

# A Colônia de Mulheres de Engenho de Dentro: a primeira instituição psiquiátrica feminina do Brasil e suas pacientes (1911-1932)

*The Engenho de Dentro Women's Colony: the first female  
psychiatric institution in Brazil and its patients (1911-1932)*

**Carine Neves Alves da Silva** | Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

[carinenalves@gmail.com](mailto:carinenalves@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-0172-2489>

**RESUMO** Este artigo investiga a história da Colônia de Mulheres de Engenho de Dentro, com ênfase na criação da instituição e nas administrações de Braule Pinto (1911-1918) e Gustavo Riedel (1918-1932). O objetivo é identificar e analisar as características sociodemográficas e clínicas das internas. Para tanto, a principal fonte utilizada foi composta pelos *Livros de matrícula de pacientes* (1911-1918 e 1919-1934) e por 19 *Livros de observações clínicas* (1911-1932), a partir dos quais foi construída uma base de dados abrangendo informações de 2.590 pacientes internadas entre 1911 e 1932. Foram considerados dados de identificação (nome, cor, nacionalidade, estado civil, idade e profissão), datas de ingresso e saída, procedência, instituição internante, diagnóstico, prognóstico, tratamento, trabalho realizado e tempo de permanência. A análise quantitativa descritiva dos dados, complementada por documentos administrativos, ampliou a compreensão dos contextos da loucura e do funcionamento da Colônia. Do ponto de vista teórico, o estudo apoia-se na história da medicina sob a perspectiva do paciente, na história cultural da psiquiatria e na epistemologia social feminista, que reconhece o papel das relações de gênero e das posições sociais na construção do conhecimento. Ao articular práticas institucionais com dados sociodemográficos e clínicos, realiza-se uma análise crítica das estruturas de poder e das relações de gênero, evidenciando como o saber psiquiátrico moldou as experiências das mulheres internadas e as representações da loucura feminina. O artigo destaca a complexidade dessas vivências, as tensões entre gênero e loucura e problematiza interpretações tradicionais da psiquiatria presentes no discurso, na prática e no cotidiano institucionais.

**Palavras-chave:** análise sociodemográfica – gênero e loucura – história da assistência psiquiátrica.

**ABSTRACT** This article investigates the history of the Colônia de Mulheres de Engenho de Dentro, with an emphasis on the institution's founding and the administrations of Braule Pinto (1911-1918) and Gustavo Riedel (1918-1932). The objective is to identify and analyze the sociodemographic and clinical characteristics of the female patients. The main sources are the Patient admission registers (1911-1918 and 1919-1934) and 19 Clinical observation books (1911-1932), from which a database was constructed containing information on 2,590 patients admitted between 1911 and 1932. The variables considered include identification data (name, race, nationality, marital status, age, and occupation), dates of admission and discharge, place of origin, referring institution, diagnosis, prognosis,

*treatment, type of work performed, and length of stay. The descriptive quantitative analysis of the data, complemented by administrative documents, broadened the understanding of the contexts of madness and the functioning of the institution. The study draws on the history of medicine from the patient's perspective, the cultural history of psychiatry, and feminist social epistemology, which emphasizes the role of gender relations and social positions in knowledge production. By articulating institutional practices with sociodemographic and clinical data, the article offers a critical analysis of power structures and gender relations, highlighting how psychiatric knowledge shaped the experiences of institutionalized women and representations of female madness. The study underscores the complexity of these experiences, the tensions between gender and madness, and challenges traditional interpretations of psychiatry in the institutional context.*

**Keywords:** *sociodemographic analysis – gender and madness – history of psychiatric care.*

A Colônia de Mulheres de Engenho de Dentro, ao longo de seus 33 anos de funcionamento, teve três diretores: Simplício de Lemos Braule Pinto (1911-1918), Gustavo Köhler Riedel (1918-1932) e Ernani Lopes (1932-1944). Concebida como uma unidade complementar do Hospital Nacional de Alienados (HNA), a Colônia recebia exclusivamente pacientes do sexo feminino classificadas como indigentes e crônicas, transferidas diretamente do HNA. O termo indigente, nesse contexto, referia-se àquelas que não podiam custear a internação, e não necessariamente a pessoas desamparadas ou mendigos, podendo incluir trabalhadoras pobres (Venancio, 2022, p. 453).

Com a chegada de Gustavo Riedel à direção, a Colônia passou por uma fase de ampla reestruturação, voltada para a modernização e ampliação de suas atividades. Entre 1919 e 1924, foram criados sete novos serviços anexos: a Policlínica dos Subúrbios (1919); o Ambulatório Rivadávia Corrêa (1921), que foi logo integrado à Policlínica, ampliando suas atividades e reforçando a conexão com a psiquiatria e a higiene mental; a Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto (1921), seção feminina da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados; a Assistência Heterofamiliar (1920), que consistia no acolhimento de pacientes por famílias sem vínculo de parentesco, oferecendo um tratamento baseado na convivência familiar; o Ambulatório n. 2 da Fundação Gaffrée-Guinle (1923), dedicado à profilaxia das doenças venéreas; o Serviço Aberto do Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa (1923), voltado para a hospitalização breve de psicopatas agudas, com cuidados em regime aberto; e o Laboratório de Psicologia Experimental, a cargo do psicólogo polonês Waclaw Radecki (1924).

A criação desses serviços diversificou as funções da colônia e transformou a dinâmica de internação. Durante a gestão de Riedel, as internações no sistema asilar ocorreram tanto por transferências do HNA quanto por encaminhamentos realizados pelos dois serviços clínicos anexos à Colônia, que tinham poder de internação: o Ambulatório Rivadávia Corrêa (ARC) e o Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa (PPEP). Além disso, a Colônia passou a encaminhar pacientes de ambos os sexos atendidos em seu ambulatório para o HNA. Dessa forma, embora permanesse como uma unidade complementar do HNA, a colônia ampliou seu papel, tornando-se não apenas receptora, mas também uma fonte de pacientes para o hospital urbano.

Fundada em 1911 no subúrbio do Rio de Janeiro, a Colônia de Mulheres de Engenho de Dentro passou por várias mudanças ao longo de sua existência, sendo convertida em 1944 no Centro Psiquiátrico Nacional (CPN), que, em 1965, passou a se chamar Centro Psiquiátrico Pedro

II. Em 1927, a instituição foi chamada de Colônia de Psicopatas (mulheres) e, em 1934, recebeu o nome de Colônia Gustavo Riedel (CGR), em homenagem ao seu segundo diretor. Ao longo dos anos, a Colônia expandiu-se e originou novas instituições psiquiátricas, adaptando-se às diferentes configurações da assistência psiquiátrica no Brasil. Em 2021, o então Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMASNS) encerrou suas atividades como instituição de custódia, marcando o fim de um ciclo e abrindo espaço para novas práticas e debates sobre os rumos da saúde mental no Brasil.

Essa trajetória institucional, marcada por mudanças administrativas e pela ampliação das funções da Colônia, pode ser compreendida com mais profundidade com base em um conjunto amplo de fontes primárias: decretos e legislação oficial, termos de acordo publicados em órgãos públicos, reportagens da imprensa carioca da época e documentos da Série Saúde do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, sob custódia do Arquivo Nacional. No próximo tópico, “Da implantação do modelo colonial à reforma pela higiene mental”, essas fontes são mobilizadas para reconstituir o contexto político-institucional da fundação da Colônia e suas principais transformações nas décadas iniciais. Já em “A população internada em números (1911-1932)”, o foco recai sobre a documentação clínica – especialmente os *Livros de matrícula de pacientes* e os *Livros de observações clínicas*<sup>1</sup> – que permitiram traçar o perfil sociodemográfico e clínico das pacientes, compondo o eixo empírico da análise.

## Da implantação do modelo colonial à reforma pela higiene mental: as duas primeiras gestões da Colônia de Alienadas

A Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, primeira instituição psiquiátrica exclusivamente feminina do país, foi criada no contexto do decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911, que reorganizou a Assistência a Alienados no Distrito Federal. Na época, essa assistência incluía o Instituto de Neuropatologia, para pacientes suspeitos de alienação mental, o HNA e as colônias masculinas da Ilha do Governador, São Bento e Conde de Mesquita. As colônias eram destinadas a alienados indigentes provenientes do HNA, considerados aptos a participar da exploração agrícola e de pequenas indústrias.<sup>2</sup>

A nova instituição foi instalada na rua Maria Flora, n. 17, em um terreno de 77 mil m<sup>2</sup>, localizado em frente à rua Luiz Carneiro, na então região de Inhaúma, na base da serra dos Pretos Forros, à margem esquerda do rio dos Frangos. O local correspondia às antigas terras da fazenda de Engenho de Dentro. Posteriormente, a rua Maria Flora foi renomeada rua Pernambuco, e a

1 Os *Livros de matrícula de paciente e de observações clínicas* analisados pertencem ao acervo do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM). Informações arquivísticas e descritivas sobre esses documentos podem ser consultadas na Base de Dados História e Loucura (<http://www.historiaeloucura.gov.br>), vinculada ao projeto História da Psiquiatria no Brasil, da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. O acesso ao conteúdo integral é realizado mediante solicitação ao setor de documentação do IMASJM.

2 BRASIL. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911. Reorganiza a Assistência a Alienados. p. 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8834-11-julho-1911-507693-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Reorganiza%20a%20Assistencia%20a%20Alienados,3%C2%BA%2C%20n.> Acesso em: 5 fev. 2024.

rua Luiz Carneiro passou a se chamar rua Gustavo Riedel (Lima, 2016). Antes da fundação da Colônia, o espaço abrigava uma fábrica de louças que, segundo registros, nunca chegou a operar.<sup>3</sup>

Em 1908, o governo adquiriu essa propriedade por 150 contos de réis, com o intuito de construir um hospital para isolar as vítimas da epidemia de varíola que assolava o Rio de Janeiro.<sup>4</sup> Após o encerramento do hospital de isolamento, os prédios foram transferidos para o Ministério da Marinha, que pretendia utilizá-los para um hospital de tratamento de beribéri. No entanto, o imóvel foi cedido ao Ministério da Justiça em troca de uma propriedade no Andaraí (Brasil, 1922a, p. 544; Oliveira, 2005, p. 49-50). Em 1911, a edificação foi finalmente entregue à Assistência a Alienados do Distrito Federal.

O debate sobre o papel das colônias nos relatórios e documentos ministeriais, no início do século XX, foi essencial para a criação de uma colônia destinada exclusivamente a mulheres. Juliano Moreira, diretor do HNA de 1903 a 1930 e diretor-geral da Assistência a Alienados do Distrito Federal entre 1911 e 1930, foi um defensor convicto do modelo de colônias para a assistência a doentes mentais. A discussão, que inicialmente focava a necessidade de reformar as colônias localizadas na Ilha do Governador, evoluiu para a defesa de sua transferência para outra região, atingindo seu ápice no início da década de 1910, no Rio de Janeiro.

Além da circulação de ideias e teorias, denúncias relacionadas ao hospício e às colônias masculinas<sup>5</sup> intensificaram o debate sobre a importância do modelo colonial, facilitando a captação e a distribuição de recursos no âmbito da Assistência a Alienados do Distrito Federal. A verba destinada tanto à mudança das colônias masculinas quanto à adaptação e instalação da Colônia feminina era única, evidenciada pelo crédito extraordinário de 138:187\$077, autorizado pelo decreto n. 8.956, de 6 de setembro de 1911, a pedido do ministro Rivadávia Corrêa. Nesse contexto mais amplo de reorganização da política de assistência psiquiátrica, surgiu a Colônia feminina.

É importante destacar que, apesar de não terem sido encontrados discursos explícitos em prol da criação de uma colônia especificamente feminina nos documentos da época, o surgimento dessa nova instituição está diretamente relacionado ao problema de superlotação na seção feminina do hospício. Ao analisar a produção historiográfica sobre a história das mulheres no Brasil,<sup>6</sup> torna-se evidente que a criação de uma colônia feminina anexa ao hospício reflete os desafios do pós-abolição, quando mulheres negras, fossem elas nascidas livres ou recém-libertas, eram constantemente submetidas a tentativas de controle e exploração. Paralelamente, a busca por autonomia das mulheres brancas gerava novas tensões sociais. O temor em relação a essas mulheres manifestou-se de diversas formas na nova instituição, cuja origem foi influenciada pela nova ética do trabalho e pelas mudanças nos padrões de comportamento feminino,

3 NOTÍCIAS DOS SUBÚRBIOS. Engenho de Dentro: Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, ano XXII, n. 15, p. 7, 15 jan. 1912. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_03/11114](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_03/11114). Acesso em: 10 set. 2024.

4 HOSPITAL de isolamento nos subúrbios. *O Subúrbio*, Distrito Federal, ano II, n. 52, p. 1, 25 jul. 1908. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/818747/136>. Acesso em: 10 set. 2024.

5 Para mais detalhes sobre a comissão de inquérito que investigou as condições da assistência a alienados no HNA e nas colônias da Ilha do Governador, instituída em 16 de dezembro de 1902, consulte Azevedo (2012) e Moraes (2020).

6 Cunha (1986, 1989); Maluf; Mott (1998); Caulfield (2000); Engel (2004); Fonseca (2004); Soihet (2004); Nepomuceno (2013); Pinsky (2013); Muñoz; Dias (2021) e Toledo (2022).

especialmente no que dizia respeito à maior expressão da sexualidade e à transgressão da norma tradicional que reservava o espaço público aos homens e o privado às mulheres.

A experiência de Simplício de Lemos Braule Pinto (1865-1918) como alienista nas colônias masculinas, somada aos quase dois anos em que dirigiu essas colônias, foi fator decisivo para sua indicação por Juliano Moreira como o primeiro diretor da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, sendo posteriormente nomeado pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores (MJNI). Além de supervisionar as obras de adaptação e instalação da Colônia, Braule Pinto também foi responsável pela recepção das primeiras pacientes transferidas do HNA. Em 1911, 334 pacientes foram enviadas à Colônia de Engenho de Dentro, organizadas em oito grandes "turmas", como eram chamados os grupos transferidos no mesmo dia para facilitar o transporte. As transferências ocorreram em: 31 de agosto; 2, 5 e 6 de setembro; 7, 19 e 26 de outubro; e 30 de dezembro.<sup>7</sup>

No relatório de 1911, Braule Pinto afirmou que a Colônia havia sido instalada em um local inadequado para os fins pretendidos, observando que sua arquitetura não seguia os modernos princípios de assistência colonial, estando, ao contrário, baseada em antigos modelos de hospital-caserna.<sup>8</sup> De fato, a orientação médica da época recomendava a instalação de colônias fora dos centros urbanos, em áreas rurais (Claper, 2020, p. 148, 175-176). No entanto, o populoso bairro de Engenho de Dentro, situado no subúrbio carioca, já não atendia a esse critério da psiquiatria. Mesmo assim, a presença de áreas agrícolas nos arredores e a proximidade com a linha férrea provavelmente influenciaram a decisão de estabelecer a Colônia feminina em Engenho de Dentro.

