. *Relatório sobre Assistência a Alienados no Rio da Prata*. Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, 1913.
- \_\_\_\_\_. Notas da semiologia mental. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano XI, n. 1, 1915.
- \_\_\_\_\_. *O homem e a mulher, estudo psicológico*. Conferência promovida pela Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, Rio de Janeiro, Jornal do Commercio, 1922.
- \_\_\_\_\_. Ensaio de profilaxia mental no Rio de Janeiro. A contribuição da higiene mental no 2º Congresso Brasileiro de Higiene. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*. Rio de Janeiro, ano I, n. 1, jan.-jun. 1925.
- \_\_\_\_\_. Terapêutica ocupacional e orientação profissional. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1929, pp. 7-18.
- \_\_\_\_\_. *Introdução à psiquiatria*. Rio de Janeiro: F. Briguiet, 1930.
- \_\_\_\_\_. As dores vagas dos neurastênicos. *Arquivos Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, ano XV, n. 8-9, 1932.
- \_\_\_\_\_. Aptidões e deveres da enfermeira de higiene mental. *Anais de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. I, n. 2, dezembro de 1933.

- \_\_\_\_\_. *Psicologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1934.
- \_\_\_\_\_. *Notas de pedagogia e psicologia normal e patológica*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1936.
- \_\_\_\_\_. *Higiene Mental*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1939.
- PAULO Afonso Costa (traços biográficos). Alocação pronunciada na Soc. Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Med. Legal. Tip. do Hosp. Nacional de Alienados, 1918.
- PINTO, Braule. Da alucinação psicomotora verbal. 56 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, s.n., 1892.
- POLICLÍNICA dos Subúrbios. *Brazil-Médico*, ano XXXIV, n. 29, 17 de julho de 1920c, p. 469.
- \_\_\_\_\_. *Brazil-Médico*, n. 19, 1924, p. 13.
- RADECKI, Waclaw; REZENDE, Gustavo Augusto de. *Introdução à psicoterapia*. Rio de Janeiro: Editora Científica Brasileira Dobici, 1926.
- \_\_\_\_\_. Contribuição psicológica ao estudo da demência precoce. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1929.
- REIS, Mário. O ambulatório antituberculoso como fator adjuvante da profilaxia mental. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, ano VII, n. 4, out.-dez. 1934, pp. 289-296.
- RELAÇÃO das principais atividades da colônia de 1930 a 1940. Ministério da Educação e Saúde. Serviço Nacional de Doenças Mentais. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, ano V, n. 3, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1942.
- RELATÓRIO da Província do Amazonas, 10 de janeiro de 1888, Manaus.
- REZENDE, Augusto. A tuberculose como fator disgenizante. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, ano V, n. 2, parte 1, out.-dez. 1932, pp. 11-17.
- REZENDE, Gustavo de. *Subsídios ao estudo das doenças infectocontagiosas no meio escolar*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915. Enc. v. 259.
- \_\_\_\_\_. Distúrbios mentais na tuberculose. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1928a, pp. 59-66.
- \_\_\_\_\_. Um caso interessante de estupor catatônico. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1928b.
- \_\_\_\_\_. Assistência Heterofamiliar na Colônia de Psicopatas (mulheres) no Engenho de Dentro. *Anais da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal*, 1932a, pp. 133-135.
- \_\_\_\_\_. A tuberculose como fator disgenizante. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, ano V, n. 2, parte 1, out.-dez. 1932b.

- \_\_\_\_\_. Homenagens à memória de Gustavo Riedel. Discurso do Dr. Farani. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, ano VII, n. 2, abr.-jun. 1934a.
- \_\_\_\_\_. A propósito da alta dos internados nos hospitais de psicopatas. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 1934b.
- \_\_\_\_\_. As esquizofrenias. *Brazil-Médico*, ano XLIX, n. 45, 9 de novembro de 1935, pp. 1013-1016. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/fiocruzbrasilmedico/41818>. Acesso em 20 de outubro de 2023.
- \_\_\_\_\_. Tratamento da agitação. *Anais da Assistência a Psicopatas*, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1941, pp. 187-189.
- \_\_\_\_\_. Gustavo Riedel administrador. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943a, pp. 285-289.
- \_\_\_\_\_. Relatório dos serviços do Pavilhão “Juliano Moreira” (andar superior) em 1942. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943b, p. 439.
- \_\_\_\_\_. In memoriam: Paulo Francisco Schirch. *ABHM*, 1943c, pp. 354-358.
- \_\_\_\_\_. Patronado dos egressos dos manicômios. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1º sem. 1946a, pp. 18-24.
- \_\_\_\_\_. Colapsoterapia e desordens mentais. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 2º sem. 1946b, pp. 173-175.
- \_\_\_\_\_. A atividade geral ou psicomotora – semi-agitados. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3-4, 1º. e 2º sem. 1947, 1950a, pp. 43-49.
- \_\_\_\_\_. Tratamento dos insanos na antiga Colônia de Psicopatas Mulheres no Engenho de Dentro, durante a administração do Dr. Gustavo Riedel. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3-4, 1º. e 2º sem. 1947, 1950b, pp. 50-56.
- RIEDEL, Gustavo. Novas contribuições à patogenia da epilepsia. 189 p. Tese (Doutoramento). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: s.n., 1908.
- \_\_\_\_\_. As constantes físico-químicas dos líquidos orgânicos no Rio de Janeiro. Sobre a ausência de fermentos proteolíticos no líquido cefalorraquiano. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, ano XI, n. 9, 1915.
- \_\_\_\_\_. O problema das vitaminas. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, 1918, pp. 480-485.
- \_\_\_\_\_. Carta aberta. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro: ANM, 22 de junho de 1920, p. 262.
- \_\_\_\_\_. Vitaminas – hormônios nas síndromes de carência. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, 1921a, pp. 291-298.

- \_\_\_\_\_. *The Dyagenisant Factors of the Brazilian "Habitat" in Synthesis*. Memoir presented by the Brazilian Delegate to the Second International Congress of Eugenics, New York. Rio de Janeiro: Typogr. do Jornal do Commercio, 1921b.
- \_\_\_\_\_. *Cinco anos de administração em Engenho de Dentro*. Relatório apresentado ao professor Juliano Moreira, diretor geral da Assistência a Alienados, pelo Dr. Gustavo Riedel, diretor da Colônia de Alienadas e titular da Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro: Typogr. do Jornal do Commercio, 1924.
- \_\_\_\_\_. Atas e trabalhos da Liga Brasileira de Higiene Mental. Ata da sessão do conselho executivo realizada em fevereiro de 1925. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (ABHM)*, Rio de Janeiro, ano I, n. 1, jan.-jun. 1925, pp. 208-216.
- \_\_\_\_\_. O organismo psiquiátrico moderno. A biologia e a psicofisiologia associadas na moderna concepção da assistência a psicopatas. *Anais da Colônia de Psicopatas*, 1928, pp. 15-30.
- \_\_\_\_\_. O dispensário psiquiátrico como elemento de educação eugênica. *Atas e Trabalhos do 1º Congresso Brasileiro de Eugenia*, Rio de Janeiro, 1929, pp. 305-308.
- \_\_\_\_\_. Bases para a higiene mental no Brasil. *Fru-Fru*, Rio de Janeiro, ano III, n. 18, 1933, p. 76. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/410160/1453>. Acesso em 15 de junho de 2020.
- RIEDEL, Lia. *Lia Riedel. Entrevista de História Oral*, 1998. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 202.
- ROCHA, Olavo. Relatório do movimento da Enfermaria de Doenças Intercorrentes do Hospital-Colônia de Psicopatas Mulheres, no Engenho de Dentro, durante o ano de 1935. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, 1936.
- ROXO, Henrique. *Manual de Psiquiatria*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1938.
- SILVEIRA, Nise da. 20 anos de terapêutica ocupacional em Engenho de Dentro (1946-1966). *Revista Brasileira de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 12, núm. esp., 1966, pp. 17-161.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL (SBNPML). Sessão de 9 de julho de 1914. *Arquivos Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (ABNPML)*, Rio de Janeiro, 1914 (3-4), pp. 260-261.
- \_\_\_\_\_. Atas da sessão de 29 de abril de 1915. *Arquivos Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (ABNPML)*, Rio de Janeiro, ano XI, n. 4, 1915, pp. 269-270.
- \_\_\_\_\_. Atas da sessão ordinária realizada em 11 de setembro de 1916. *ABNPML*, Rio de Janeiro, ano XIII, 1917.
- \_\_\_\_\_. Atas das sessões de 4 de abril de 1918 a 19 de setembro de 1918. *ABNPML*, Rio de Janeiro, ano XIV, 2º sem. 1918, pp. 61-256.