A trajetória da Colônia, em termos de evolução tipológica, acompanhou a lógica observada na história da arquitetura hospitalar do Rio de Janeiro, onde, até a construção do Hospital Gaffrée e Guinle (inaugurado em 1927), a maioria das instituições hospitalares ocupava edifícios adaptados. As exceções eram o Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia e o Hospício de Pedro II, ambos construídos pela Misericórdia do Rio de Janeiro em meados do século XIX (Sanglard, 2008).

Nesse contexto, a Colônia enfrentou desafios estruturais e organizacionais característicos da época, evidenciados, sobretudo, pela elevada taxa de mortalidade em seu período inicial. Em 1912, com 295 pacientes internadas e 73 óbitos, a mortalidade alcançou 24,75%, o maior índice registrado tanto durante a gestão do primeiro diretor quanto ao longo de todo o período analisado, que abrange também a administração do segundo diretor. Esse índice alarmante, registrado apenas um ano após a fundação da Colônia, reflete as condições precárias de infraestrutura e a falta de higiene que marcaram sua fase inicial.

Os primeiros quatro anos da gestão de Braule Pinto foram marcados por obras de construção e reformas, realizadas em meio a conflitos com a Diretoria de Contabilidade do MJNI. Para tentar melhorar as condições operacionais da Colônia e atender às demandas assistenciais, Braule Pinto enfrentou críticas por despesas consideradas excessivas. Por outro lado, o diretor

7 *Livros de matrícula*, volumes 1 e 2, da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro/Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM).

8 Arquivo Nacional (AN). Documentos do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. *Relatório do diretor Braule Pinto*. Is3 20. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 15 fev. 1912.

apontava reiteradamente a insuficiência das consignações em diversos setores, destacando especialmente os impactos negativos dos cortes na verba destinada à alimentação, que comprometiam a nutrição das pacientes. Como resultado, dietas inadequadas agravaram ainda mais as condições de saúde das internas, já bastante fragilizadas. A falta de médicos também forçou Braule Pinto a acumular funções, assumindo o papel de alienista para atender às necessidades da Colônia.

Esses fatores explicam, em parte, a alta taxa de mortalidade registrada em 1912, quando 21 pacientes faleceram de escorbuto, 16 de tuberculose pulmonar e dez de disenteria. Além disso, houve três óbitos por ancilostomíase, três por enterite tuberculosa, três por gripe e dois por nefrite. Também foi registrada uma morte para cada um dos seguintes diagnósticos: *angor pectoris*, arteriosclerose generalizada, broncopneumonia, estado de mal epiléptico, meningite tuberculosa, nefrite intersticial, pielonefrite, púrpura hemorrágica, sífilis cerebral e asfixia por enforcamento, além de duas mortes sem causa informada.<sup>9</sup>

Entre as principais causas de óbitos, a tuberculose e o escorbuto merecem atenção especial. A tuberculose foi a principal responsável pela mortalidade na Colônia, com 1912 registrando o maior número de óbitos por essa doença durante a primeira gestão, totalizando vinte mortes. Já na segunda gestão, os picos de falecimentos por tuberculose ocorreram em 1925 e 1926, com cinco mortes em cada ano. Ao todo, a tuberculose foi responsável por 88 óbitos, predominantemente em sua forma pulmonar. A doença se disseminou amplamente entre as pacientes transferidas, uma vez que o HNA encaminhava mulheres sem sinais clínicos evidentes ou resultados positivos, muitas delas diagnosticadas com “tuberculose fechada” (Moraes, 2020). No entanto, essa avaliação frequentemente não refletia a realidade observada na Colônia.

Ao contrário do HNA, a Colônia não dispunha de isolamento adequado nem de tratamento especializado para doenças infectocontagiosas. A orientação era transferir as pacientes com essas condições para o hospício. Esse quadro, somado à superlotação e às precárias condições de higiene, favorecia a propagação de doenças, agravando ainda mais as condições de saúde das internas.

Quanto ao escorbuto, provocado pela carência de vitamina C (ácido ascórbico) (Pimentel, 2003), 35 pacientes faleceram entre 1911 e 1915 em função desse quadro. Em contraste, sob a administração de Riedel, o número de óbitos por escorbuto diminuiu drasticamente, com apenas um registro de morte em 1920. Esses dados indicam que as mortes por escorbuto praticamente desapareceram durante sua gestão, possivelmente em decorrência da sistematização da produção agrícola na instituição a partir de 1921. Em 1922, por exemplo, os principais itens produzidos internamente foram legumes (15.479 kg), leite fresco (1.879,5 litros), batata-doce (2.155 kg) e limão azedo (8.540 unidades) (Brasil, 1922b, p. 138-142). A inclusão desses alimentos na dieta das pacientes ao que tudo indica proporcionou o acesso à vitamina C, o que, por sua vez, contribuiu para a melhoria das condições de saúde e para a redução das taxas de mortalidade da instituição. De fato, Riedel 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

9 Livros de matrícula, volumes 1 e 2, da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro/IMASJM.

experimentais que vinha realizando em colaboração com o Dr. Paulo Schirch sobre vitaminas orgânicas” (Riedel, 1924, p. 16).

Assim, a probabilidade de uma paciente falecer na Colônia sob a administração do segundo diretor foi consideravelmente reduzida, o que também reflete a queda na mortalidade geral da cidade nesse período (Nascimento, 2002; Pereira, 2016; Moraes, 2020). É importante ressaltar que muitas pacientes chegavam ao HNA em péssimas condições de saúde, provenientes de uma sociedade marcada por graves problemas sociais e sanitários. Mesmo assim, eram frequentemente transferidas para a Colônia como “ótimas trabalhadoras”. As condições de saúde das pacientes refletiam a interação entre doenças físicas e mentais, agravadas pelas adversidades da vida e pelas limitações do sistema de saúde local.

É importante analisar as gestões da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro também sob a perspectiva da saúde pública de seus respectivos períodos. A gestão de Braule Pinto, iniciada em 1911, está mais conectada ao período das reformas modernizadoras de Rodrigues Alves (1902-1906) na capital federal, caracterizadas por um esforço de reurbanização e modernização da cidade, que englobou a transformação do porto sob a liderança de Lauro Müller, a reforma urbana conduzida por Francisco Pereira Passos e a reforma sanitária dirigida por Oswaldo Cruz. Embora tenha focado o combate à peste, febre amarela e varíola, esta última não abrangeu uma reforma significativa na assistência médica da cidade (Sanglard, 2008, p. 74).

Em contraste, a gestão de Gustavo Riedel ocorreu sob a vigência do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920, momento em que a assistência psiquiátrica começa a se integrar mais amplamente nas políticas públicas de saúde, sobretudo devido à sua associação com o controle das doenças venéreas, coordenado pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV). Entre as medidas implementadas, destacam-se os contratos firmados em fevereiro de 1921<sup>10</sup> e 1923<sup>11</sup> entre Carlos Chagas (diretor-geral do DNSP), Eduardo Rabello (inspetor de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas) e Gustavo Riedel, que previam a instalação de um dispensário para a profilaxia das doenças venéreas na Colônia de Engenho de Dentro. Em 1923, foi inaugurado na Colônia um dos primeiros ambulatórios dedicados à profilaxia das doenças venéreas, vinculado a uma entidade que estava em processo de formação e que, posteriormente, se consolidaria como a Fundação Gaffrée e Guinle (Sanglard; Costa, 2004).

Segundo Ana Luce de Lima e Maria Marta Pinto, a reforma liderada por Carlos Chagas, que deu origem ao DNSP, buscou incorporar novas prioridades para o Estado, incluindo o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica (Lima; Pinto, 2003, p. 1043). Nesse contexto, no final de 1922, em meio à expansão da Colônia de Engenho de Dentro, Gustavo Riedel fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) no Distrito Federal.

10 TERMO de acordo entre a Inspetoria de Prophylaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e a Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro, firmado em 2 de fevereiro de 1921, com base no decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920, e na lei n. 3.454, de 6 de janeiro de 1918. Publicado no *Diário Oficial da União*, seção 1, p. 12, em 10 fev. 1921. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1770280/pg-12-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-10-02-1921>. Acesso em: 5 mar. 2024.

11 TERMO de acordo entre a Inspetoria de Prophylaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e a Colônia de Alienados no Engenho de Dentro, firmado em 1º de fevereiro de 1923, com base no decreto n. 15.003, de 15 de setembro de 1921, e na lei n. 4.632, de 6 de janeiro de 1923. Publicado no *Diário Oficial da União*, seção 1, p. 34, em 2 fev. 1923. 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 mar. 2024.

A análise desses dois contextos permite compreender não apenas as possibilidades e desafios na implantação da Colônia feminina no âmbito da assistência psiquiátrica do Distrito Federal, mas também dar sentido às escolhas de seus diretores, com destaque para Gustavo Riedel. Esse médico realizou um “desvio de rota” ao abordar as doenças sob a perspectiva da profilaxia e da educação sanitária, alinhando-se ao espírito das reformas promovidas por Carlos Chagas nas décadas de 1920 e 1930.

Braule Pinto dirigiu a Colônia de Engenho de Dentro até seu falecimento, em 18 de setembro de 1918. Gustavo Köhler Riedel, seu sucessor e segundo diretor da Colônia, assumiu o cargo em 9 de outubro do mesmo ano, menos de dois meses após ser eleito para a Academia Nacional de Medicina (ANM). Riedel enfrentou esse novo desafio em meio à grave crise sanitária provocada pela epidemia de “gripe espanhola”.

No estudo sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado no Brasil, entre 1910 e 1930, o cientista político e historiador brasileiro Gilberto Hochman destaca o impacto da epidemia de gripe nos rumos da organização da saúde pública. Hochman observa que não foram as endemias rurais, como ancilostomose, doença de Chagas e malária – alvo das denúncias do movimento sanitarista brasileiro – que impulsionaram uma mudança, mas sim “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, p. 51). A “gripe espanhola”, última pandemia do século XX, dizimou aproximadamente 15 mil pessoas no Distrito Federal (Rio de Janeiro), entre outubro e dezembro de 1918. Em 16 de janeiro de 1919, a pandemia vitimou o próprio presidente eleito, Rodrigues Alves, criando “um consenso sobre a necessidade urgente de mudanças na área de saúde pública” (p. 51).

No que diz respeito ao combate à gripe no interior da colônia, tanto médicos quanto jornais da época elogiaram a atuação de Riedel, que conseguiu evitar óbitos na instituição, ao contrário do que ocorreu no HNA e nas colônias masculinas. Além das medidas profiláticas implementadas pelo novo diretor, uma análise da documentação clínica, especialmente dos dois *Livros de matrícula de pacientes*, revela que o HNA suspendeu as transferências para a Colônia entre 1º de junho de 1918 e 20 de fevereiro de 1919. Durante esse período, a Colônia, no entanto, continuou a remover pacientes para o HNA regularmente. Parece que uma das estratégias de Riedel para enfrentar a crise sanitária foi a suspensão do recebimento de novas pacientes na Colônia, enquanto mantinha as remoções para o hospício.

Essa suspensão das transferências pode ser entendida à luz de diversos fatores estruturais e institucionais. As pacientes eram transferidas em levas periódicas, uma vez que o traslado da Praia Vermelha para o Engenho de Dentro era dificultado pela distância e pelas más condições das vias. Entre 1916 e 1918, a Colônia recebeu 493 pacientes transferidas do HNA, e o então diretor Braule Pinto resistia a esse fluxo intenso de pacientes, alegando que a Colônia não dispunha de condições sanitárias adequadas para acomodar mais pessoas. Com a chegada de Gustavo Riedel à direção, de acordo com os dados de entrada de pacientes, a política rígida de transferências frequentes começou a ser reduzida, especialmente a partir de 1923, aliviando a sobrecarga que a colônia vinha enfrentando.

Riedel assumiu a direção da Colônia em meio à crise da epidemia de gripe de 1918, em um período marcado pela urgente necessidade de assistência médica por parte da população.

Alfredo Neves relatou que a ideia de organizar uma policlínica surgiu do contato direto de Riedel com a população sem acesso a qualquer tipo de atendimento. Segundo o pediatra, “verdadeiras avalanches de doentes, na sua maioria mulheres, trazendo ao colo e às mãos os filhos enfermos”, buscaram socorro na colônia durante o surto de gripe, mas não encontraram o apoio necessário. O corpo clínico, reduzido pela própria natureza da instituição e com um estoque de medicamentos bastante limitado, pôde oferecer pouca assistência a essas pessoas (Neves, 1943, p. 281). Além disso, a pandemia vitimou, nas proximidades da Colônia, o único irmão de Riedel, o militar Waldemar Köhler Riedel (Almeida, 1943, p. 295-296).

Impactado por esses acontecimentos, o diretor da instituição obteve autorização do ministro da Justiça para organizar, nas dependências da Colônia, uma policlínica destinada a atender a população pobre da região. Aberta ao público em fevereiro de 1919, a Policlínica dos Subúrbios oferecia gratuitamente tanto assistência médica quanto medicamentos. No dia 13 de junho de 1920, foi inaugurado na colônia o Ambulatório Rivadávia Corrêa (ARC), para onde foi transferida a policlínica.

Na época, reportagens de jornais salientavam a grande lacuna que a nova instituição médica preencheria na região suburbana, enfatizando, em discursos de médicos e membros da Igreja católica, a necessidade urgente de cuidados para uma vasta população de trabalhadores empobrecidos, que viviam em condições precárias e, segundo esses discursos, estavam à mercê de charlatães na extensa área suburbana do Rio de Janeiro. Nesse contexto, a policlínica foi concebida não apenas como um centro de atendimento, mas também como um instrumento para promover a educação sanitária entre uma população vista como especialmente vulnerável à doença e à ignorância.