\_\_\_\_\_. Ata da 15ª. sessão ordinária realizada em 11 de setembro de 1919. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ano I, 1919, pp. 428-437.

\_\_\_\_\_. Ata da sessão extraordinária realizada a 18 de junho de 1923, em comemoração ao aniversário da fundação do Hospital Nacional de Alienados. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, ano V, 1923. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/064645/2738>. Acesso em 10 de outubro de 2021.

## BIBLIOGRAFIA

ABLARD, Jonathan D. *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists, and the Argentine State, 1880-1983*. Calgary: University of Calgary Press, 2008.

ABREU, Maurício de. *A evolução urbana no Rio de Janeiro*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, 2013.

ACCORSI, Giulia Engel. *Sífilis, loucura e civilização: a paralisia geral progressiva e a institucionalização do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). 348 f. Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

ADIALA, Julio Cesar. *Drogas, medicina e civilização na Primeira República*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). 184 f. Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

ALMEIDA, Marlene Medaglia. *Na trilha de um andarengo: Alcides Maya, 1877-1944*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.

AMARANTE, Paulo D. C. *Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1982.

AMARANTE, Paulo D. C. *et al. Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995.

AMORIN, Wellington Mendonça de; BARREIRA, Ieda de Alencar. O jogo de forças na reorganização da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, 2007, pp. 55-61.

ANKELE, Monika. “The Patient’s View of Work Therapy: The Mental Hospital Hamburg-Langerhorn During the Weimar Republic”. In ERNST, Waltraud (Ed.). *Work, Psychiatry and Society, c. 1750–2015*. Manchester: University of Manchester Press, 2016, pp. 238-261.

ARAÚJO, Achilles Ribeiro de. *A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura/Conselho Federal de Cultura, 1982.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da infância*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

- ARIZA, Marília Bueno de Araújo. Bad Mothers, Labouring Children: Emancipation, Tutelage and Motherhood in São Paulo in the Last Decades of the Nineteenth Century. *Slavery & Abolition*, v. 38, n. 2, 2017, pp. 408-424.
- ATWOOD, George E. *The Abyss of Madness*. Londres: Routledge, 2012.
- AUGÉ, Marc. *Non-Places: An Introduction to Anthropology of Supermodernity*. London: Verso, 1995.
- AZEVEDO, André Nunes de. A reforma Pereira Passos: uma tentativa de integração urbana. *Revista Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 10, maio-ago. 2003, pp. 39-79.
- AZEVEDO, Roberto Cesar Silva de. *O desfalque, o inquérito e as Comissões de Inspeção: a Assistência a Alienados no Brasil (1902-1925)*. Dissertação (Mestrado). Departamento de História, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2012.
- BARBALET, Jack. William James: Pragmatism, Social Psychology and Emotions. *European Journal of Social Theory*, 7 (3), 2004, pp. 337-353.
- BARFOOT, M.; BEVERIDGE, A. W. Madness at the crossroads: John Home's letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1886–87. *Psychological Medicine*, 20 (2), 1990, pp. 263-284.
- BARROS, Adelianna Alves. *O cemitério dos vivos: a experiência manicomial de Lima Barreto*. Dissertação (Mestrado em História). 170 f. Programa de Pós-Graduação em História, Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- BASSANEZI, Maria Sílvia. “Mulheres que vêm, mulheres que vão”. In PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013, pp. 169-193.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. *Pereira Passos: um Haussmann tropical. A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Biblioteca Carioca, 1988.
- BERRIOS, Germán. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales – La psicopatología descriptiva del siglo XIX*. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica, 2012.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. (Antropologia & Saúde).
- BESSA, Marina do Nascimento; AMORIM, Wellington Mendonça de. Aspectos da formação profissional na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (1943-1949). *Escola Anna Nery*, v. 10, 2006, pp. 64-74.
- BEVERIDGE, A. Life in the Asylum: patients' letters from Morningside, 1873-1908. *History of Psychiatry*, 9 (36), 1998, pp. 431-469.

- BIRMAN, Joel. A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, supl. 2, dez. 2010. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000600005>. Acesso em 20 de maio de 2021.
- BRAGA, André Luiz de Carvalho. *O Serviço Nacional de Doenças Mentais no governo JK: a assistência psiquiátrica para o Distrito Federal*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). 185 f. Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- BRAGA, André Luiz de Carvalho; VENANCIO, Ana Teresa A. “La asistencia psiquiátrica en el contexto brasileño: ideas y practicas frente a proyectos de desarrollo nacional (1937-1978)”. In HUERTAS, Rafael (Org.). *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. Madrid: Catarata, 2017. pp. 83-117.
- BRANDÃO, Ruth Silviano. *A vida escrita*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2006.
- BRETAS, Marcos Luiz. *A guerra das ruas. Povo e Polícia na Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997a.
- \_\_\_\_\_. *Ordem na cidade. O exercício cotidiano da autoridade policial no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997b.
- BRETAS, Marcos Luiz; ROSEMBERG, André. A história da Polícia no Brasil: balanço e perspectivas. *Topoi*, Rio de Janeiro, v.14, n. 26, jan.-jul. 2013.
- CAMPOS, Ricardo. La psiquiatría en la ciudad. Higiene mental y asistencia extramanicomial en España en la década de 1920. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, España, v. IV, n. 1, 2004, pp. 101-111. Disponível em: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16403>. Acesso em 20 de setembro de 2021.
- \_\_\_\_\_. Leer el crimen. Violencia, escritura y subjetividad en el caso Morillo (1882-1884). *Frenia*, X, 2010, pp. 95-121.
- \_\_\_\_\_. *El caso Morillo: crimen, locura y subjetividad en la España de la restauración*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2012.
- CAMPOS, Ricardo; RUPERTHUZ, Mariano (Ed.). *Higiene mental, psiquiatría y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)*. Madrid: Libros de la Catarata, 2022.
- CANÇADO, Maura Lopes. *Hospício é deus: Diário I*. Rio de Janeiro: Círculo do Livro, 1991.
- CAPELA, Raisia Monteiro. *O papel das fotografias no processo de institucionalização da psiquiatria (1906-1930)*. 97 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.
- CAPONI, Sandra. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.