Localizado ao norte da entrada principal da colônia, na esquina da rua Dois de Fevereiro com a rua Ramiro Magalhães, o ARC era composto de seis pavilhões: clínica médica; pediatria; cirurgia geral; otorrinolaringologia e oftalmologia; clínica dermatológica e sifiligráfica; e farmácia. Além disso, contava com laboratório, serviço de radiologia, consultórios, salas de exames, vestiários, sala de operações e pequenas enfermarias para ambos os sexos. Para ter acesso aos diversos serviços oferecidos, era necessário apresentar um atestado de indigência emitido por um médico, vigário ou delegado de polícia. Juntamente com a inauguração desse ambulatório, foi criado o Laboratório Gaspar Vianna, dedicado à realização de exames químicos e bacteriológicos. Assim, Gustavo Riedel transformou a Colônia de Engenho de Dentro em um espaço completamente preparado para a realização de pesquisas científicas e elucidações diagnósticas.<sup>12</sup>

Apesar da referência a um Instituto de Profilaxia Mental, o ambulatório da Colônia se diferenciava dos dispensários psiquiátricos criados em outros países na mesma época, nos quais atuavam psiquiatras e visitantes sociais. Com a transferência da Policlínica dos Subúrbios para a sede do recém-criado ARC, foi feito um esforço para integrar o modelo policlínico à profilaxia mental. Essa integração, aparentemente exclusiva da Colônia de Engenho de Dentro, não apenas levou à formulação de um conceito de higiene mental fundamentado na medicina geral, mas

12 AMBULATÓRIO Rivadávia Correia. *O Paiz*, Rio de Janeiro, ano XXXVI, n. 13.031, p. 3-4, 14 jun. 1920. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/178691\\_05/2059](http://memoria.bn.br/DocReader/178691_05/2059). Acesso em: 20 out. 2024.

também serviu como ponto de partida para o desenvolvimento de uma prática consolidada de higiene mental.

Até seu fechamento, em 31 de outubro de 1939, o ARC e a Policlínica dos Subúrbios operaram, na prática, como uma única entidade, sendo esta última responsável por ocupar quase todo o espaço físico do ambulatório. Dessa forma, o ARC assumia um duplo papel: funcionava simultaneamente como instituição de caridade (Policlínica dos Subúrbios) e como órgão da Assistência a Alienados, com ênfase na Seção de Profilaxia das Doenças Mentais e Nervosas.

A natureza híbrida da instituição – que articulava iniciativas privadas e funções estatais – foi alvo de crítica por parte de Moncorvo Filho, em carta aberta lida na Academia Nacional de Medicina em 14 de junho de 1920. Referindo-se à Policlínica dos Subúrbios, ele questionava “o hibridismo [...] que não compreendi”<sup>13</sup> ao ver uma instituição de iniciativa particular integrada a uma ação do Ministério do Interior voltada à Assistência a Alienados. Moncorvo também contestava a atribuição a Gustavo Riedel da primazia na introdução da eugenia no Brasil, reivindicando esse reconhecimento para seu pai, Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo. Oito dias depois, Riedel respondeu ao presidente da Academia, Miguel Couto, defendendo que práticas eugênicas já existiam no país desde a fundação da Santa Casa, e que diversos profissionais contribuíram para elas.<sup>14</sup> Ao equiparar eugenia e assistência médica, Riedel diluía sua especificidade como campo autônomo. Essa concepção é coerente com a forma como a eugenia foi concebida na América Latina, segundo Nancy Stepan (2004, 2005), onde era comum sua integração às políticas de saúde pública, dentro de uma lógica neolamarckiana.

Em defesa do modelo, médicos vinculados ao ambulatório – especialmente os filiados à LBHM, como Alberto Farani, Alfredo Neves, Plínio Olinto, Ernani Lopes e o próprio diretor Gustavo Riedel – passaram a destacar os ganhos clínicos e profiláticos dessa configuração mista. Segundo eles, o modelo ampliava o alcance do trabalho preventivo, ao possibilitar a identificação, no interior da policlínica, de “não poucos psicopatas e nervosos inconfessos”, graças à organização que atraía indistintamente os consulentes e facilitava sua triagem, conforme ressaltou Olinto.<sup>15</sup>

Foi somente após a improvisação inicial da Policlínica dos Subúrbios e a inauguração do ARC que Gustavo Riedel recebeu um convite de Clifford Beers (1876-1943), fundador do movimento americano de higiene mental, para criar uma liga de higiene mental no Brasil, o que ocorreu nos últimos dias de 1922 (Riedel, 1925, p. 209-210). Esse empreendimento o qualificou para ingressar no movimento transnacional em prol da higiene mental. A partir daí, o diretor da colônia deu uma guinada significativa em sua trajetória, movendo-se para a área à qual se dedicaria até o fim de sua vida: a higiene mental.

A criação da Policlínica dos Subúrbios e do Ambulatório Rivadávia Corrêa marcou uma mudança significativa na estrutura administrativa e assistencial da Colônia de Engenho de Dentro. Após a fundação do ARC, Gustavo Riedel implementou uma série de novos serviços anexos, que incluíam formação profissional em enfermagem, atividades voltadas à psicologia, assistência familiar e ambulatórios especializados. O ARC, além de contribuir para a medicalização

13 MONCORVO FILHO. A eugenia no Brasil: carta aberta ao ilustre Dr. Gustavo Riedel. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, p. 246-248, 14 jun. 1920. Grifos nossos.

14 RIEDEL, Gustavo. Carta aberta. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, p. 262, 22 jun. 1920.

15 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, p. 197, 1925.

e normalização da população local, tornou-se um dos principais eixos de produção e circulação de saberes, práticas e recursos humanos na instituição. Assim, ainda na década de 1920, a Colônia deixou de ser apenas uma instituição de custódia, consolidando-se como referência na assistência extramural.

O desenvolvimento da Colônia de Engenho de Dentro ao longo das duas primeiras gestões evidencia uma transformação significativa, de um modelo colonial inicial para uma instituição modernizada, com serviços diversificados e práticas de higiene mental. Embora a análise das políticas institucionais seja essencial para compreender essa trajetória, é nos dados socio-demográficos e nas histórias clínicas que se desvela a realidade cotidiana da Colônia. Esses documentos, que serão examinados a seguir, respondem a um desafio central da história da psiquiatria: investigar uma práxis clínica que nem sempre reflete os saberes ou paradigmas predominantes (Huertas, 2012, p. 150).

## A população internada em números (1911-1932)

Neste tópico, abordamos o funcionamento da Colônia de Alienadas por meio de uma análise quantitativa das características sociodemográficas e clínicas da população manicomial, levando em conta as diferenças nas administrações de Braule Pinto e Gustavo Riedel.

A análise dos *Livros de matrícula* revelou que, durante os oito anos da gestão de Braule Pinto, foram transferidas 1.314 mulheres do hospício para a Colônia. Nos 14 anos da gestão de Gustavo Riedel, ingressaram na Colônia 1.276 mulheres, tanto transferidas do HNA quanto pelos serviços anexos. A média de internações foi de 164,25 pacientes por ano na gestão de Braule Pinto, e de 91,14 por ano na gestão de Riedel, indicando uma queda significativa no número de ingressos durante o segundo período.

As transferências de pacientes foram mais intensas durante a gestão de Braule Pinto e nos primeiros quatro anos da administração de Riedel (1918-1921). No entanto, isso não significou uma redução na população da Colônia. Em 1921, a instituição alcançou a lotação de 500 pacientes. A partir de 1922, com a diminuição nas transferências, a população se estabilizou em torno desse número. Essa estabilidade pode ser atribuída ao poder administrativo de Riedel e às suas iniciativas de reorientação da assistência psiquiátrica, incorporando princípios da higiene mental. Na gestão de Braule Pinto, a lotação variou de 240 a 419 pacientes.

Durante os oito anos da gestão de Braule Pinto, as principais formas de saída de pacientes foram: transferência para o HNA (36%), óbito (30%), alta (16%), desligamento do quadro por não retorno no prazo estabelecido da licença médica (13%), transferência para a Colônia Juliano Moreira (CJM) (3%), transferência para o Instituto de Psiquiatria (IP) (1%) e desligamento por não recaptura no prazo legal de 15 dias após evasão (1%). Nos 14 anos da gestão de Gustavo Riedel, essas dinâmicas se modificaram: o desligamento por licença passou a representar 28% das saídas; a transferência para o HNA caiu para 26%, os óbitos para 23% e as altas para 9%. Já a transferência para a CJM subiu para 7%, o desligamento por evasão para 4%, a transferência para o IP para 2%, e 1% das saídas não foi registrado. A comparação entre os dois períodos revela mudanças significativas. As transferências para o HNA reduziram-se em dez pontos percentuais, acompanhadas por quedas de sete pontos nas altas e nos óbitos. Por outro lado, houve um

aumento de 15 pontos percentuais nos desligamentos por licença, além de acréscimos de três pontos nos desligamentos por evasão e de quatro pontos nas transferências para a CJM. Esses dados refletem uma transformação nas dinâmicas institucionais entre as duas gestões, com destaque para a maior frequência das licenças como via de saída durante a gestão de Riedel.

Um aspecto relevante da população da Colônia no período estudado é a mudança no perfil racial das pacientes, analisada tanto por gestões administrativas quanto por períodos temporais. Durante a gestão de Braule Pinto (1911-1918), as transferências de mulheres negras foram consistentemente superiores às de mulheres brancas. No primeiro ano, 62% das transferências do hospício eram de mulheres pardas e pretas, enquanto 38% eram brancas, refletindo uma preferência em direcionar mulheres negras para a Colônia. Ao longo dessa gestão, 59% das admissões correspondiam a mulheres de cor.

Com a chegada de Gustavo Riedel (1918-1932), observa-se uma mudança nesse padrão: o número de admissões de mulheres brancas aumentou, superando o de mulheres de cor na maioria dos anos. Exceções ocorreram apenas em 1919, 1920 e 1927, sendo que nos dois primeiros anos ainda vigorava a política de transferências estabelecida na gestão de Braule Pinto. Na gestão de Riedel, 55% das matrículas eram de mulheres brancas, indicando uma alteração no perfil racial das internas.

Quando analisamos os períodos temporais, de 1911 a 1921, há uma predominância de mulheres negras, com 63% das pacientes sendo pardas e pretas e 37% brancas. No período seguinte, de 1922 a 1932, essa proporção se inverte: 58% das pacientes eram brancas e 42% pardas e pretas, indicando um aumento gradual das internações de mulheres brancas na década de 1920. No total, considerando o período completo (1911-1932), a distribuição racial foi quase equilibrada: 52% das internas eram pardas e pretas – 728 (28%) pardas e 612 (24%) pretas –, enquanto 48% (1.233) eram brancas.

Esses dados revelam uma clara mudança no perfil racial da população da Colônia ao longo das duas gestões, mas é importante destacar que tal mudança parece estar mais relacionada ao contexto histórico e ao modelo de assistência psiquiátrica vigente em cada período do que a preferências ou políticas específicas de cada administração. Com relação ao modelo assistencial, na gestão do primeiro diretor, a Colônia era sinônimo de trabalho, ao menos na expectativa do MJNI. Na prática, porém, Braule Pinto enfrentou a falta de verbas para os recursos necessários à implementação das atividades agrícolas e pecuárias, o que inviabilizou seu pleno desenvolvimento.<sup>16</sup> Já na gestão de Gustavo Riedel, a instituição adotou práticas de higiene mental e passou por um processo de medicalização, com destaque para os novos serviços anexos. Embora Gustavo Riedel dispusesse de mais poder do que Braule Pinto para pressionar o HNA e, potencialmente, influenciar o perfil das pacientes enviadas à instituição, não há indícios de que tenha interferido nesse sentido.

Com base na documentação analisada, não podemos afirmar que houve um aumento na entrada de mulheres brancas no HNA, mas sim que houve uma maior transferência dessas mulheres para a Colônia. Observa-se um processo que parece seguir uma sequência: inicialmente, mulheres negras eram classificadas como loucas pela sociedade e encaminhadas ao hospício,

16 ARQUIVO NACIONAL (AN). Documentos do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Série Saúde – Clínica Médica – Hospitais – Clínicas etc. *Relatório do diretor Braule Pinto*. Is3 20. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 3 fev. 1916.

sendo posteriormente transferidas para a Colônia; mais tarde, esse movimento se intensificou com as transferências de mulheres brancas.

Uma análise das histórias clínicas, aliada a uma investigação mais aprofundada sobre os verdadeiros solicitantes das internações, muitas vezes ocultos pelas instituições responsáveis por oficializar o processo, é essencial para compreender essa dinâmica. Em seguida, examinaremos essas instituições para entender como essas tendências evoluíram ao longo do tempo.

Nos *Livros de matrícula* da Colônia de Engenho de Dentro, entre os diversos campos a serem preenchidos, havia uma distinção importante entre a procedência das pacientes e a instituição responsável pela internação. A procedência indicava o local ou a instituição de onde a paciente era encaminhada antes de ser admitida, enquanto a instituição internante era aquela que formalizava o pedido de internação.

A análise dos dados indica que a maioria das pacientes tinha procedência de instituições policiais e criminais, correspondendo a 75% dos casos. Outras origens incluíam a Santa Casa (6%), o Juizado de Menores e outras instituições voltadas para menores (3%), e a própria Colônia de Engenho de Dentro, em casos de internações solicitadas pelo diretor da instituição ou pelos chefes dos serviços anexos (3%). Pacientes também eram encaminhadas por instituições médicas e assistenciais (2%), pelo HNA, onde eram “apresentadas” por particulares, geralmente familiares (1%), e de diferentes estados e localidades, como Espírito Santo, Minas Gerais e Santa Cruz, no Rio de Janeiro (1%). Em 8% dos casos, não havia registro de procedência nos *Livros de matrícula*.

Ao examinar as instituições internantes, constatamos que quase 90% das pacientes admitidas na Colônia de Engenho de Dentro foram internadas por instituições policiais. As demais internações foram realizadas pelo diretor-geral da Assistência a Alienados (3%), pelo diretor da própria Colônia de Engenho de Dentro (3%), pelo Juizado de Menores e outras instituições para menores (3%) e por outras instituições médicas e assistenciais (1%). Pacientes internadas pela Santa Casa, pelo governo de outros estados, pela Prefeitura do Distrito Federal, apresentadas no HNA e aquelas cujo registro da instituição internante não foi encontrado representaram menos de 1% do total.

A análise demonstra que a assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro era mediada pela Polícia do Distrito Federal, que desempenhava um papel central na formalização das internações. Instituições como a Santa Casa apareciam frequentemente como origem das pacientes, mas tinham menor peso como internantes, devido à prerrogativa da polícia de solicitar os encaminhamentos para o HNA. A taxa de internação pela polícia é 15% superior à de procedência policial, refletindo seu controle social sobre quem deveria ser internado, especialmente em casos de desordem pública e indigência. Nos casos em que as famílias possuíam recursos, podiam solicitar a internação diretamente como pensionistas, mas, para a maioria, o acesso dependia da intermediação policial. A polícia encaminhava os indivíduos suspeitos de alienação mental ao Pavilhão de Observação, consolidando-se como o principal meio de ingresso ao sistema de assistência psiquiátrica e garantindo o acesso dos pacientes não pagantes.

Diante desse contexto, investigamos o papel de familiares e empregadores de domésticas nas internações femininas. Para o primeiro grupo, analisamos 109 casos, que resultaram em 136 internações, considerando que 22 pacientes passaram por múltiplas admissões. Para o segundo, examinamos 24 casos. Essas amostras foram obtidas a partir da análise das procedências e das

observações médicas, que permitiram identificar os verdadeiros solicitantes das internações, ou seja, aqueles que recorreram a instituições capacitadas para viabilizar o processo. Observamos que, em 79% dos casos envolvendo familiares e em 92% dos casos referentes a empregadas domésticas, a polícia atuou como intermediária na formalização da internação.

Quanto ao perfil dos internantes, identificou-se que, entre as mulheres internadas por familiares, 60% dos pedidos foram feitos por parentes homens e 29% por mulheres. Além disso, 11% das internações foram voluntárias. No caso das trabalhadoras domésticas, 63% das internações foram promovidas por patroas, 29% por patrões e 8% por ambos. Em relação à cor das pacientes internadas por familiares, 74% eram brancas, 17% pardas e 7% pretas. Já entre as trabalhadoras domésticas, 54% eram pretas, 29% pardas e 17% brancas.

Em resumo, as mulheres brancas foram internadas predominantemente pela família (74%), enquanto as mulheres negras foram majoritariamente internadas por patrões (83%), refletindo as dinâmicas de controle social e racial. Destaca-se ainda o protagonismo dos homens nas decisões de internação de mulheres por parte da família, representando 60% dos casos, e das patroas nas internações de trabalhadoras domésticas, responsáveis por 63% dessas internações. Esses dados corroboram a análise de Graham, que destaca que, embora a autoridade masculina abrangesse todos os membros da casa, eram as esposas que assumiam a supervisão direta das criadas e o controle do trabalho doméstico (Graham, 1992, p. 24, 63-65).

A alta taxa de internação de mulheres brancas por seus familiares pode ser explicada pela influência do ideal de domesticidade e virtuosidade feminina, mesmo entre mulheres pobres. Carla Pinsky observa que, no início do século XX, esperava-se que as mulheres seguissem normas de casamento e maternidade (Pinsky, 2013, p. 470-471), embora essas normas fossem difíceis de cumprir para aquelas que precisavam trabalhar e circular pela cidade (p. 475). Mesmo entre grupos negros organizados, houve certa adesão a esses preceitos, em busca de maior aceitação social (p. 474-475).

Em contraste, a menor taxa de internação de mulheres negras por seus familiares parece estar ligada às especificidades do contexto racial e econômico. Mulheres negras e mestiças enfrentavam um padrão de moralidade menos rígido em relação à castidade, devido às dificuldades econômicas e ao racismo (Soihet, 2004, p. 368). Muitas eram vistas como “não feitas para casar”, o que reduzia a pressão para se adequarem ao ideal burguês de submissão feminina. Nepomuceno aponta que mulheres de cor eram frequentemente estigmatizadas como portadoras de uma “sexualidade desenfreada” e “sensualidade exacerbada” (Nepomuceno, 2013, p. 404). O ditado popular “branca para casar, mulata para fornicar, negra para trabalhar” reflete esses estereótipos e reforça a ideia de que essas mulheres não se enquadravam no ideal de feminilidade hegemônico.

Além disso, a posição econômica das mulheres negras reforçava sua independência. Muitas chefiavam lares sem a presença masculina, assumindo o sustento da casa e enfrentando menor submissão em comparação às mulheres brancas (Nepomuceno, 2013, p. 383). A exclusão do mercado de trabalho formal impactava mais severamente os homens negros, tornando as mulheres as principais provedoras (p. 386-387). Fora do mercado formal, essas mulheres transformavam suas casas em unidades de produção e criavam arranjos familiares improvisados para garantir a sobrevivência (p. 406). Além disso, muitas enfrentavam batalhas judiciais pela guarda dos filhos, frequentemente desqualificadas como mães, enquanto suas crianças eram vistas pelo sistema como trabalhadores potenciais (Ariza, 2017, p. 417-418).

Após analisar as internações feitas por familiares, em sua maioria de mulheres brancas, é necessário discutir aquelas promovidas por patrões e patroas de trabalhadoras domésticas, em sua maioria pardas e pretas (83%). Para essas mulheres, o trabalho doméstico era uma das poucas opções de sustento, mas também um espaço de constantes tensões. As histórias clínicas mostram conflitos frequentes, com resistência das empregadas e retaliações dos patrões, além do uso das internações psiquiátricas como forma de punir ou afastar empregadas consideradas desobedientes, evidenciando o controle privado exercido pelos empregadores.

No contexto do Rio de Janeiro entre 1890 e 1920, Flávia Souza (2022) analisa a chamada “crise dos criados” ou “questão da famulagem”, fenômeno que emergiu após a abolição da escravidão com o enfraquecimento do controle patriarcal. Segundo a autora, nesse período os empregadores enfrentaram dificuldades para manter a submissão das empregadas, que passaram a manifestar maior autonomia, resistindo a jornadas exaustivas, exigindo melhores condições salariais e trocando de patrões (Souza, 2022, p. 309). Para Souza, essa crise reflete as transformações nas relações sociais e os conflitos decorrentes do avanço do mercado de trabalho assalariado (p. 309).

Em resumo, embora por trajetórias e motivos diferentes, tanto mulheres brancas quanto pardas e pretas foram internadas na Colônia de Engenho de Dentro entre 1911 e 1932. Como vimos, as internações de mulheres negras prevaleceram na década de 1910, reflexo também de internações realizadas no HNA nas duas primeiras décadas após a abolição, enquanto o número de mulheres brancas aumentou significativamente a partir dos anos 1920.

As internações de mulheres negras estavam frequentemente associadas à sua presença marcante nos espaços públicos, adotando comportamentos e crenças que contrastavam com o modelo burguês em implantação, como a prática do espiritismo, além das condições precárias de trabalho. Nepomuceno (2013) observa que essas mulheres, ao contrário do ideal feminino da época, ocupavam espaços públicos, desafiando a imagem de civilidade que a elite republicana tentava impor, o que resultava em maior repressão e controle por parte das autoridades (p. 383). Além disso, as transformações nas relações de trabalho, influenciadas pela transição do trabalho escravo para o trabalho livre e pela desfiliação social (Castel, 1998), contribuíram para essas internações. Como ressalta Henrique Espada Lima (2005), “liberdade de trabalho” não equivale a “direito ao trabalho”, algo evidente em diversas histórias de internação dessas mulheres, mas mais marcante nas internações motivadas por patrões e patroas ou por decisão própria. Em seguida, apresentaremos dois exemplos de pacientes pretas internadas pela polícia, cujas histórias destacam os aspectos discutidos.

O caso de Felisbina Andrade<sup>17</sup> ilustra os contrastes com o modelo burguês e eurocêntrico. Mulher preta, doméstica, solteira, de 25 anos e sem instrução, foi internada no HNA pela polícia em 1909 e novamente em 1910, sendo transferida para a Colônia em 1911, com diagnóstico de alcoolismo. Segundo Plínio Olinto, a causa seria “o álcool em um terreno já degenerado”. Na anamnese, Felisbina negava estar 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?’”. Relatou “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 que, da segunda vez, “foi presa porque

17 N. 63, Livro 1 de Observação.

já tinha estado uma vez na polícia e, assim sendo, por qualquer coisa as guardas prendem e levam". Esses relatos ilustram a repressão às religiões populares e o controle das mulheres das classes populares. Felisbina foi descrita como uma paciente "robusta, de apresentação calma, mas com maus hábitos e costumes grosseiros". Na Colônia, trabalhou na limpeza e na cozinha, mas reclamava por não receber pagamento, expressando desejo de sair para encontrar emprego.

O exemplo de Luiza Palmeira<sup>18</sup> aponta para os impactos da transição do trabalho escravo para o trabalho livre. Mulher preta, solteira, cozinheira de 46 anos, natural de Pernambuco, foi internada no HNA pela polícia em 1909 e, em 1911, transferida para a Colônia, com diagnóstico de psicose maníaco-depressiva. Relatou ao médico Plínio Olinto "que sua patroa deixou-lhe de pagar os salários, pelo que resolveu buscar pelos seus direitos, subindo para a rua e vindo até o Hospital, viajando a pé, passando fome, através de matagais etc.". Dizia que era rica, "empregada do governo", e que "na Colônia estava em sua casa", mas acreditava que "queriam lhe roubar". No exame, Olinto observou fisionomia severa, agitação, delírios de grandeza e de perseguição, destacando que Luiza afirmava ser "escrava só de Deus e a ninguém obedece". Essa fala sugere uma ruptura com antigos laços de subordinação e uma afirmação de autonomia diante das práticas ainda impregnadas de servidão, especialmente no trabalho doméstico. Conforme Flávia Souza, as reivindicações por melhores salários entre ex-escravizados revelam um "aumento do poder de barganha", sendo vistas como formas de resistência às estruturas patriarcais (Souza, 2022, p. 304-305). Embora não possamos confirmar se os salários de Luiza realmente não foram pagos, esse tipo de disputa era recorrente nos conflitos que permeavam as relações de trabalho doméstico da época.

Por sua vez, as internações de mulheres brancas frequentemente tinham origem em conflitos intrafamiliares, fundamentados nos princípios de defesa da honra familiar, que exigiam delas o cumprimento do papel de filha obediente, irmã de boa reputação, esposa submissa e mãe e dona de casa exemplares. Solteironas e viúvas eram consideradas problemáticas, pois não se adequavam a esses ideais. O novo modelo de mulher – mãe, esposa e dona de casa, a "rainha do lar" – que ganhou força na década de 1920, afetou especialmente as mulheres brancas, pressionando-as a se conformarem a esse modelo rígido (Pinsky, 2013, p. 472-478). Um exemplo claro disso é o caso de duas mulheres que foram internadas pelo próprio irmão.

Elisa e Amélia Abreu, irmãs brancas, solteiras e brasileiras, foram internadas no HNA pela Repartição Central da Polícia em janeiro de 1924 e transferidas para a Colônia em março do mesmo ano. Elisa, de 46 anos, era costureira, enquanto Amélia, de 54 anos, foi registrada como professora. Ambas receberam o diagnóstico de parafrenia e seguiram o mesmo tratamento: "costura e *open-door*", com prognóstico desfavorável. Elisa relatou que os pais haviam falecido de arteriosclerose e mencionou maus-tratos em casa, afirmando que "quando estava agitada era amordaçada e coagida a permanecer imóvel" e que sua internação foi resultado do "capricho de um seu irmão que se queria ver livre dela e de sua irmã". O médico Plínio Olinto descreveu Elisa como calma e cuidadora, mas desconfiada, interpretando essa desconfiança como dissimulação dos distúrbios mentais, sem levar em conta os abusos relatados.

Amélia também relatou problemas familiares e mencionou ter passado pela Colônia de Barbacena e pelo HNA. Plínio Olinto a descreveu como calma e dedicada ao piano, embora com tendência ao isolamento e a monólogos. Ambas faleceram na Colônia: Amélia em 1928, após

18 N. 28, Livro 1 de Observação.

4 anos de internação; e Elisa em 1935, após mais de 10 anos. Diferentemente da maioria das pacientes diagnosticadas com parafrenia, que em geral apresentavam delírios e alucinações, as irmãs não exibiam esses sintomas, mas persistiam em denunciar a hostilidade familiar. O diagnóstico severo de parafrenia parece ter sido usado como uma forma de desqualificar suas queixas e silenciar suas vozes.

Os casos analisados mostram como as internações de mulheres, no contexto das transformações sociais da Primeira República, não refletiam apenas diagnósticos médicos, mas também as desigualdades de raça, classe e gênero. Mulheres negras, como Felisbina Andrade e Luiza Palmeira, enfrentavam repressão policial, vigilância dos patrões e práticas que remetiam à servidão, enquanto mulheres brancas, como Elisa e Amélia Abreu, eram pressionadas por rígidas expectativas familiares e conflitos intrafamiliares que as tornavam vulneráveis. Embora esses casos não representem uma regra absoluta, eles revelam um padrão recorrente nas internações da Colônia. Além disso, o fato de a maioria das mulheres internadas pertencer às classes populares indica que muitas, independentemente de origem ou cor, estavam sujeitas à pobreza e à vulnerabilidade social.

Após examinar a composição racial e o perfil das pacientes brancas, pardas e pretas internadas na Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, e apresentar os dados referentes as procedências e instituições internantes bem como discutir as principais motivações de suas internações, voltamos agora para outros marcadores sociais presentes nos documentos clínicos e nos *Livros de matrícula* da instituição. Nesta nova etapa da análise, abordaremos as variáveis de nacionalidade, estado civil, idade e ocupação das pacientes, aspectos que revelam nuances importantes sobre a origem das pacientes, suas condições de vida e os contextos sociais que influenciaram suas experiências de internação.

Começando pela nacionalidade, observa-se que, entre as mulheres internadas na Colônia de Engenho de Dentro, 86% eram brasileiras e 14% estrangeiras.<sup>19</sup> Dessas, 8% eram portuguesas, 2% italianas, 2% espanholas e 1% russas, totalizando pacientes de pelo menos 21 países diferentes. A análise dos documentos clínicos da Colônia de Engenho de Dentro revelou que a maioria das imigrantes – majoritariamente portuguesas, italianas e espanholas – foi internada por motivos semelhantes aos das brasileiras, especialmente as brancas. Essas estrangeiras, assim como as nacionais, eram frequentemente levadas ao hospício por iniciativa da família, devido às rígidas expectativas de gênero e ao controle de comportamentos considerados inadequados para mulheres.