- CAPONI, Sandra; MIRANDA, Marisa. “Scientia Sexualis: el lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría”. In MIRANDA, Marisa A. (Comp.). *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. La Plata: EDULP, 2019, pp. 19-48.
- CARDOSO, Elizabeth Dezouart. Representações e identidade na cidade na primeira metade do século XX – os subúrbios cariocas. *URBANA: Revista Eletrônica do Centro Interdisciplinar de Estudos sobre a Cidade*, v. 6, n. 2, 2014, pp. 261-280.
- CARNEIRO, Sueli. *Escritos de uma vida*. Apresentação Djamila Ribeiro. São Paulo: Pólen Livros, 2019.
- CARPENTER, Kenneth. History of Nutrition. A Short History of Nutritional Science: Part 3 (1912–1944). *Journal of Nutrition*, American Society for Nutritional Sciences, 133, 2003, pp. 3023–3032.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- CASTEL, Françoise; CASTEL, Robert; LOVELL, Anne. *La société psychiatrique avancée: le modèle américain*. Paris: Grasset, 1979.
- CASTEL, Robert. *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta, 1980.
- \_\_\_\_\_. *As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CASTRO, Alexandre de Carvalho; FACCHINETTI, Cristiana; PORTUGAL, Francisco Teixeira. Técnicas, saberes e práticas psicológicas na Primeira República (1889-1930). *Psicologia em Estudo*, v. 23, 2019.
- CASTRO-SANTOS, Luiz A. de. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 1985, pp. 193-210.
- CASTRO-SANTOS, Luiz. A. de; FARIA, Lina. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.
- CAULFIELD, Sueann. *Em defesa da honra: moralidade, modernidade e nação no Rio de Janeiro (1918-1940)*. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.
- CENTOFANTI, Rogério. Radecki e a Psicologia no Brasil. In ANTUNES, M. A. M. (Org.). *História da Psicologia no Brasil: Primeiros ensaios*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2004 [1982], pp. 177-206.
- CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hospício de Pedro II. Da construção à desconstrução. As colônias. 2018. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/colonias.php>. Acesso em: 15 de outubro de 2018.
- CERQUEIRA, Ede Conceição Bispo. *A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal: Debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933)*.

- 234 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.
- CHALHOUB, Sidney. *Visões da liberdade: uma história das últimas décadas da escravidão na Corte*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- CLAPER, Jeanine Ribeiro. *Colônia agrícola para alienados no Rio de Janeiro (1890-1924): discursos, projetos e práticas na assistência ao alienado*. 272 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.
- CORADINI, Odaci Luiz. A formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França como centro de importação. *Estudos Históricos*, n. 35, jan.-jun. 2005, pp. 3-22.
- COSTA, Adailton Pires. *Os sinais da escravidão na identidade do trabalhador: a legislação neoescravista da caderneta policial de trabalho e a resistência dos trabalhadores do comércio no Rio de Janeiro da 1ª República (DF, anos 20)*. Tese (Doutorado). 287 p. Programa de Pós-Graduação em Direito, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- \_\_\_\_\_. *História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico*. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2007.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1985.
- CUETO, Marcos. “Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918 – 1940”. In CUETO, Marcos (Ed.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Lima: IEP/OPS, 1996, pp. 179-201.
- CUNHA, Ana Paula da; SILVA JUNIOR, Osnir Claudiano da; SILVA, Luana Christina Souza da. A atuação da enfermeira visitadora social como monitora de higiene mental (1927-1942). *Rev. Pesquis.*, UFRJ, 2013, pp. 318-327.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- \_\_\_\_\_. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. *Revista Brasileira de História*, v. 9, n. 18, 1989, pp. 121-144.
- DALGALARRONDO, Paulo *et al.* Das psicoses associadas a infecções no Brasil: 100 anos da contribuição psicopatológica de Antonio Austregésilo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 23, 2020, pp. 646-667.
- DANTAS, Rodrigo Aragão. *Barbeiros-sangradores: as transformações no ofício de sangrar no Rio de Janeiro (1844-1889)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). 131f. Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

- DANTAS, Rodrigo Aragão; PIMENTA, Tânia Salgado. Sangrar no Rio de Janeiro Oitocentista. In: *5o Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional*. (Encontro). Porto Alegre, 2011.
- DASTON, Lorraine; GALISON, Peter. *Objectivity*. New York: Zone Books, 2007.
- DEL PRIORE, Mary (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora da UNESP/Contexto, 2004 [1997].
- DIAS, Allister. “*Dramas de sangue*” na cidade: *psiquiatria, loucura e assassinato no Rio de Janeiro (1901-1921)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Arquivos de ciências, crimes e loucuras: Heitor Carrilho e o debate criminológico do Rio de Janeiro entre as décadas de 1920 e 1940*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- DIAS, Maria Odila. “Resistir e sobreviver”. In PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013, pp. 360-379.
- DIAS, Paula Barros. *Arte, loucura e ciência no Brasil: as origens do Museu de Imagens do Inconsciente*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- D’INCAO, Maria Angela. Mulher e família burguesa. In DEL PRIORE, Mary (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora da UNESP/Contexto, 2004, pp. 223-240.
- DUBAR, Claude. *A socialização*. Porto: Porto Editora, 1997.
- EDLER, Flávio Coelho. *Ensino e profissão médica na Corte de Pedro II*. Santo André: Editora da Universidade Federal do ABC, 2014.
- ELLIOTT, Steve. Jacques Loeb (1859-1924). S.d. Disponível em <http://hdl.handle.net/10776/1678>. Acesso em 08 de março de 2021.
- EMIL ABDERHALDEN. S.d. Disponível em: [https://pseudociencia.miraheze.org/wiki/Emil\\_Abderhalden](https://pseudociencia.miraheze.org/wiki/Emil_Abderhalden). Acesso em 08 de março de 2021.
- ENGEL, Magali. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2001.
- \_\_\_\_\_. Psiquiatria e feminilidade. In PRIORE, Mary del (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2004, pp. 322-361.
- \_\_\_\_\_. Os intelectuais e a Liga de Defesa Nacional: entre a eugenia e o sanitarismo? (RJ, 1916-1933). *Intellectus*, v. 11, n. 1, 2012.
- \_\_\_\_\_. Os Henriques de Lima Barreto e as experiências com a loucura: um destino inexorável? *Revista Mosaico-Revista de História*, v. 14, n. 2, 2021, pp. 8-26.

- ERNST, Waltraud. “Therapy and Empowerment, Coercion and Punishment. Historical and Contemporary Perspectives on Work, Psychiatry and Society”. In \_\_\_\_ (Ed.). *Work, Psychiatry and Society, c. 1750–2015*. Manchester: University of Manchester Press, 2016a, pp. 1-30.
- ERNST, Waltraud (Ed.). *Work, Psychiatry and Society, c. 1750–2015*. Manchester: University of Manchester Press, 2016b.
- FABRICIO, André Luiz da Conceição. *A Assistência Psiquiátrica no contexto das políticas públicas de saúde (1930-1945)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). 137 f. Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- FACCHINETTI, Cristiana. Un palacio imperial para la locura en Río de Janeiro: el Hospicio Nacional De Alienados, 1841-1944. In: MOLINA, Andrés R.; HONORATO, Mariano R. (Coord.). *De manicomios a instituciones psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*. Ciudad de Mexico: Sílex Ediciones, 2022, pp. 29-86.
- FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila Céspedes. O processo diagnóstico das psicopatas do Hospital Nacional de Alienados: entre a fisiologia e os maus costumes (1903-1930). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 11, n. 2, 2011, pp. 697-718.
- FACCHINETTI, Cristiana; MOTA, André; MUÑOZ, Pedro. “A higiene mental no Brasil: racismo, eugenia e infância no Rio de Janeiro (anos 1920 a 1960)”. In CAMPOS, Ricardo; RUPERTHUS, Mariano (Ed.). *Higiene mental, psiquiatria y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)*. Madrid: Libros de la Catarata, 2022.
- FACCHINETTI, Cristiana; RIBEIRO, Andréa; MUÑOZ, Pedro F. de. As insanas do Hospício Nacional de Alienados. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., jun. 2008, pp. 231-242.
- FACCHINETTI, Cristiana *et al.* No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, 2010, pp. 733-768.
- FERNANDES, Florestan. *A integração do negro na sociedade de classes*. Rio de Janeiro: Globo, 2008.
- FERNANDES, Nelson da Nóbrega. O conceito carioca de subúrbio: um rapto ideológico. *Revista da FAU, UFRJ*, v. 2, 2010, pp. 8-15.
- FERRAZ, Flávio Carvalho. *Andarilhos da imaginação: um estudo sobre os loucos de rua*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2000.
- FERREIRA, Luiz Otávio. Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina no século XIX. *Revista da SBHC*, v. 10, 1993, pp. 43-52.
- \_\_\_\_\_. “Filantropia médica e pobreza no Rio de Janeiro: o caso da Policlínica de Botafogo, 1900-1940”. In KORNDORFER, Ana Paula *et al.* (Org.). *História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*. São Leopoldo, RS: Oikos, 2017, pp. 57-80.