Embora a violência de gênero atingisse mulheres de diferentes etnias e classes sociais, o período puerperal emerge como um momento em que a interseccionalidade entre gênero e condição de migrante se torna particularmente evidente. Durante a gravidez, o parto e o pós-parto, muitas mulheres – brasileiras e estrangeiras – foram internadas, mas, para as imigrantes (sobretudo portuguesas, italianas e espanholas), a situação era agravada pela própria condição de estrangeiras, que enfraquecia suas redes de apoio e aumentava o risco de abandono. Nesses casos, a migração atuava como fator adicional de vulnerabilidade social, ainda que essas mulheres estivessem, em geral, integradas cultural e linguisticamente ao cotidiano urbano do Rio de Janeiro. No caso das italianas, contudo, essa integração nem sempre era plena, como sugerem alguns prontuários.

19 A informação sobre a nacionalidade de sete pacientes não consta nos registros.

Já em outros casos, a condição de imigrante não se somava apenas às expectativas de gênero, mas operava como elemento central na internação, sobretudo entre mulheres cuja origem estrangeira implicava maiores barreiras de adaptação cultural, linguística ou política. O peso específico da condição imigrante se destaca nas internações de russas, sírias e alemãs, cujas histórias clínicas evidenciam obstáculos como dificuldades de comunicação, choque cultural e até perseguição política. Nesses contextos, o ser estrangeira não apenas agravava vulnerabilidades de gênero, mas assumia papel determinante, acentuando a marginalização e contribuindo diretamente para o processo de psiquiatrização.

Após analisar a nacionalidade das pacientes, é pertinente examinar o estado civil das internadas, aspecto que revela nuances importantes sobre sua condição social e relações afetivas. A maioria das pacientes era solteira (52%), seguida pelas casadas (27%), viúvas (15%) e aquelas cujo estado civil era ignorado ou não informado (6%).

Quando consideramos a variável cor/raça, surgem diferenças significativas. Entre as mulheres brancas, 44% eram solteiras, 35% casadas, 16% viúvas e 5% tinham o estado civil ignorado. Entre as mulheres pardas, a maioria também era solteira (56%), seguida pelas casadas (24%), viúvas (15%) e, novamente, 5% sem informação. No grupo das mulheres pretas, os percentuais de solteiras eram ainda mais elevados, alcançando 65%, enquanto as casadas correspondiam a 15%, as viúvas a 14% e aquelas sem informação a 6%. Esses dados sugerem que o casamento era menos frequente entre as mulheres pardas e pretas, enquanto as mulheres brancas estavam mais presentes no grupo das casadas.

Ao comparar as gestões de Braule Pinto e Gustavo Riedel, observa-se um aumento no número de mulheres casadas durante a administração de Riedel. Esse crescimento está diretamente relacionado ao aumento da presença de mulheres brancas, que tinham uma propensão maior ao casamento em relação às pardas e pretas. Assim, a mudança no perfil racial e de estado civil das pacientes está interligada, evidenciando uma transformação significativa na composição das internas durante a gestão de Riedel.

No entanto, é importante fazer uma ressalva metodológica: as estatísticas apresentadas baseiam-se nos registros dos *Livros de matrícula* e de *Observações clínicas*, que muitas vezes não refletiam a realidade dessas mulheres, cujas vivências frequentemente escapavam ao modelo de casamento formal (Soihet, 2004, p. 367-368; Pinsky, 2013, p. 479). Embora não houvesse registros de uniões consensuais, muitas delas – casadas, viúvas ou solteiras – podiam viver em uniões informais ou “uniões livres”, como revelam as histórias clínicas.

A análise etária das pacientes mostrou que 79% tinham entre 15 e 44 anos, com 44% na faixa de 15 a 29 anos e 35% entre 30 e 44 anos. As faixas mais representativas foram as de 25 a 29 anos (17%) e 20 a 24 anos (16%). As internas de 15 a 19 anos correspondiam a 11%, e a partir dos 45 anos, os percentuais caíam progressivamente. Apenas 2% eram menores de 14 anos, enquanto 1% tinha idade acima de 65 anos e 1% não tinham a idade registrada. Esses dados indicam uma predominância de pacientes jovens, refletindo a preferência por mulheres em idade produtiva, aptas para a praxiterapia e selecionadas pelo HNA para a Colônia.

O levantamento das ocupações das pacientes revela uma distribuição concentrada e restrita, com cerca de 80% delas classificadas sob o termo “domésticas”. Esse termo podia se referir tanto a donas de casa quanto a trabalhadoras domésticas, refletindo a expectativa social de que

todas as mulheres fossem naturalmente voltadas ao lar e ao cuidado. Embora não seja possível diferenciar totalmente esses dois grupos, a análise sugere que, considerando a classe social e o recorte racial – com 52% das pacientes sendo pardas e pretas – é provável que a maioria das pacientes desempenhasse ou tivesse desempenhado atividades laborais em algum momento de suas vidas. Em 16% dos casos, a ocupação era ignorada ou não registrada, 2% não tinham profissão, e apenas 1% era descrita como cozinheira. As demais profissões, que representavam menos de 1% do total, incluíam tanto ocupações relacionadas ao trabalho doméstico, como serviçais, criadas, lavadeira, copeira e costureira, quanto outras ocupações, como trabalhadora na lavoura, professora, operária, chapeleira, florista, artista, colegial, asilada e irmã de caridade.

A partir deste ponto, realizarei uma análise aprofundada dos diagnósticos das pacientes admitidas na Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro. A maioria delas havia sido previamente atendida em duas instituições de renome: o Pavilhão de Observação e o HNA, com uma pequena parcela vindo diretamente dos serviços anexos de higiene mental. Nessas instituições, os médicos realizavam os primeiros atendimentos e registravam os diagnósticos iniciais, que acompanhavam as pacientes quando eram transferidas para a Colônia. Entre 1911 e 1932, foram admitidas 2.590 pacientes, com mais de trezentos diagnósticos distintos. Curiosamente, apenas uma paciente não teve o diagnóstico registrado no livro de matrícula, o que sugere que não trouxe consigo uma formulação diagnóstica do HNA.

No entanto, a análise comparativa entre os registros de chegada e os *Livros de observação* da Colônia revelou que, em cerca de 5% dos casos, os diagnósticos foram revisados e alterados pelos médicos da instituição. Dessas alterações, aproximadamente 33% ocorreram dentro do mesmo grupo diagnóstico, como, por exemplo, ajustes de alcoolismo para psicose alcoólica. Um exemplo notável – mais representativo do que expressivo em números – dessas revisões foi o problema do diagnóstico diferencial entre demência precoce e psicose maníaco-depressiva. Esse era um problema diagnóstico central na psiquiatria do final do século XIX e início do XX. Embora os sintomas superficiais pudessem ser semelhantes, a evolução dos quadros era bastante distinta: a demência precoce era vista como uma condição degenerativa e irreversível, enquanto a psicose maníaco-depressiva apresentava episódios cíclicos, com possibilidade de remissão, como observou o médico Plínio Olinto em seu artigo sobre o tema (Olinto, 1911).

Esse contexto reflete a transição da influência francesa para a germânica na prática psiquiátrica da época. Embora os diagnósticos das pacientes mais antigas do HNA seguissem inicialmente a nosografia francesa, a influência das classificações alemãs, especialmente as de Emil Kraepelin,<sup>20</sup> tornou-se predominante. A tradição francesa, liderada por Philippe Pinel e Jean-Étienne Esquirol, enfatizava a observação clínica e o tratamento moral, focando a diversidade das manifestações da loucura (Novella; Huertas, 2010; Berrios, 2012; Conseglieri Gámez, 2013; Golcman, 2015). Em contraste, Kraepelin introduziu uma abordagem sistemática, dividindo as psicoses em demência precoce e psicose maníaco-depressiva, estabelecendo uma nosologia rigorosa que dominou a psiquiatria europeia e influenciou profundamente o Brasil (Birman, 2010).

20 Emil Kraepelin (1856-1926), graduado em medicina em 1878, especializou-se em psiquiatria enquanto atuava como alienista na Alemanha. Em 1883, lançou o *Compêndio de psiquiatria*, que, a partir de 1887, foi renomeado *Psiquiatria: um manual para estudantes e médicos*. A obra teve nove edições entre 1883 e 1927, tornando-se amplamente influente e reconhecida, especialmente a partir da sexta edição, em 1899, devido às traduções e adaptações que se disseminaram internacionalmente (Oda, 2010, p. 320).

Em 1908, uma comissão liderada por Juliano Moreira e outros especialistas elaborou a primeira classificação psiquiátrica brasileira, publicada em 1910, consolidando a adoção dos modelos kraepelinianos e sugerindo que as psicopatologias eram universais e que as classificações europeias poderiam servir como referência para a realidade brasileira (Venancio; Carvalho, 2005, p. 155-156).

Para compreender melhor os padrões diagnósticos na Colônia de Engenho de Dentro, adotamos uma metodologia quantitativa, tabulando e analisando estatisticamente os registros clínicos. O estudo foi dividido em duas etapas principais: a análise das pacientes com diagnóstico único, que totalizou 2.221 casos (86%), e a análise das pacientes com múltiplos diagnósticos, variando de dois a quatro, somando 369 casos (14%) e 773 ocorrências diagnósticas. A análise dos diagnósticos principais destacou a prevalência de grupos específicos, focando as condições mais recorrentes e evitando distorções que poderiam surgir de uma abordagem quantitativa que misturasse pacientes com diagnósticos únicos e aquelas com até quatro diagnósticos.

Considerando os 12 grupos de diagnósticos únicos estabelecidos, o mais frequente foi o de loucura ou psicose maníaco-depressiva/periódica<sup>21</sup> (30%), seguido pelos grupos das oligofrenias (debilidade mental, imbecilidade, idiotia e oligofrenia) e das esquizofrenias (demência precoce, esquizofrenia e parafrenia),<sup>22</sup> ambos com 14%. Em quarto lugar, aparecem os diagnósticos relacionados ao uso abusivo de álcool (alcoolismo, psicose alcoólica e delírio alcoólico), com 12%. Em quinto, está o grupo da epilepsia (10%). Os diagnósticos restantes incluem: diagnósticos senis (4%), diagnósticos de confusões mentais e psicoses infecciosas e autotóxicas (3%), delírio episódico (3%), histeria (3%), degenerações (2%), diagnósticos relacionados à sífilis (2%) e, por fim, outros diagnósticos (2%).<sup>23</sup>

A partir dos dados dos diagnósticos únicos, realizamos também uma análise com recorte racial. Os resultados revelam diferenças significativas na distribuição dos diagnósticos, evidenciando padrões raciais na prática médica. As pacientes brancas foram, em sua maioria, diagnosticadas com loucura ou psicose maníaco-depressiva/periódica (60%) e esquizofrenias (54%), sugerindo uma tendência a classificá-las com transtornos mentais mais complexos e de longo prazo.

21 As formas mais frequentes de psicose maníaco-depressiva foram, respectivamente, a maníaca, a depressiva e a mista.

22 Na demência precoce, prevaleceram as formas catatônica e histeroide; na esquizofrenia, predominou a forma paranoide. O diagnóstico de demência precoce foi utilizado de 1911 até 1928, enquanto o de esquizofrenia passou a ser adotado a partir de 1919. Entre 1919 e 1928, observa-se uma sobreposição desses diagnósticos, possivelmente refletindo tanto o uso intercambiável quanto as divergências nas práticas diagnósticas entre os psiquiatras.

23 Os diagnósticos senis abrangem condições relacionadas ao envelhecimento e ao declínio cognitivo, incluindo demência (tanto senil quanto pré-senil), arteriosclerose, esclerose cerebral e psicose (pré-senil e de involução). Já as confusões mentais e as psicoses infecciosas e autotóxicas englobam uma variedade de diagnósticos, os quais são geralmente classificados conforme sua origem: hormonais (como confusão mental pós-parto, menopausa, insuficiência ovariana, psicose autotóxica ovariana, tireógena e catamenial), infecciosas (como gripe, febre amarela, tuberculose e pós-variólica), metabólicas (como confusão mental astênica e urêmica) e tóxicas. O grupo das degenerações, por sua vez, inclui condições como estado atípico, degeneração inferior, mental e psíquica. Por fim, os diagnósticos relacionados à sífilis abrangem sífilis cerebral, paralisia geral, sífilopsicose, psicose sífilítica e sequelas tabiformes da encefalite letárgica.

Vale destacar que, nesse período, o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva frequentemente incluía aspectos dos ciclos femininos (menstruação, puerpério, menopausa) e estava associado aos papéis sociais de esposa, mãe e dona de casa, refletindo um ideal de feminilidade centrado nas mulheres brancas. Esse ideal era racializado e colocava as mulheres negras em uma posição marginal. Conforme argumenta Elsa Dorlin, o racismo estruturou essa concepção de feminilidade, relegando as mulheres racializadas à condição de “não mulher”, segundo padrões patriarcais e eurocêntricos. Assim, as mulheres brancas eram idealizadas como sensíveis e maternais, enquanto as mulheres negras eram estigmatizadas como lascivas e violentas (Dorlin, 2016, p. 257).

Adicionalmente, é interessante observar como o gênero atravessa a leitura médica dos sintomas, especialmente no caso da ambivalência. Gustavo de Rezende, o último médico observador da Colônia, dedicou atenção específica aos relatos de violência doméstica feitos pelas pacientes. Diferentemente de seus predecessores – que registravam a violência apenas como marcas físicas – Rezende passou a valorizar os impactos emocionais, interpretando-os como expressões de sofrimento psíquico. Nesse contexto, aplicou o conceito de ambivalência, originalmente formulado por Eugen Bleuler em 1911 como sintoma da esquizofrenia, para descrever quadros maníaco-depressivos em mulheres com histórico de violência. Um dos exemplos relatados foi o de uma paciente que se referia ao marido simultaneamente como “anjo” e “defunto” (ambivalência intelectual), além de afirmar que “gostava e desgostava” dele (ambivalência afetiva).

Em contraste com as pacientes brancas, as pacientes de cor apresentaram maior incidência de diagnósticos relacionados ao uso abusivo de álcool (81%), sífilis (62%), delírio episódico (58%), oligofrenias (56%) e confusões mentais e psicoses infecciosas e autotóxicas (54%). Os diagnósticos de uso abusivo de álcool (pardas, 33%; pretas, 48%) refletem estereótipos de comportamento desviante comumente atribuídos às mulheres de cor, influenciados por preconceitos acerca de seus estilos de vida e ocupações. Nas histórias dessas mulheres, há numerosos relatos mencionando o uso de álcool, tanto como forma de aliviar o cansaço físico quanto como recurso terapêutico para tratar dores e resfriados.

De forma semelhante, a alta prevalência de diagnósticos de sífilis entre pacientes de cor (pardas, 43%; pretas, 19%) evidencia a associação estabelecida pela medicina da época entre doenças venéreas e mulheres racializadas. Segundo Giulia Accorsi, mulheres mestiças e de classes populares eram frequentemente associadas à sífilis e à paralisia geral progressiva (PGP), uma vez que os médicos atribuíam essa prevalência à maior exposição dessas mulheres a contextos sociais considerados “marginais”, como a prostituição (Accorsi, 2020, p. 144; 164).

As oligofrenias (pardas, 33%; pretas, 23%) refletem, em parte, os preconceitos sobre a capacidade intelectual dessas mulheres, evidenciando um problema que o próprio Henrique Roxo, em seu *Manual de psiquiatria* (Roxo, 1938, p. 767), já apontava: a necessidade de diferenciar deficiência intelectual de falta de instrução. Contudo, essa distinção raramente era considerada nas observações médicas, resultando em diagnósticos frequentes de oligofrenia para mulheres trabalhadoras com baixa ou nenhuma escolaridade.

Roxo também discute o diagnóstico de delírio episódico, ou “delírio episódico dos degenerados”, utilizado para descrever quadros clínicos com episódios delirantes que não se encaixavam nas categorias tradicionais de psicose crônica ou demência precoce (Roxo, 1938, p. 741-752). A prevalência desse diagnóstico entre pacientes pardas (29%) e pretas (29%) pode refletir a

influência das teorias de degenerescência, que associavam uma maior propensão a doenças mentais a certos grupos raciais e sociais, especialmente pessoas de cor e indivíduos das classes populares, devido à ideia de uma suposta inferioridade biológica.

Os diagnósticos de confusão mental – especialmente as psicoses infecciosas e autotóxicas, mais frequentes entre pacientes pardas (33%) e pretas (21%) – parecem refletir a maior exposição dessas mulheres racializadas a condições de vida precárias e a doenças infecciosas. Amparando-se na tradição da psiquiatria francesa do fim do século XIX, o médico brasileiro Roxo (1938, p. 241) recorre aos estudos de Philippe Chaslin (1857-1923) para descrever a confusão mental como um quadro agudo, marcado por sintomas somáticos (como desnutrição) e pelo rebaixamento das capacidades intelectuais. Partindo dessa perspectiva, e buscando sistematizar essas ocorrências em uma nomenclatura própria, na Classificação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria (1910), propõe uma definição ampliada do termo, incluindo tanto as psicoses infecciosas quanto as autotóxicas.

Alguns diagnósticos apresentaram distribuição quase igual entre pacientes brancas e de cor, como histeria (51% brancas), epilepsia (50% brancas), senis (49% brancas) e degenerações (49% brancas). Essa equivalência sugere um viés menor nessas condições, indicando uma avaliação mais uniforme entre os grupos raciais. Algumas hipóteses podem ser levantadas a partir disso. A prevalência de diagnósticos de degeneração entre pacientes de cor (28% pardas; 23% pretas) pode ter sido influenciada pela inclusão de um número significativo de jovens brancas classificadas como “degeneradas atípicas”.

No caso da histeria (33% pardas; 33% pretas), esperava-se uma prevalência superior a 1% entre as pacientes brancas, uma vez que, historicamente, a histeria era vista como uma doença feminina e, como discutido, as mulheres de cor eram consideradas “não mulheres”. No entanto, o que se observa é que, ao se desviarem de um padrão específico de feminilidade, tanto as mulheres brancas quanto as de cor podiam ser rotuladas como histéricas. Ademais, com Kraepelin, a histeria passou a ser associada à hipótese de degeneração (Nunes, 2010, p. 383), o que pode ter influenciado essa distribuição. Assim, algumas características atribuídas à histeria coincidem com estereótipos raciais da época, nos quais as mulheres de cor eram frequentemente descritas como irritáveis e provocadoras. Sintomas como dificuldades para andar, incluindo paralisias, também eram relatados. Um exemplo é o caso de Rosalina de Jesus<sup>24</sup> (preta), que percorreu cerca de 500 quilômetros a pé, de Vitória até Niterói. Exausta, foi encaminhada para a Santa Casa e, posteriormente, para o HNA em 1919, onde recebeu o diagnóstico de astasia-abasia histérica.

A epilepsia, por sua vez, emergiu como um grave problema de saúde pública no período, afetando mulheres de diferentes perfis e sendo motivo de internação por uma diversidade de responsáveis. Nesse sentido, destacou-se como um dos transtornos mentais mais “democráticos” da Colônia. Da mesma forma, os diagnósticos senis também apresentaram essa ampla abrangência.

Ao analisar os casos com múltiplos diagnósticos, foi possível capturar as condições psiquiátricas predominantes entre as pacientes, oferecendo uma visão detalhada das patologias mais comuns e da abordagem diagnóstica da época. O diagnóstico mais frequente foi o de debilidade mental, com 18%, seguido por alcoolismo e psicose maníaco-depressiva, ambos com 14%. A epilepsia representou 10%, enquanto histeria e síndrome histeroide apareceram com 6,5%

24 N. 1.491, Livro 12 de Observação.

cada. Outros diagnósticos significativos incluem esquizofrenia (6%) e degeneração (4%). Por sua vez, os diagnósticos relacionados a condições de confusão mental e senilidade somaram 3% cada. Sífilis e delírio episódico foram diagnosticados em 2% das pacientes, enquanto condições como excitação maníaca, síndrome paranoide, demência e personalidade psicopática representaram 1% cada. A categoria “outros” também se destaca, com 6%, indicando a diversidade de diagnósticos que não se enquadraram nas categorias principais. A alta incidência da síndrome histeroide como diagnóstico secundário revela uma diferenciação entre a verdadeira e a falsa histeria, evidenciando uma reconfiguração das concepções psiquiátricas da época.

Muitas das pacientes transferidas para a Colônia de Engenho de Dentro haviam recebido, no HNA, o diagnóstico de histeria ao longo da década de 1900. Contudo, ao chegarem à Colônia a partir de 1911, o diagnóstico frequentemente já aparecia alterado para loucura/psicose maníaco-depressiva ou psicose periódica. Essa mudança é claramente evidenciada na documentação clínica da Colônia, que, em alguns casos, incluía prontuários do HNA ou transcrições desses registros, permitindo identificar que essas mulheres haviam sido previamente diagnosticadas como histéricas.

A partir de 1907, a expressão “síndrome histeroide” começou a ser empregada nos registros da Colônia, e, em 1909, a publicação do artigo *Histeria e síndrome histeroide*, escrito pelo neurologista Antônio Austregésilo (1876-1960), parece ter impulsionado a adoção dessa nova categoria diagnóstica. No artigo, Austregésilo propôs uma distinção entre a síndrome histérica (ou pitiática) e a falsa histeria (ou histeria sintomática), sugerindo o uso da expressão “síndrome histeroide” para designar manifestações que evocariam a histeria, mas que não apresentariam os “caracteres essenciais da nevrose”, como a sintomatologia de origem autossugestiva, curável apenas pela persuasão (pitiatismo), e a presença de acidentes primitivos (sintomas funcionais, como contraturas) e secundários (lesões decorrentes, como retrações tendinosas e atrofia muscular), conforme os critérios de Babinski (Austregésilo, 1909). No entanto, a partir de meados da década de 1920, a histeria voltou a predominar, e o uso da categoria “síndrome histeroide” praticamente desapareceu dos registros clínicos. É relevante observar que, nesse período, paralelamente à tímida “reabilitação” da histeria, a esquizofrenia passou a ser diagnosticada com maior frequência. Por sua vez, na década de 1930, o ataque histérico retornou de forma mais pronunciada à prática clínica, refletindo tanto a persistência do conceito quanto sua reinterpretação ao longo do tempo.

Como vimos, a loucura ou psicose maníaco-depressiva/periódica foi o diagnóstico único mais frequente (30%) e ocupa a terceira posição nos diagnósticos múltiplos, empatada com o alcoolismo (14%). A análise dos *Livros de matrícula* indica o uso desses três termos para descrever a mesma condição. Essa variação pode ser explicada pela transição gradual do conceito de “loucura” para “psicose” e pelo esforço em substituir a categoria de psicose maníaco-depressiva pela de psicose periódica, especialmente ao longo da década de 1910. A primeira mudança, conforme German E. Berrios (2012), reflete uma redefinição etiológica e fenomenológica do *delirium*, que contribuiu para a transformação das insanidades funcionais em psicoses. Já a predominância da expressão psicose periódica na Assistência Psiquiátrica do Distrito Federal parece estar relacionada à influência de Henrique Roxo, que preferia esse diagnóstico em vez de psicose maníaco-depressiva (Birman, 2010). Roxo exerceu papel importante como lente substituto (1904-1907, 1911-1921), catedrático da Clínica Psiquiátrica da FMRJ (1921-1945) e diretor do Pavilhão de Observação a partir de 1921 (Mathias, 2017).

A internação de mulheres rotuladas como maníaco-depressivas estava frequentemente associada a questões de casamento, maternidade e sexualidade, envolvendo temas como virgindade, fidelidade, viuvez e a exploração do trabalho doméstico. Nesse contexto, os lutos – pela morte de pais, filhos ou maridos – eram vistos como obstáculos ao cumprimento dos papéis tradicionais da mulher. A acusação de desleixo nas tarefas domésticas frequentemente vinha de maridos que, insatisfeitos com o que viam como falta de dedicação ao lar, rotulavam essas mulheres como mentalmente doentes e solicitavam sua internação. Entre os sintomas relatados pelos médicos, destacam-se desorientação, atenção móvel, logorreia, mutismo e crises de agitação psicomotora, que, embora registrados de forma objetiva e neutra, eram permeados pelas normas de gênero no âmbito da psiquiatria. Todos esses aspectos estavam profundamente entrelaçados com narrativas sobre honra, reputação e os rígidos papéis sociais impostos às mulheres.

Além disso, a psicose maníaco-depressiva era frequentemente interpretada pelos médicos – e, em alguns casos, também pelas próprias pacientes – sob a perspectiva dos ciclos femininos, como menopausa, puerpério e menstruação. Muitas mulheres com distúrbios mentais associados à gravidez e ao puerpério eram diagnosticadas como maníaco-depressivas, e não com psicose puerperal, evidenciando a preferência por essa categoria diagnóstica na Colônia. As pacientes frequentemente explicavam o início de sua enfermidade com base nas teorias psicopatológicas em voga na época, e o tema da menstruação é um exemplo particularmente revelador. Muitas mulheres relataram que adoeceram mentalmente devido a irregularidades menstruais, como dismenorreia e amenorreia, geralmente atribuídas a cuidados inadequados durante o período catamenial, quando acreditavam que o corpo exigia atenção especial. Essa percepção era reforçada por materiais educativos, como o folheto do Ambulatório Rivadávia Corrêa (1920), que recomendavam evitar mudanças bruscas de temperatura durante o período menstrual. Outras pacientes associavam sua enfermidade a congestões cerebrais provocadas por indigestões, enquanto algumas ligavam o desequilíbrio mental a doenças infecciosas. O receio da tuberculose e o medo do parto também habitavam o imaginário dessas mulheres, moldando suas narrativas sobre o adoecimento mental.

Além dessas explicações de ordem fisiológica e infecciosa, muitas pacientes também identificavam como fatores de adoecimento as “contrariedades domésticas” e os maus-tratos dos maridos, uma percepção que corrobora estudos recentes (Rivera-Garza, 2022; Golcman, 2022). Contudo, na Colônia de Engenho de Dentro, é interessante observar que várias internas não atribuíam diretamente seu processo de enlouquecimento à violência doméstica. Em vez disso, descreviam suas enfermidades como resultantes de causas espirituais, mencionando espíritos, feitiços, “macumba”, “quebranto”, e também inveja de outras mulheres. Essa atribuição pode ser interpretada como um efeito do patriarcado, que, ao fragmentar e obscurecer a experiência das mulheres, desloca a percepção da violência real para explicações espirituais e rivalidades entre mulheres. Privadas de discursos que nomeassem a opressão de gênero, muitas internas não tiveram acesso aos referenciais necessários para compreender e expressar a violência sofrida.

A partir daqui, discutiremos as práticas terapêuticas e laborais na Colônia de Alienadas, destacando as desigualdades internas e as formas de adaptação e resistência das pacientes ao contexto institucional.

Ao analisar os registros médicos, observou-se que apenas 46% mencionavam a aplicação de algum tratamento.<sup>25</sup> Entre as pacientes tratadas, 66% receberam *open-door* (sistema de portas abertas proporcionando uma ilusão de liberdade às pacientes), 14% clinoterapia (descanso no leito), 10% farmacoterapia e 9% balneoterapia (duchas frias ou quentes). Outras modalidades de tratamento incluíam isolamento, Assistência Heterofamiliar, reintegração familiar, cuidados higiênicos, desintoxicação lenta, dieta láctea e regime alimentar reconstituente. A prescrição de medicamentos foi registrada em apenas 10% dos casos, sendo os principais fármacos utilizados: sedol (4%), luminal (3%), dormiol (1%) e apomorfina (1%). Foi somente em 1936 e 1937, respectivamente, que os tratamentos de choque hipoglicêmico e convulsoterapia passaram a ser adotados na instituição de Engenho de Dentro.<sup>26</sup>

Com base nos dados preenchidos sobre o campo “trabalho” (n=1.161), que representam 45% do total de pacientes, observa-se que 44% dessa amostra participou de atividades laborais, enquanto 56% não realizaram trabalho formal. Contudo, ao confrontar esses dados com as observações médicas, notamos que, muitas vezes, o campo indicava “nenhum trabalho” ou permanecia em branco, embora as histórias clínicas revelassem o envolvimento das pacientes em atividades laborais, especialmente em serviços domésticos e de limpeza. Diferentemente das tarefas agrícolas e das oficinas de bordado e costura, essas funções não contribuíam para a geração de receita na Colônia. Conforme analisam Melo e Thomé (2018), o trabalho doméstico tende a ser invisibilizado por não gerar renda direta. No contexto da instituição, essa perspectiva se confirma: a frequência com que os serviços domésticos e de limpeza realizados pelas pacientes deixavam de ser registrados evidencia não apenas a invisibilização, mas também a desvalorização do trabalho feminino, refletidas na própria dinâmica interna da instituição psiquiátrica.