- \_\_\_\_\_. “O ‘problema da infância’ e a ‘proteção à infância’ chegam ao Ceará”. In GADELHA, Georgina da Silva; LIMA, Zilda Maria Menezes; FERREIRA, Luiz Otávio (Org.). *Instituto de Proteção e Assistência à Infância de Fortaleza, 1903-1938: vinte e cinco anos de campanha em favor da infância*. 2ª. ed. Fortaleza: Editora UECE, 2018, pp. 7-20.
- \_\_\_\_\_. Clínica na cidade: assistência à saúde e o relacionamento entre médicos, elites e pobres no Rio de Janeiro (1880-1940). *Resgate: Revista Interdisciplinar de Cultura*, v. 27, n. 2, 2019, pp. 71-92.
- FERREIRA, Luiz Otávio; SALLES, Renata Batista Brotto. A origem social da enfermeira padrão: o recrutamento e a imagem pública da enfermeira no Brasil, 1920-1960. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*, 2019. Disponível em: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/77966#tocto1n1>. Acesso em 5 de março de 2021.
- FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- FONSECA, Cláudia. Ser mulher, mãe e pobre. In DEL PRIORE, Mary (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora da UNESP/Contexto, 2004, pp. 510-553.
- FONSECA, Luiz Eduardo Prado. Waclaw Radecki: Propondo uma nova narrativa a um velho personagem. *Revista de Psicologia*, 27 (2), 2018, pp. 1-12.
- \_\_\_\_\_. *Os (Des)caminhos da Psicologia no século XX: um estudo sobre a história do Instituto de Psicologia da UFRJ*. Tese (Doutorado em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia). Programa de Pós-Graduação em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
- FONSECA, L. E. P.; ROSA, H. L. R. S.; FERREIRA, A. A. L. Yes, nós temos Wundt: Radecki e a história da psicologia no Brasil. *Tesis Psicológica*, 11 (1), 2016, pp. 16-51.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1997 [1975].
- FRAIHA NETO, H. O centenário de nascimento de Gaspar Vianna. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 19, abr.-jun. 1986, pp. 111-113.
- FREEBODY, Jane. “The Role of Work in Late Eighteenth and Early Nineteenth-Century Treatises on Moral Treatment in France, Tuscany and Britain”. In ERNST, Waltraud (Ed.). *Work, Psychiatry and Society, c. 1750–2015*. Manchester: University of Manchester Press, 2016, pp. 31-55.
- FREIRE, Maria Martha de Luna. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- FREIRE, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de

- Janeiro (1899-1930). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 18, 2011, pp. 199-225.
- FREITAS, Fernanda Silva de. *Adauto Junqueira e a assistência a psicopatas no Brasil (1938-1958)*. 107 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2019.
- GÁMEZ, Ana María Conseglieri. *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales*. Tese de Doutorado. Universidad Complutense, Madrid, 2013.
- GARCÍA CANAL, María Inés. La relación médico-paciente en el Manicomio de La Castañeda entre 1910-1920, tiempos de revolución. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 2008.
- GEREMIAS, Patrícia Ramos. Processos de tutela e contratos de soldada: fontes para uma história social do trabalho doméstico infantil. *Anais 7º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional*, Curitiba, PR, UFPR, 2015.
- GIOVANELLI, A. The Forensic Sciences in the Monarchical Brazil: a Brief History of the Officialization and Institutionalization of the Forensic Expert in Criminal Investigations. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, 9 (3), 2020, pp. 394–418.
- GOFFMAN, Erving. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001 [1961].
- GOLCMAN, Alejandra. *Interpretación de la locura y acciones concretas en el Hospital José A. Esteves, de Lomas de Zamora: 1908-1971*. Tese de Doutorado. Universidad Nacional de General Sarmiento, Argentina, 2015.
- \_\_\_\_\_. *El trabajo clínico psiquiátrico en el Buenos Aires del siglo XX*. Madrid: Catarata, 2017.
- \_\_\_\_\_. “Un largo encierro para las locas en la provincia de Buenos Aires: el Hospital Neuropsiquiátrico de Lomas de Zamora, 1908-1971”. In MOLINA, Andrés R.; HONORATO, Mariano R. (Coord.). *De manicomios a instituciones psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*. Ciudad de Mexico: Sílex Ediciones, 2022.
- GOMES, Ângela de Castro. *A invenção do trabalhismo*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- GOMES, Laurentino. *1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2007.
- GONÇALVES, Monique de Siqueira. *Mente sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das "nevroses" e da loucura na Corte Imperial (1850-1880)*. 244 p. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

- \_\_\_\_\_. Os primórdios da psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan.-jun. 2013, pp. 60-77.
- GOULART, Kaio César. Trabalhadores contra a carestia de vida: apontamentos sobre a historiografia dedicada aos estudos dos movimentos sociais de 1913 e 1917 na cidade do Rio de Janeiro. *Revista Edos: Revista do Corpo Discente do Programa de Pós-Graduação em História da UFRGS*, v. 5, 2013, pp. 148-159.
- GRAHAM, Sandra Lauderdale. *Proteção e obediência: criadas e seus patrões no Rio de Janeiro, 1860-1910*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- HAAS, L. F. Jean Alfred Fournier (1832-1914). *Journal of Neurol., Neurosurg. and Psychiatry*, 65 (3), 1998: 373. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2170238/>. Acesso em 5 de julho de 2020.
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 5, jan. 2009, pp. 7-41.
- HIDALGO, Luciana. A loucura e a urgência da escrita. *Alea: Estudos Neolatinos*, v. 10, n. 2, 2008, pp. 212-226.
- HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil, 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, 1993, pp. 40-61. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/1956/1095>. Acesso em 5 de julho de 2020.
- HOFF, P. “Kraepelin: Seção clínica I” In BERRIOS, German E.; PORTER, Roy (Ed.). *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos. Vol. 3. As psicoses funcionais*. São Paulo: Escuta, 2012, pp.431-456.
- HOSPÍCIO DE PEDRO II. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. 2021. Disponível em: [iah/pt/verbetes/hospedro.htm](http://iah/pt/verbetes/hospedro.htm). Acessado em 30 de setembro de 2021.
- HUERTAS, Rafael. El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Madrid, v. 15, 1995, pp. 193-209. Disponível em: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/108734/149977>. Acesso em 10 de setembro de 2019.
- \_\_\_\_\_. Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. 1, n. 1, 2001a, pp. 9-36.
- \_\_\_\_\_. Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. 1, n. 2, 2001b, pp. 7-37.

- \_\_\_\_\_. *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata, 2012.
- \_\_\_\_\_. Another History for Another Psychiatry. The Patient's View. *Culture & History Digital Journal*, v. 2, n. 1, e020, 2013.
- \_\_\_\_\_. *Otra historia para otra psiquiatría*. Barcelona: Xoroi Edicions, 2017.
- \_\_\_\_\_. *Locuras en primera persona: subjetividades, experiencias, activismos*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2020.
- HURN, Juliet. *The history of general paralysis of the insane in Britain, 1830 to 1950*. 331 f. Tese (PhD em Filosofia). University of London, London, 1998.
- IRINEU MACHADO. In *Wikipédia*, 2022. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Irineu\\_Machado&oldid=63727006](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Irineu_Machado&oldid=63727006). Acesso em 4 de junho de 2022.
- JACÓ-VILELA, Ana Maria. Psicologia: um saber sem memória? *Mnemosine*, 2004.
- JACÓ-VILELA, Ana Maria; CENTOFANTI, Rogério. Waclaw Radecki y Emilio Mira en la psicología de los trópicos. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 15 (32), 2012, pp. 50-56.
- JORGE, Marco Aurélio Soares. *O engenho dentro de casa: sobre a construção de um Serviço de Atenção Diária em Saúde Mental*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.
- KOBAYASHI, Elisabete; FARIA, Lina; COSTA, Maria Conceição da. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. *Sociologias*, 2009, pp. 314-351.
- KROPF, Simone Petraglia; LIMA, Nísia Trindade. A doença de Chagas e o movimento sanitário da década de 1910. In PONTE, Carlos Fidelis; LIMA, Nísia Trindade; KROPF, Simone Petraglia (Org.). *O sanitário (re) descobre o Brasil. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2010. Disponível em: [https://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap\\_3.pdf](https://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap_3.pdf). Acesso em 10 de outubro de 2020.
- LAGE, Lana; NADER, Mari Beatriz. “Violência contra a mulher – Da legitimação à condenação social”. In PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013, pp. 286-312.
- LANCZIK, Mario Horst; BECKMANN, Helmut; KEIL, Gundolf. “Wernicke: Seção clínica”. In BERRIOS, German E.; PORTER, Roy (Ed.). *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos. Vol. 3. As psicoses funcionais*. São Paulo: Escuta, 2012, pp.487-500.
- LAQUEUR, Tomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.



- LAVÍN, Angélica (Ed.). *Cartas desde la Casa de Orates*. Santiago de Chile: Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2003.
- LAWS, Jennifer. “The Hollow Gardener and Other Stories: Reason and Relation in the Work Cure”. In ERNST, Waltraud (Ed.). *Work, Psychiatry and Society, c. 1750–2015*. Manchester: University of Manchester Press, 2016, pp. 351-367.
- LEFEBVRE, Henri. *De lo rural a lo urbano*. Barcelona: Ediciones Península, 1978.
- LEJEUNE, Philippe. *O pacto autobiográfico*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2008.
- LEÓN, Ramón. Notas acerca de psicólogos y teorías psicológicas de Europa Oriental en la historia de la psicología de América del Sur. *Liberabit*, 20 (1), jan. 2014, pp. 55-72.
- LEVINE, Philippa. Venereal Disease, Prostitution, and the Politics of Empire: The Case of British India. *Journal of the History of Sexuality*, v. 4, n. 4, abr. 1994, pp. 579-602.
- LÉVY, Silvia; CAMPOS, Ricardo; HUERTAS, Rafael. “Los orígenes de la higiene mental en España. Organización, políticas y desarrollos”. In CAMPOS, Ricardo; RUPERTHUS, Mariano (Ed.). *Higiene mental, psiquiatría y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)*. Madrid: Libros de la Catarata, 2022.
- LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, v. 10, 2003, pp. 1037-1051.
- LIMA, Henrique Espada. Sob o domínio da precariedade: escravidão e os significados da liberdade de trabalho no século XIX. *Topoi (Rio de Janeiro)*, v. 6, 2005, pp. 289-326.
- LIMA, Nísia Trindade. “Euclides da Cunha: o Brasil como sertão”. In BOTELHO, André; SCHWARCZ, Lilia Moritz (Org.). *Um enigma chamado Brasil: 29 intérpretes e um país*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009, pp. 104-117.
- LIMA, Rachel Gomes de. *Senhores e possuidores de Inhaúma: propriedades, famílias e negócios da terra no rural carioca “oitocentista” (1830-1870)*. 298p. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto. “A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica”. In LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2005.
- LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. “Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República”. In MAIO, Marcos C.; SANTOS, Ricardo V. (Ed.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, pp. 23-40.
- \_\_\_\_\_. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, 2000, pp. 313-332.

- LITTLER, Craig R. Understanding Taylorism. *British Journal of Sociology*, 1978, pp. 185-202.
- LÖWY, Ilana. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, v. 1, 1994, pp. 7-18.
- MAÇANTI, Mary Paixão. *O Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro (1908): A reforma de assistência em debate*. 161p. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.
- MAGALDI, Felipe Sales. A metamorfose de Adelina Gomes: gênero e sexualidade na psicologia analítica de Nise da Silveira. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, v. 30, set.-dez. 2018, pp. 119-140.
- MALUF, Marina; MOTT, Maria Lúcia. “Recônditos do mundo feminino”. In SEVCENKO, Nicolau (Org.). *História da vida privada no Brasil. Vol. 3, República: Da Belle Époque à era do rádio*, 1998, pp. 367-92.
- MARLAND, Hillary. Under the Shadow of Maternity: Birth, Death and Puerperal Insanity in Victorian Britain. *History of Psychiatry*, vol. 23, n. 1, 2012, pp. 78-90.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2004.
- MATHIAS, Cátia M. *O Pavilhão de Observação na psiquiatria do Distrito Federal: a gestão de Henrique Roxo (1921-1945)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.
- MATOS, Maria Izilda; BORELLI, Andrea. Espaço feminino no mercado produtivo. In PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013, pp. 126-147.
- MATSUMOTO, Harumi. *Filantropia médica e assistência aos pobres: a trajetória da Policlínica de Botafogo*. 129 p. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.
- MATTOS, Hebe. *Das cores do silêncio: os significados da liberdade no Sudeste – Brasil, século XIX*. 3ª ed. rev. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2013.
- MATTOS, Romulo Costa. As “classes perigosas” habitam as favelas: um passeio pela crônica policial no período das reformas urbanas. *Desigualdade e Diversidade: Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio*, n. 5, 2009.
- \_\_\_\_\_. “Higienismo e habitação popular nas primeiras décadas republicanas (1891-1906)”. In CARULA, Karoline; ENGEL, Magali; CORRÊA, Maria Leticia (Org.). *Os intelectuais e a nação: educação, saúde e a construção de um Brasil moderno*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2013, pp. 179-287.
- MAUSS, Marcel. *Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Barcelona: Katz Editores, 2009.

- MEDEIROS, Juliane Porto Cruz de; MEDEIROS, Ana Elisabete de Almeida. Os subúrbios cariocas no olhar de Lima Barreto. *Revista Thésis*, v. 7, n. 14, 2022.
- MEDEIROS, Tácito A. de. *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. 137 p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.
- MELO, Hildete Pereira de; THOMÉ, Débora. *Mulheres e poder: histórias, ideias e indicadores*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2018.
- MELO, Walter. *Ninguém vai sozinho ao paraíso: o percurso de Nise da Silveira na psiquiatria do Brasil*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Instituto de Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, 2005.
- MIANI, Rozinaldo Antonio. Charge: uma prática discursiva e ideológica. *9ª Arte (São Paulo)*, v. 1, n. 1, 2012, pp. 37-48. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/nonaarte/article/view/99622/98065>. Acesso em 5 de julho de 2020.
- MINOIS, Georges. *História do riso e do escárnio*. Trad. Maria Elena O. Assumpção. São Paulo: Editora da Unesp, 2003.
- MOLINA, Andrés Ríos. Locos letrados frente a la psiquiatria mexicana a inicios del siglo XX. *Frenia*, v. IV, 2, 2004, pp. 17-35.
- \_\_\_\_\_. Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 37, 2009, pp. 71-96.
- \_\_\_\_\_. *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. México, D. F.: El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2013.
- \_\_\_\_\_. “Psiquiatria para una nueva nación. La higiene mental en el México posrevolucionario”. In CAMPOS, Ricardo; RUPERTHUS, Mariano (Ed.). *Higiene mental, psiquiatria y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)*. Madrid: Libros de la Catarata, 2022.
- MOLINARI, Augusta. “Autobiografía de mujeres en un manicomio italiano a principios del siglo XX”. In CASTILLO, Antonio; SIERRA BLAS, Verónica (Ed.). *Letras bajo sospecha: escritura y lectura en centros de internamiento*. S.l. (Espanha): Ediciones Trea, 2005, pp. 379-399.
- MORAES, Monica Cristina de. *No canto do isolamento: loucura e tuberculose no Hospício Nacional de Alienados (1890-1930)*. 353 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020.
- MORAN, James. “Travails of Madness: New Jersey, 1800-70”. In ERNST, Waltraud (Ed.). *Work, Psychiatry and Society, c. 1750–2015*. Manchester: University of Manchester Press, 2016, pp. 77-98.
- MOREIRA, Tamires. *Maratonas e rambles: a emergência dos tóxicos como um problema social no início do século XX*. Dissertação (Mestrado). Departamento de História,

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2015.