Ao analisar a participação laboral, notamos que a proporção de pacientes consideradas “ativas” foi de 47% entre as brancas, 45% entre as pacientes de cor e 39% entre as estrangeiras. Em contrapartida, as taxas de “inativas” foram mais altas entre as estrangeiras (61%), seguidas pelas pacientes de cor (55%) e, por último, pelas nacionais brancas (53%). Esses dados sugerem que a recusa ao trabalho era mais frequente entre as estrangeiras e menos comum entre as pacientes nacionais brancas, em comparação com as pardas e pretas.

A fim de ilustrar essa tendência, apresentamos alguns exemplos de pacientes que se recusaram a participar da praxiterapia. Entre as estrangeiras, destacam-se dois casos. O primeiro é o de Delfina Machado,<sup>27</sup> uma portuguesa casada, de 39 anos, com pouca instrução, diagnosticada com psicose periódica. Delfina permaneceu internada por quase 11 anos e recusava-se a trabalhar, justificando que “para trabalhar, só em sua casa”. O segundo caso é o de Maria Camarano,<sup>28</sup> uma italiana casada, analfabeta e com 50 anos, que ficou na Colônia por duas décadas. Ela também resistiu ao trabalho, explicando que “não veio para aqui com tal fim”.

25 A análise estatística foi realizada com base em um conjunto de dados referentes ao tratamento de 1.193 pacientes, considerando, especificamente, o número total de intervenções terapêuticas realizadas (n=1.592).

26 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, 1942.

27 N. 543, Livro 2 de Observação.

28 N. 1.412, Livro 11 de Observação.

O último exemplo é o de Justina de Castro,<sup>29</sup> uma mulher preta, brasileira, solteira, analfabeta, de 20 anos, diagnosticada com epilepsia e alcoolismo. Internada na Colônia por quase quatro anos, Justina questionava o propósito da praxiterapia desde seu ingresso no HNA, afirmando que “não devia trabalhar porque havia sido internada para tratar-se”, conforme registrado na nota clínica do HNA. Em uma observação médica escrita por Waldemar de Almeida em 1919, consta que a paciente apresentava “caracteres étnicos próprios da mestiçagem” e uma “compleição forte”, mas, apesar dessas características, “não se adaptou ao trabalho, pois procura esquivar-se”.

A resistência ao trabalho, especialmente entre as mulheres que afirmavam que “para trabalhar, só em sua casa”, foi discutida pelo médico da Colônia, Plínio Olinto. Em seu artigo “Terapêutica ocupacional e orientação profissional”, publicado nos *Anais da Colônia de Psicopatas*, de 1929, Olinto observou que “das mulheres alienadas é muito difícil obter dedicação ao trabalho”, pois a maioria não aceitava a imposição com a mesma facilidade que os homens. Segundo Olinto, as mulheres se dedicavam ao lar por afeto e, ao perderem a razão e serem segregadas do ambiente familiar, sem alguém a quem dedicar seu trabalho, recusavam-se a trabalhar (Olinto, 1929, p. 13-14) Embora crítico do feminismo e influenciado por uma visão estereotipada dos papéis femininos, sua análise pode apontar para um elemento concreto da realidade das pacientes: ao serem afastadas do ambiente doméstico, perdiam a motivação e o sentido atribuídos ao trabalho, resistindo mais à exploração laboral do que os homens, que se submetiam mais facilmente às imposições institucionais.

Além das diferenças nas taxas de participação e resistência ao trabalho, a distribuição das tarefas entre as pacientes também reflete desigualdades de cor e origem. As pacientes brancas, tanto nacionais quanto estrangeiras, eram direcionadas para serviços de agulha, considerados menos extenuantes e mais delicados. Em contraste, as pacientes pardas e pretas, em sua maioria brasileiras, eram alocadas em trabalhos rurais, atividades de alimentação, cuidados com a roupa e, por fim, limpeza. Embora essa divisão reforçasse diferenças raciais e sociais, ela também levava em conta as habilidades e experiências prévias das pacientes, baseadas em atividades que já exerciam antes da internação. A Assistência Heterofamiliar (AHF), à primeira vista apenas um tratamento, aparecia nos registros também como modelo de licença (saída) e atividade laboral, ao lado de outros serviços, destacando seu papel como trabalho. A prática envolvia o acolhimento de pacientes por famílias de funcionários que residiam no âmbito da Colônia, comprometendo-se a zelar pelas pacientes, enquanto estas eram obrigadas a auxiliar nos serviços domésticos.<sup>30</sup>

De acordo com os livros de observação, muitas pacientes percebiam a praxiterapia como injusta, imoral e contrária aos fins terapêuticos, considerando-a uma forma de exploração e trabalho não remunerado, reagindo à dissociação entre trabalho e remuneração. Algumas afirmavam preferir ganhar a vida fora da instituição, enquanto outras recusavam o trabalho como estratégia para aumentar suas chances de alta, evitando ser úteis para a instituição. Essas atitudes revelam uma resistência ao asilamento e o desejo de autonomia das pacientes. Importante notar que, embora muitas pacientes considerassem a praxiterapia uma forma de exploração, isso não significa que os médicos compartilhassem dessa visão.

29 N. 1.353, Livro 10 de Observação.

30 Instrução da lei de 11 de julho de 1911 para a Assistência Doméstica. *Diário Oficial da União*, 7 jun. 1921b, p. 1, seção 1.

Após descrever a resistência de muitas pacientes ao trabalho imposto pela praxiterapia, é necessário destacar que algumas adotaram uma estratégia oposta: a adesão ao trabalho. Nesse contexto, a prática laboral representava uma possibilidade de sobrevivência e negociação dentro da instituição. Algumas pacientes buscavam demonstrar suas habilidades e empenho, construindo uma imagem de “boas trabalhadoras”, na esperança de obter alta, ainda que nem sempre alcançassem esse objetivo. Em outros casos, o trabalho funcionava como meio de manutenção do vínculo com a instituição, especialmente para aquelas que se internavam voluntariamente e pareciam evitar a alta, possivelmente por enxergarem na Colônia uma fonte de abrigo e subsistência. Nesses casos, o “tornar-se trabalhadora” pode ser compreendido como uma forma de adaptação estratégica às normas institucionais – algo próximo ao que Winnicott descreve como falso *self*. O autor observa que o falso *self* surge como uma defesa diante de ambientes que não acolhem a espontaneidade e a autenticidade do indivíduo, levando-o a se adaptar de modo submisso às exigências externas. Nessa perspectiva, o falso *self* “tem uma função defensiva: ocultar e proteger o *self* verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente” (Winnicott, [1960] 1983, p. 134). Assim, a adesão ao trabalho pode ser entendida como uma performance subjetiva múltipla – nem sempre espontânea ou terapêutica, mas que, em muitos casos, visava alinhar-se ao ideal de utilidade esperado pela instituição, seja com o objetivo de ser considerada apta à desinternação, seja para garantir a permanência no asilo e evitar a perda de possíveis vantagens associadas à condição de trabalhadora.

Entre 1911 e 1932, a relação entre o HNA e a Colônia de Engenho de Dentro foi marcada por tensões constantes quanto à transferência de pacientes consideradas aptas para o regime de trabalho colonial. No entanto, registros clínicos detalhados dessas disputas estão disponíveis apenas para o período de 1917 a 1921, quando Waldemar de Almeida atuou como médico assistente na Colônia, em uma fase de intensa movimentação de pacientes. Fora desse intervalo, não há anotações clínicas semelhantes. As notas clínicas enviadas pelo HNA buscavam adaptar as pacientes ao trabalho na Colônia, destacando sua capacidade laboral e frequentemente minimizando problemas de saúde. Em contrapartida, Almeida usava suas observações para destacar problemas médicos, como desnutrição, escorbuto e tuberculose, além de questões comportamentais, como agitação e tendência à fuga, e a falta de aptidão para o trabalho, dificultando a adaptação das pacientes ao regime da Colônia.

O debate sobre aproveitamento laboral refletia tensões entre a necessidade econômica e o tratamento terapêutico. A Colônia resistia ao recebimento de pacientes “inaproveitáveis”, devolvendo-as ao HNA em alguns casos. O trabalho era visto como parte da terapia, mas também como forma de compensar os custos da internação, com foco em tarefas domésticas e manuais. Além disso, as atividades laborais funcionavam como instrumento de disciplina e controle, atingindo especialmente as mulheres racializadas e as de pior situação socioeconômica.

Nesse contexto, houve um esforço para transformar, por meio de uma terapia ocupacional voltada mais para o controle interno do que externo, as pacientes da Colônia em elementos úteis à sociedade. A terapia pelo trabalho visava garantir uma mão de obra disciplinada fora ou aproveitável dentro da instituição. Como observa 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” (Souza, 2022, p. 303).

O caso de Epifania de Jesus ilustra essa dinâmica: uma mulher preta, analfabeta e cozinheira, diagnosticada com imbecilidade. Internada no HNA em 1909, aos 29 anos, foi transferida para a Colônia pela primeira vez em 1911 e novamente em 1919. Na nota clínica de 1919, ela foi descrita como tendo “compleição boa; analfabeta; baixo nível mental e capacidade idem”, sendo considerada “o tipo da doente colonizável” que “na Seção Esquirol trabalha com o maior zelo no serviço de baldeação do terraço, limpeza dos pavimentos, limpeza das privadas”. Essas descrições evidenciam o viés racial, reforçando a ideia de que mulheres negras eram mais adequadas para trabalhos árduos e servis, atendendo às normas de controle tanto da instituição psiquiátrica quanto da sociedade pós-escravidão.

Conforme os registros do campo “saída” nos *Livros de matrícula* da Colônia de Engenho de Dentro, 31% das pacientes foram transferidas para o HNA, 27% faleceram, 20% tiveram suas matrículas canceladas por não se reapresentarem dentro do prazo final da licença médica, 12% receberam alta médica, 5% foram transferidas para a Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá (1942-1945), 3% tiveram suas matrículas encerradas após fuga e não recaptura dentro do prazo legal de 15 dias, e 2% foram transferidas para o Instituto de Psiquiatria, unidade destinada a pacientes agudas do então Centro Psiquiátrico Nacional (CPN) (1945).<sup>31</sup>

Os percentuais a seguir foram calculados com base no total de pacientes de cada grupo racial (brancas, pardas e pretas), o que permite identificar diferenças relativas entre eles. A análise das saídas revela padrões distintos conforme a cor/raça, com variações nas formas mais frequentes de saída. As pacientes pardas e pretas apresentaram maior frequência de saída por meio de transferências para o HNA, com 31% das pardas e 37% das pretas transferidas, em comparação a 28% das brancas. Essas mesmas pacientes também receberam altas médicas com maior regularidade (14% das pardas e 13% das pretas, contra 11% das brancas). Por outro lado, as pacientes brancas saíram predominantemente por meio da concessão de licenças médicas, com 25% delas utilizando essa modalidade, percentual superior ao das pardas (18%) e das pretas (14%). Quanto à mortalidade, os percentuais foram relativamente próximos, com 28% de óbitos entre as pardas, 27% entre as pretas e 26% entre as brancas, indicando um impacto semelhante entre os grupos. Por fim, no que se refere às evasões, as pretas registraram o maior índice de fugas bem-sucedidas (4%), enquanto pardas e brancas apresentaram 2% cada, embora a evasão tenha sido uma forma menos frequente de saída em geral. Esses dados indicam que, enquanto as transferências e altas médicas foram as formas principais de saída para as pacientes de cor, as licenças médicas foram mais comuns entre as brancas, com óbitos e evasões exercendo um papel complementar na dinâmica das saídas.

Esses dados quantitativos indicam uma dinâmica diferenciada nas formas de saída da Colônia conforme a cor/raça das internas, que, ao ser analisada de forma aprofundada qualitativamente, revela fatores sociais, institucionais e culturais subjacentes. A maior incidência de transferências para o HNA entre as pacientes de cor reflete uma tendência à remoção dessas mulheres, frequentemente classificadas pelos médicos como agitadas, agressivas ou propensas à fuga – características consideradas incompatíveis com o regime da Colônia. Além disso, muitas apresentavam condições clínicas como tuberculose e outras doenças, que justificavam, do ponto de vista institucional, o encaminhamento a tratamentos especializados disponíveis no HNA.

31 A análise estatística foi realizada com base nos dados de saída de 2.890 pacientes, excluindo dez casos em que não se registrou a data de saída.

A proximidade dos índices de óbito entre os grupos sugere que, apesar das desigualdades estruturais, o risco de morte dentro da Colônia manteve-se relativamente constante – ainda que a maior transferência das pacientes de cor para o HNA possa ter influenciado essa aparente uniformidade.

Importa destacar que muitas altas eram solicitadas pelas próprias famílias responsáveis pelo internamento, evidenciando seu papel decisivo nesse processo. Relatos qualitativos indicam que, no caso das pacientes de cor, era mais comum a negociação direta com os médicos, com justificativas baseadas na possibilidade de sustento por meio do trabalho. Para as mulheres brancas, o recomeço parecia estar mais associado à retomada dos vínculos familiares, enquanto para as pretas e pardas predominava a perspectiva de reinserção pelo trabalho fora da instituição.

Essa diferença no papel das famílias também se expressa na maior frequência de licenças médicas entre as pacientes brancas, o que sugere uma presença familiar mais constante durante a internação, além de uma preferência por essa modalidade de afastamento temporário – em contraste com a alta médica definitiva.

Por fim, no que se refere às evasões, embora essa tenha sido uma forma minoritária de saída, os dados indicam que as mulheres de cor obtiveram maior sucesso nas fugas efetivas. Tal comportamento pode ser interpretado como expressão de estratégias de resistência e afirmação de autonomia, em continuidade às práticas históricas de enfrentamento negro à reclusão forçada desde a escravidão. É importante destacar que os percentuais se referem apenas às fugas bem-sucedidas, sem contabilizar as tentativas frustradas. Em alguns casos, essas tentativas malsucedidas resultaram na concessão de alta ou na remoção da paciente para o Hospício Nacional, sob a justificativa de que sua permanência era prejudicial ao ambiente da Colônia.

Após examinar os diferentes percentuais de saída das pacientes, torna-se necessário aprofundar a análise sobre a mortalidade, não apenas pela relevância dos óbitos como forma de saída, mas também pelos aspectos médicos e estruturais que influenciaram esses resultados. A taxa de mortalidade geral foi elevada, atingindo 26% da população internada. Ao se observar a distribuição dos óbitos por raça/cor, nota-se que 46% das mortes registradas correspondiam a pacientes brancas, enquanto 53% eram de pacientes pardas e pretas. Esses percentuais guardam proporção com a composição racial da população internada, formada por 48% de brancas e 52% de pardas e pretas. Embora os óbitos tenham sido ligeiramente mais frequentes entre as pacientes de cor, os dados sugerem uma mortalidade relativamente compatível com a presença desses grupos na instituição.