MOTA, Isabela; PAMPLONA, Patrícia. *Vestígios da paisagem carioca: 50 lugares desaparecidos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2019.

MUAZE, Mariana de Aguiar Ferreira. O Império do Retrato: fotografia e poder na sociedade oitocentista. *Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História*, v. 34, 2007.

MÜLLER, Tânia Mara Pedroso. A primeira escola especial para crianças anormais no Distrito Federal: o Pavilhão Bourneville (1903-1920). *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 6, n. 1, 2000, pp. 79-87.

MÜLLER, Thomas. “Re-Opening a Closed File of the History of Psychiatry. Open Care and its Historiography in Belgium, France and Germany, c. 1880-1980”. In ERNST, Waltraud; MÜLLER, Thomas (Ed.). *Transnational Psychiatries: Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective, c. 1800- 2000*. Newcastle: Cambridge Scholars, 2010, pp. 172-199.

\_\_\_\_\_. “Between Therapeutic Instrument and Exploitation of Labour Force: Patient Work in Rural Asylums in Württemberg, c. 1810-1945”. In ERNST, Waltraud (Ed.). *Work, Psychiatry and Society, c. 1750–2015*. Manchester: University of Manchester Press, 2016, pp. 220-237.

MUÑOZ, Pedro Felipe. *Degeneração atípica: uma incursão ao arquivo de Elza*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. *À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e eugenia nas relações Brasil-Alemanha (1900-1942)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.

\_\_\_\_\_. *Clínica, laboratório e eugenia: uma história transnacional das relações Brasil-Alemanha*. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio/Editora Fiocruz, 2018.

MUÑOZ, Pedro Felipe; DIAS, Allister. Degeneração, subalternidade e favela: Anália, ‘uma mulher de cor preta’ no Rio de Janeiro pós-abolicionista. *Revista Maracanan*, n. 27, 2021, pp. 194-221.

MUÑOZ, Pedro Felipe; FACCHINETTI, Cristiana; DIAS, Allister. Suspeitos em observação nas redes da psiquiatria: o Pavilhão de Observações (1894-1930). *Memorandum*, 20, 2011, pp. 83-104.

NASCIMENTO, Beatriz. Negro e racismo. In ALEX, Ratts. *Eu sou atlântica: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2006, pp. 98-102. (Publicado originalmente em *Revista de Cultura Vozes*, 68 (7), Petrópolis, 1974, pp. 65-68.)

\_\_\_\_\_. A mulher negra e o amor. In ALEX, Ratts. *Eu sou atlântica: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2006, pp. 126-129.

(Publicado originalmente em: *Jornal Maioria Falante*, n. 17, fev.–mar. 1990, p. 3.)

NASCIMENTO, Dilene. *Fundação Atauilpho de Paiva. Liga Brasileira contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro: Faperj/Quadratim, 2002.

\_\_\_\_\_. *As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. A doença e o poder público ou o poder das doenças: elementos para uma análise em torno do estado no combate à tuberculose. *Revista de História Regional*, v. 2, n. 1, 2007.

NEPOMUCENO, Bebel. “Mulheres negras: protagonismo ignorado”. In PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013, pp. 382-409.

NOLL, Richard. *The Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders*. 3a. ed. New York: Facts On File, 2009.

NOVELLA, Enric J. Travel and professional networks in the origins of Spanish psychiatry. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, out.-dez. 2016.

NOVELLA, Enric J.; HUERTAS, Rafael. El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, v. 21, n. 3, 2010, pp. 205-219.

NUNES, Sílvia Alexim. *Medicina social e regulação do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

\_\_\_\_\_. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, 2010, pp. 373-389.

ODA, Ana Maria. Juliano Moreira e a (sua) história da assistência aos alienados no Brasil. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 14 (4), dez. 2011, pp. 721-727. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142011000400011>. Acesso em 10 de março de 2019.

\_\_\_\_\_. “Manias, monomanias e demências: classificações da alienação mental no Hospício de Pedro II (1870-1890)”. In VENANCIO, Ana Teresa A.; DIAS, Allister T. (Org.). *O Hospício da Praia Vermelha. Do Império à República (Rio de Janeiro, 1852-1944)*. São Paulo: Editora da Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

ODA, Ana Maria; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, 2005, pp. 983-1010.

OLIVEIRA, Lucia Lippi. *O Brasil dos imigrantes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

- OLIVEIRA, Miguel Ernesto Gabriel Couceiro. *A institucionalização do primeiro Centro de Pesquisa de Genética do Rio de Janeiro (1943-1968): o campo da genética e seus atores sociais*. 300f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- OLIVEIRA, Paula Maria de. *Hospital de São Sebastião (1889-1905): um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias*. 118p. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- OLIVEIRA, William Vaz de. *A Assistência a Alienados na capital federal da Primeira República: discursos e práticas entre rupturas e continuidades*. 297p. Tese (Doutorado em História). Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2013.
- \_\_\_\_\_. *A assistência a alienados na cidade do Rio de Janeiro (1852-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. (História e Saúde)
- ORANGE, Donna M.; ATWOOD, George E.; STOLOROW, Robert D. *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*. New York: Routledge, 2015.
- PACHECO, Maria Vera Pompêo de Camargo. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6, 2003, pp. 152-157.
- PAOLA, Zocchi. Giulio Cesare Ferrari and Alfred Binet: The Pupil-Teacher Relationship in the Documents of the Ferrari Collection. *Bulletin de Psychologie*, 534, n. 6, 2014, pp. 487-497.
- PEÇANHA, Natália Batista. “Precisa-se de uma menor para pequenos serviços de uma casa”: a mão de obra infanto-juvenil no serviço doméstico carioca (1880-1930). *Revista Mundos do Trabalho*, v. 10, n. 20, 2018.
- PEDRO, Joana Maria. “As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio – século XX”. In MATOS, Maria Izilda S. de; SOIHET, Rachel (Org.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora da UNESP, 2003, pp. 157-176.
- PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013.
- PENNA, Antônio Gomes. *História da Psicologia no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Mobilidade social uma avaliação comparativa. *Revista de Administração de Empresas*, v. 13, 1973, pp. 19-35.
- PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A “loucura circular” de Falret e as origens do conceito de “psicose maníaco-depressiva”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5, 2002, pp. 125-129.

- PEREIRA, Sônia Gomes. *A reforma urbana de Pereira Passos e a construção da identidade carioca*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/EBA, 1998.
- PEREIRA, Thales Augusto Zamberlan. Mortalidade entre brancos e negros no Rio de Janeiro após a abolição. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 46, n. 2, 2016, pp. 439-469.
- PERET, Luiz Eduardo Neves. Queer Shakespeare: transgressão, sexualidade e identidades de gênero na obra do Bardo. *Revista Periódicus*, 1, n. 2, 2014, pp. 277-290.
- PIERCE, Kathleen. Photograph as Skin, Skin as Wax: Indexicality and the Visualisation of Syphilis in Fin-de-Siècle France. *Medical History*, v. 64, n. 1, 2020, pp. 116-141.
- PIMENTA, Tânia Salgado. Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 5, 1998, pp. 349-374.
- PIMENTEL, Laura. Scurvy: historical review and current diagnostic approach. *The American Journal of Emergency Medicine*, v. 21, n. 4, 2003, pp. 328-332.
- PINSKY, Carla Bassanezi. “A era dos modelos rígidos”. In PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013, pp. 469-512.
- PORTER, Roy. The Patient's View: Doing Medical History from Below. *Theory and Society*, v. 14, n. 2, 1985, pp. 175-198.
- POTENGY, Giselia; VENÂNCIO, Ana Teresa (Org.). *O asilo e a cidade: histórias da Colônia Juliano Moreira*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2018.
- PRADO, Maria Ligia Coelho; FRANCO, Stella Maris Scatena. “Participação feminina no debate público brasileiro”. In PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013.
- RAGO, Magareth. “Trabalho feminino e sexualidade”. In DEL PRIORE, Mary (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora da UNESP/Contexto, 2004, pp. 578-606.
- RAMOS, Maurício de Carvalho. Geração orgânica, acidente e herança na Carta XIV de Maupertuis. *Scientiae Studia*, 2004, v. 2, n. 1, pp. 99-128. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662004000100005>>. Acesso em 27 de fevereiro de 2022.
- REAUME, Geoffrey. *Remembrance of Patients Past: Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*. Don Mills, Ontario: Oxford University Press, 2000.
- REIS, José Roberto Franco. *Higiene mental e eugenia: o projeto de 'regeneração nacional' da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas, 1994. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/281180/1/Reis\\_JoseRobertoFranco\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/281180/1/Reis_JoseRobertoFranco_M.pdf). Acesso em 10 de março de 2019.

- RESENDE, Heitor. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 2000.
- RIBEIRO, Daniele Corrêa. *Os sentidos do Hospício de Pedro II: dinâmicas sociais na constituição da psiquiatria brasileira (1842-1889)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- RIGOLON, Paula Schettino; SERPA JUNIOR, Octavio Domont de. Nosografia dos transtornos afetivos: um recorte histórico de Kraepelin ao DSM-5. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 25, 2022, pp. 205-225.
- RIVERA-GARZA, Cristina. She Neither Respected nor Obeyed Anyone: Inmates and Psychiatrists Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910-1930. *Hispanic American Historical Review*, 3/4, 81, 2001, pp. 653-688.
- \_\_\_\_\_. *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el manicomio general, México, 1910-1930*. Ciudad de México: Tiempo de Memoria, 2010.
- RIZZINI, Irene. *A criança e a lei no Brasil: revisitando a história (1822-2000)*. 2ª ed. Brasília: UNICEF, 2002.
- RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
- RODRIGUES, Manuel Alves; GOMES, Cristina; ALMEIDA, Ricardo. Documento *ad usum et beneficium*. Curso de Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 2, n. 8, 2008, pp. 87-90.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- ROSEMBERG, Fúlvia. “Mulheres educadas e a educação de mulheres”. In PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013, pp. 333-359.
- ROSENBERG, Charles. “Introduction. Framing Disease: Illness, Society and History”. In ROSENBERG, Charles; GOLDEN, Janet (Ed.). *Framing Disease – Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992, pp. xiii-xxvi.
- ROSENFELD, Luis. *A geração de 1870 e a onda positivista*. 205f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Filosofia, PUC-RS, Porto Alegre, 2021.
- ROTH, Cassia. “A violência obstétrica na Maternidade Laranjeiras: fontes para pesquisas futuras”. In TEIXEIRA, Luiz Antonio *et al.* (Ed.). *Medicalização do parto: Saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec Editora, 2021, pp. 211–36.
- RUPERTHUZ, Mariano; GÁLVEZ, Ana Carolina; SÁNCHEZ DELGADO, Marcelo. “El movimiento higiénico mental en Chile: reformas, proyecciones y peligros (1920-1950)”. In CAMPOS, Ricardo; RUPERTHUZ, Mariano (Ed.). *Higiene*



- mental, psiquiatria y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)*. Madrid: Libros de la Catarata, 2022.
- SÁ, Dominichi Miranda de. *A ciência como profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- SACRISTÁN, María Cristina. Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944. *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, 2001, pp. 91-120.
- \_\_\_\_\_. Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. *Salud Mental*, v. 26, n. 3, 2003, pp. 57-65.
- \_\_\_\_\_. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, v. 16, n. 45, 2009, pp. 163-188.
- SAMPAIO, José Jackson. *Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Uerj, Rio de Janeiro, 1988 (mimeo).
- SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista: História e Cultura Material*, v. 15, n. 2, 2007, pp. 257-289.
- \_\_\_\_\_. *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- SANGLARD, Gisele; COSTA, R. da Gama-Rosa. Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-31). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 11 (1), jan.-abr. 2004, pp. 107-41.
- SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, Belo Horizonte, v. 26, n. 44, jul.-dez. 2010, pp. 437-459.
- SANTOS, Leonardo Soares dos. Os subúrbios do Rio de Janeiro no início do século XX. *Mneme–Revista de Humanidades*, v. 12, n. 30, 2011.
- \_\_\_\_\_. A implantação da zona rural como um “celeiro” da capital. *Revista Espacialidades*, v. 17, n. 1, 2021, pp. 479-505.
- SANTOS, Nádia. *Narrativas da loucura e histórias de sensibilidades*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.
- \_\_\_\_\_. A correspondência (quase secreta) de Theodoro – memória e silêncio, loucura e transgressão. *Conexão Letras*, 6, 6, 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/conexaolettras/article/view/55518/33774>. Acesso em 20 de outubro de 2023.
- SCHETTINI, Cristiana. *“Que tenhas teu corpo”*: uma história das políticas da prostituição no Rio de Janeiro das primeiras décadas republicanas. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2006.

- SCHOLTEN, Hernán. “La difusión del movimiento de higiene mental en Argentina: redes internacionales, debates locales y reformas en la asistencia psiquiátrica”. In CAMPOS, Ricardo; RUPERTHUIZ, Mariano (Ed.). *Higiene mental, psiquiatria y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)*. Madrid: Libros de la Catarata, 2022.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. “O espetáculo da miscigenação”. In DOMINGUES, Heloisa Maria B. *et al.* (Org.). *A recepção do darwinismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Lima Barreto: triste visionário*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017a.
- \_\_\_\_\_. Da minha janela vejo o mundo passar: Lima Barreto, o centro e os subúrbios. *Estudos Avançados*, v. 31, 2017b, pp. 123-142.
- \_\_\_\_\_. Lima Barreto e a escrita de si. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 33, n. 96, ago. 2019, pp. 137-54.
- SCOTT, Ana Silvia. O caleidoscópio dos arranjos familiares. In PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013, pp. 15-42.
- SEVCENKO, Nicolau. *Literatura como missão: tensões sociais e criação cultural na Primeira República*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- SILVA, Carine Neves Alves. “Colônia de Alienados de Engenho de Dentro (1911-1932)”. In *Anais do XXIX Simpósio Nacional de História – Contra os preconceitos: história e democracia*, 2017. Disponível em: <https://www.snh2017.anpuh.org/resources/anais/54/1502848703>. Acesso em 20 de outubro de 2020.
- SILVA, Maciel Henrique Carneiro da. *Nem mãe preta, nem Negra Fulô: histórias de trabalhadoras domésticas em Recife e Salvador (1870-1910)*. Rio de Janeiro: Paco Editorial, 2016.
- SILVA, Maria de Lourdes. Polícia de costumes, drogas e educação na capital federal nos anos 1920-30. *Revista Teias*, v. 11, n. 23, set.-dez. 2010, pp. 3-22.
- SILVA, Michelly Vieira da. *As cores da loucura no Rio de Janeiro imperial (1844-1888)*. Dissertação (Mestrado). Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Rio de Janeiro, 2019.
- SILVA, Renata Prudencio da. Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 12, 2009, pp. 195-208.
- SILVA, Ricardo Menezes da. *Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras: a contribuição para o ensino de enfermagem no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- SILVA, Cássio Fernandes da; PORTO, Fernando. A matéria de administração da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, seção feminina (1921-1926). *Enfermería Global*, n. 13, jun. 2008, p. 12.

- SLENES, Robert W. *Na senzala, uma flor – Esperanças e recordações na formação da família escrava, Brasil sudoeste, século XIX*. 2ª ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.
- SOARES, Cristiane; MELO, Hildete Pereira de; BANDEIRA, Lourdes Maria. O trabalho das mulheres brasileiras: uma abordagem a partir dos censos demográficos de 1872 a 2010. *Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Abep, São Pedro, São Paulo, 24 a 28 de nov. de 2014.
- SOIHET, Rachel. “A sensualidade em festa: representações do corpo feminino nas festas populares no Rio de Janeiro na virada do século XIX para o XX”. In SOIHET, Rachel; MATOS, Maria Izilda de (Ed.) *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP, 2003, pp. 177-197.
- \_\_\_\_\_. “Mulheres pobres e violência no Brasil urbano”. In DEL PRIORE, Mary (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora da UNESP/Contexto, 2004, pp. 362-400.
- SOUZA, Flávia Fernandes de. “Um conflito que se agrava dia a dia”: as relações de trabalho no serviço doméstico em um cenário de crise (cidade do Rio de Janeiro, 1890 a 1920). *História Unisinos*, v. 26, n. 2, 2022.
- SOUZA, Ricardo Pinto de. *Dicionário de termos técnicos e médicos*. Rio de Janeiro: Clube de Autores, 2015.
- SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *A política biológica como projeto: a eugenia negativa e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- \_\_\_\_\_. Por uma nação eugênica: higiene, raça e identidade nacional no movimento eugênico brasileiro dos anos 1910 e 1920. *Revista Brasileira de História da Ciência*, v. 1, n. 2, 2008, pp. 146-166.
- SOUZA, Vanderlei Sebastião de; WEGNER, Robert. “História da eugenia: contextos, temas e perspectivas historiográficas”. In TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (Org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec Editora, 2018, pp. 328-355.
- STEPAN, Nancy. “Eugenia no Brasil, 1917-1940”. In HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Org.). *Cuidar, controlar, curar: Ensaio histórico sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 331-391.
- \_\_\_\_\_. “A hora da eugenia”: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- TARELOW, Gustavo Queródia. *Entre comas, febres e convulsões: os tratamentos de choque no Hospital do Juquery (1923-1937)*. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2013.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio et al. (Ed.). *Medicalização do parto: Saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec Editora, 2021.

- TOLEDO, Eliza Teixeira de. *A circulação e aplicação da psicocirurgia no hospital psiquiátrico do Juquery, São Paulo: uma questão de gênero (1936-1956)*. Porto Alegre: Editora da PUCRS, 2022.
- TRILLAT, Étienne. “Transtorno conversivo e histeria. Seção clínica”. In BERRIOS, German E.; PORTER, Roy (Ed.). *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos. Vol. 3. As psicoses funcionais*. São Paulo: Escuta, 2012.
- VAISSMAN, Magda; LIMA, José Carlos de Souza; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *A legitimação da psiquiatria no Brasil: as colônias de alienados*. Rio de Janeiro: [s. n.], 1978.
- VALLADARES, Licia. A gênese da favela carioca. A produção anterior às Ciências Sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 15, n. 44, out. 2000.
- \_\_\_\_\_. *A invenção da favela: do mito de origem à favela.com*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.
- VELLOSO, Mônica Pimenta. As tias baianas tomam conta do pedaço: espaço e identidade cultural no Rio de Janeiro. *Revista Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, 1990, pp. 207-228.
- VENANCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. v. 10, n. 3, 2003, pp. 883-900.
- \_\_\_\_\_. Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, v. 17, 2010, pp. 327-343.
- \_\_\_\_\_. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, dez. 2011, pp. 35-52.
- \_\_\_\_\_. Trabajar la tierra para curar la mente en el sertão carioca: la Colonia Juliano Moreira, 1912-1981. In MOLINA, Andrés Ríos; HONORATO, Mariano R. (Coord.). *De manicômios a instituições psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*. Ciudad de Mexico: Sílex Ediciones, 2022, pp. 445-496.
- VENANCIO, Ana Teresa A.; CARVALHAL, L. “Juliano Moreira: a psiquiatria científica no processo civilizador brasileiro”. In DUARTE, Luiz Fernando Dias; RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. (Org.). *Psicologização no Brasil: atores e autores*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005, pp. 65-83.
- VENANCIO, Ana Teresa A.; DIAS, Allister T. (Org.). *O Hospício da Praia Vermelha. Do Império à República (Rio de Janeiro, 1852-1944)*. São Paulo: Editora da Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.
- VEZZETTI, Hugo. Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatria*, v. 2, n. 3, marzo-mayo de 1991, pp. 59-61.

- VIANNA, Eliza; LOPES, Gabriel. Entrevista com Dilene Raimundo do Nascimento. *Fronteiras & Debates*, v. 6, n. 2, 2020, pp. 119-127.
- VIEIRA, Ana Paula Leite. O Departamento de Imprensa e Propaganda e a política editorial do Estado Novo (1937-1945). 248 f. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2019.
- VILLASANTE, Olga *et al.* *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Libros de la Catarata, 2018.
- VIRGILI, Fabrice. “Virilidades inquietas, virilidades violentas”. In COURTINE, Jean-Jacques (Ed.). *História da Virilidade: a virilidade em crise?*, Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, pp. 82-115.
- VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. *O teatro das oligarquias: uma revisão da Política do Café com Leite*. 2ª. ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012.
- WADI, Yonissa Marmitt. “Recreando la vida: catarsis y escritura íntima en las cartas de una paciente psiquiátrica”. In GÓMEZ, Antonio Castillo; BLAS, Verónica Sierra (Ed.). *Letras bajo sospecha: escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón: Ediciones Trea, 2005, pp. 421-447.
- \_\_\_\_\_. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2009.
- \_\_\_\_\_. “‘Estou no Hospício, Deus’: problematizações sobre a loucura, o hospício e a psiquiatria no diário de Maura Lopes Cançado (Brasil, 1959-60)”. *Asclepio*, 69, 2, 2017.
- WADI, Yonissa Marmitt; ORDORIKI, Teresa; GOLCMAN, Alejandra. ¿Qué expresan los locos iberoamericanos? Las fuentes narrativas y sus posibles abordajes. *Iberoamericana*, v. 19, n. 71, 2019, pp. 173-196.
- WALSH, Oonagh. “Work and the Irish District Asylums During the Late Nineteenth Century”. In ERNST, Waltraud; MÜLLER, Thomas (Ed.). *Transnational Psychiatries: Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective, c. 1800- 2000*. Newcastle: Cambridge Scholars, 2010, pp. 298-313.
- WEGNER, Robert. Dois geneticistas e a miscigenação. Octavio Domingues e Salvador de Toledo Piza no movimento eugenista brasileiro (1929-1933). *Varia História*, v. 33, n. 61, 2017, pp. 79-107. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-87752017000100005>. Acesso em 18 de setembro de 2022.
- WEIR, H. Todd. “The Riddles of Monism: An Introductory Essay”. In WEIR, H. Todd (Ed.). *Monism: Science, Philosophy, Religion and the History of a Worldview*. New York: Palgrave Macmillan, 2012.
- WHITAKER, I. S. *et al.* Historical Article: Hirudo Medicinalis: Ancient Origins of, and Trends in the Use of Medicinal Leeches Throughout History. *Brit. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 42, 2004, pp. 133-7.

WILHELM OSTWALD – Biográfico. Prêmio Nobel. S.d. Disponível em: <https://www.nobelprize.org/prizes/chemistry/1909/ostwald/biographical>. Acesso em 26 de fevereiro de 2022.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. Psicastenia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17, 2010, pp. 421-430.