Para compreender melhor as causas dos óbitos, analisamos a natureza das doenças (infecciosas ou não infecciosas) e sua transmissibilidade. Constatou-se que 65% das mortes estavam ligadas a doenças infecciosas, enquanto 31% eram decorrentes de causas não infecciosas; 2% foram categorizadas como “outras causas”, e 2% não tiveram a causa registrada. Quanto à transmissibilidade, 63% das doenças eram transmissíveis, 35% não transmissíveis e 2% sem registro. Esses números revelam uma clara vulnerabilidade sanitária, evidenciando as precariedades nas práticas de saúde e nas medidas de controle de infecções, tanto no HNA quanto na Colônia feminina.

Ao aprofundar a análise, categorizamos os óbitos de acordo com a etiologia, resultando nas seguintes porcentagens: digestivas (31%), cardiocirculatórias (26%), respiratórias (18%),

nefro-urológicas (10%), neurológicas (9%), infecções generalizadas (2%), outras causas (2%) e não registradas (2%).<sup>32</sup> No grupo das enfermidades digestivas, destacam-se os casos de diarreias agudas, indicando problemas na qualidade da água e dos alimentos fornecidos pela instituição. O escorbuto, causado pela deficiência de vitamina C, foi classificado como uma doença digestiva não infecciosa. As infecções generalizadas representaram uma pequena parcela das causas de óbito, com apenas 12 casos documentados de septicemia. Houve apenas um caso de suicídio registrado.

O tempo de permanência das pacientes na Colônia de Engenho de Dentro variou bastante, desde internamentos muito curtos, de apenas um dia, até longas estadias que superaram três décadas. Os dados mostram que 30% das pacientes ficaram por até seis meses, e 13% permaneceram entre seis meses e um ano. Aproximadamente 13% das mulheres permaneceram de um a dois anos, enquanto 7% ficaram de dois a três anos. Para estadias mais prolongadas, 8% permaneceram entre três e cinco anos, e 9% entre cinco e dez anos. A partir daí, os números diminuem: 8% ficaram de 10 a 15 anos, 5% de 15 a 20 anos, 3% de 20 a 25 anos, outros 3% de 25 a 30 anos, e apenas 1% superou os 30 anos de internação.<sup>33</sup> Ao observar esses dados, percebe-se que mais da metade das pacientes (56%) teve uma estadia de até dois anos, enquanto 44% experimentou períodos mais longos de internação.

Vale lembrar, à luz das análises anteriores sobre a mortalidade, que a saída de muitas pacientes da Colônia não foi em vida, mas sim em decorrência de óbito, muitas vezes ligado às condições precárias de uma instituição superlotada, com problemas estruturais e de atendimento. Além disso, outro dado relevante é que muitas das pacientes que deixaram a Colônia em menos de um ano acabaram sendo internadas novamente. Não foram poucas as mulheres que, à primeira vista, pareciam ter escapado do manicômio, mas que, na realidade, faleceram dentro de seus muros. Assim, conclui-se que a Colônia abrigou duas realidades distintas: de um lado, as pacientes que conseguiram reconstruir suas vidas fora do manicômio; de outro, aquelas que passaram longos anos confinadas, muitas vezes até o fim de suas vidas.

## Considerações finais

A análise da Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, desde sua fundação em 1911 até o término da gestão de Gustavo Köhler Riedel em 1932, revela um panorama complexo de assistência psiquiátrica, marcado pela transição de um modelo colonial de asilamento para uma abordagem modernizada e orientada pela higiene mental. Durante a gestão inicial de Simplicio de Lemos Braule Pinto, a Colônia enfrentou inúmeros desafios estruturais e materiais, agravados pela superlotação do HNA, que impulsionou a transferência de centenas de pacientes para a nova instituição. Esse período inicial foi caracterizado por condições precárias, alta taxa de mortalidade e uma estrutura inadequada para cumprir plenamente suas funções assistenciais.

32 Na análise da mortalidade, utilizamos a *causa mortis* conforme registrada no livro de matrícula, cientes de que essa informação nem sempre refletia com precisão a verdadeira causa da morte da paciente.

33 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*.

Com a chegada de Gustavo Riedel à direção em 1918, a Colônia passou por um processo de ampliação e modernização, incluindo a criação de serviços anexos e a introdução de práticas voltadas para a higiene mental. A improvisação inicial da Policlínica dos Subúrbios, durante a epidemia de gripe de 1918, evoluiu para a fundação do Ambulatório Rivadávia Corrêa, transformando a Colônia em um centro de referência para a assistência psiquiátrica extramural. Essas iniciativas permitiram à Colônia ultrapassar seu papel original de custódia, integrando-se às políticas públicas de saúde da época e refletindo as mudanças nas concepções psiquiátricas e assistenciais.

A análise dos dados sociodemográficos das 2.590 pacientes admitidas entre 1911 e 1932 revela um perfil majoritariamente composto de mulheres jovens, brasileiras, solteiras e classificadas como “domésticas” na população manicomial. Em relação à raça, observa-se uma mudança significativa entre as gestões: durante a de Braule Pinto, na década de 1910, predominavam mulheres pardas e pretas, reflexo de um maior número de transferências dessa população; já na administração de Riedel, na década de 1920, houve uma estabilização populacional e um aumento progressivo da presença de mulheres brancas. A documentação sugere que essas mudanças no perfil racial das pacientes estavam menos vinculadas a políticas deliberadas das administrações e mais ao fluxo de transferências do HNA, influenciado pelas práticas assistenciais e pelo contexto histórico da época.

Além das dinâmicas raciais, as internações na Colônia evidenciam o papel central da Polícia do Distrito Federal como mediadora do acesso ao sistema psiquiátrico, especialmente para as camadas populares. Enquanto mulheres brancas eram predominantemente internadas a pedido de familiares, as trabalhadoras domésticas negras eram frequentemente internadas por solicitações de empregadores. A participação masculina nos pedidos familiares e o papel de patroas no controle das domésticas destacam a divisão de autoridade no âmbito privado, refletindo como poder, gênero e raça estruturavam essas relações.

A análise dos diagnósticos das pacientes indica que 86% apresentavam diagnóstico único, enquanto 14% possuíam múltiplos diagnósticos. Os casos mais frequentes foram de psicose maníaco-depressiva (30%), seguidos por oligofrenias (14%), esquizofrenias (14%), alcoolismo e psicoses relacionadas ao uso de álcool (12%) e epilepsia (10%). Entre os diagnósticos múltiplos, a debilidade mental foi o mais prevalente (18%), seguida por alcoolismo e psicoses relacionadas ao uso de álcool e psicose maníaco-depressiva (14% cada) e epilepsia (10%). A histeria e a síndrome histeroide, com 6,5% cada, refletem a influência de conceitos clínicos em transformação na psiquiatria da época.

Essa distribuição reflete a influência da nosografia kraepeliniana, alinhada a ideais de feminilidade eurocêntricos e racializados. Entre as pacientes brancas, 60% receberam diagnóstico de psicose maníaco-depressiva, frequentemente associado aos rígidos papéis sociais impostos às mulheres e aos ciclos femininos, como menstruação, puerpério e menopausa. Essa tendência demonstra como a psiquiatria da época estava permeada por percepções biologizantes do feminino. Em contraste, mulheres pardas e pretas foram mais frequentemente rotuladas com diagnósticos relacionados ao uso abusivo de álcool (48% das pretas e 33% das pardas) e à sífilis (43% das pardas e 19% das pretas). Esses diagnósticos evidenciam preconceitos estruturais que as vinculavam a atividades consideradas marginais, como o consumo de álcool e a prostituição, além de reforçar a ideia de degeneração. Esses dados reafirmam o papel da assistência

psiquiátrica como um microcosmo das tensões sociais e culturais da Primeira República, revelando a intrínseca relação entre medicina e poder.

A praxiterapia, apresentada como tratamento ocupacional, ocupava uma posição central na dinâmica institucional, servindo tanto para normatizar, especialmente mulheres pobres e racializadas, quanto para subsidiar economicamente a assistência. Essa prática refletia as tensões entre os objetivos terapêuticos e econômicos do trabalho, intensificadas por marcadores de raça e gênero. Entretanto, a resistência ao trabalho imposto e as estratégias de adaptação adotadas por muitas mulheres revelam um cenário de conflitos e negociações, demonstrando que elas não eram simplesmente passivas diante das imposições. Enquanto algumas resistiam, outras internalizavam o papel de “boas trabalhadoras” como forma de garantir sua sobrevivência ou obter vantagens institucionais.

A análise das saídas das pacientes revela que a maioria ocorreu por transferências para o HNA, óbitos e licenças médicas expiradas. Além disso, as saídas evidenciam marcantes diferenças raciais nos padrões de desligamento da instituição, refletindo as dinâmicas de desigualdade que permeavam o ambiente manicomial. Pacientes pardas e pretas foram transferidas para o HNA com maior frequência, muitas vezes devido a registros de agitação, agressividade ou condições graves de saúde, como tuberculose. Em contrapartida, pacientes brancas tiveram maior acesso às licenças médicas, o que pode ser atribuído à maior presença e influência de suas famílias nos processos de internação e saída. A alta médica, por sua vez, foi mais frequente entre pacientes de cor, que frequentemente negociavam diretamente com os médicos sua saída, baseando-se na perspectiva de sustento por meio do trabalho. Por sua vez, para as pacientes brancas, a reintegração estava mais associada ao retorno aos laços familiares. As taxas de evasão bem-sucedida foram mais altas entre pacientes pretas, revelando uma maior propensão a estratégias ativas de resistência e fuga. Esses dados revelam como os processos de saída refletiam não apenas as dinâmicas institucionais e familiares, mas também as distintas formas de agência e negociação das pacientes, permeadas por hierarquias raciais e sociais.

A análise da mortalidade aponta para uma taxa elevada de óbitos (26%), destacando condições sanitárias precárias e desafios médicos enfrentados pela instituição. Nos primeiros anos, a alta mortalidade refletia condições insalubres e falta de recursos, enquanto, sob a gestão de Riedel, houve redução nas mortes por escorbuto e tuberculose devido a melhorias alimentares e práticas de profilaxia. Doenças infecciosas (65%), especialmente as do sistema digestivo (31%), foram as principais causas de morte, destacando falhas estruturais em alimentação, água e higiene. Em relação ao tempo de permanência, 56% das pacientes ficaram internadas por até dois anos, enquanto 44% tiveram estadias mais longas, algumas ultrapassando três décadas.

Em última análise, a Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro pode ser compreendida como um espaço multifacetado, no qual controle social e assistência se entrelaçavam, refletindo as tensões sociais mais amplas do Brasil no início do século XX. Nesse contexto, mecanismos de regulação de comportamentos considerados inadequados coexistiam com a atenção às necessidades das famílias e, em alguns casos, das próprias pacientes, que viam na internação uma alternativa de abrigo e uma forma de sobrevivência dentro dos limites que lhes eram impostos.

## Referências bibliográficas

- ACCORSI, G.E. *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) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020.
- ALMEIDA, W. A vida do estudante Kohler Riedel. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943. p. 295-301.
- AMBULATÓRIO RIVADÁVIA CORRÊA. Serviço de profilaxia das doenças nervosas e mentais. Assistência a Alinados. Rio de Janeiro: Papelaria e Livraria Gomes Pereira, 1920.
- ARIZA, M.B.A. 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, p. 408-424, 2017.
- AUSTREGÉSILO, A. Histeria e síndrome histeroide. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1-2, p. 59-77, 1909.
- AZEVEDO, R.C.S. de. *O desfalque, o inquerito e as Comissões de Inspeção: a Assistência a Alienados no Brasil (1902-1925)*. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- BERRIOS, G. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva del siglo XIX*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 2012.
- BIRMAN, J. A cena constituinte da psicose maniaco-depressiva no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, supl. 2, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000600005>. Acesso em 20 de maio de 2024.
- 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, 1922a.
- 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, 1922b. 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 maio 2024.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CAULFIELD, S. *Em defesa da honra: moralidade, modernidade e nação no Rio de Janeiro (1918-1940)*. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.
- CLAPER, J.R. *Colônia agrícola para alienados no Rio de Janeiro (1890-1924): discursos, projetos e práticas na assistência ao alienado*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020.
- CONSEGLIERI GÁMEZ, A.M. *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales*. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidad Complutense, Madrid, 2013.
- CUNHA, M.C.P. *O espelho do mundo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- CUNHA, M.C.P. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. *Revista Brasileira de História*, v. 9, n. 18, p. 121-144, 1989.
- DORLIN, E. Do uso epistemológico e político das categorias “sexo” e “raça”. *Periódicus*, Salvador, n. 5, v. 1, p. 254-271, 2016.
- ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade. In: PRIORE, M. del (org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora da Unesp; Contexto, 2004. p. 322-361.
- FONSECA, C. Ser mulher, mãe e pobre. In: PRIORE, M. del (org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora da Unesp; Contexto, 2004. p. 510-553.

- GOLCMAN, A. *Interpretación de la locura y acciones concretas en el Hospital José A. Esteves, de Lomas de Zamora: 1908-1971*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidad Nacional de General Sarmiento, Polvorines (Argentina), 2015.
- GOLCMAN, A. Un largo encierro para las locas en la provincia de Buenos Aires: el Hospital Neuropsiquiátrico de Lomas de Zamora, 1908-1971. In: MOLINA, A.R.; HONORATO, M.R. (coord.). *De manicomios a instituciones psiquiátricas: experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*. Ciudad de Mexico: Sílex, 2022.
- GRAHAM, S.L. *Proteção e obediência: criadas e seus patrões no Rio de Janeiro, 1860-1910*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 5, p. 7-41, jan. 2009.
- HOCHMAN, G. 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, p. 40-61, 1993.
- HUERTAS, R. *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata, 2012.
- LIMA, A.L.G.S. de; PINTO, M.M.S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, v. 10, p. 1037-1051, 2003.
- LIMA, H.E. Sob o domínio da precariedade: escravidão e os significados da liberdade de trabalho no século XIX. *Topoi*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 289-326, 2005.
- LIMA, R.G. de. *Senhores e possuidores de Inhaúma: propriedades, famílias e negócios da terra no rural carioca "oitocentista" (1830-1870)*. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- MALUF, M.; MOTT, M.L. Recônditos do mundo feminino. In SEVCENKO, N. (org.). *História da vida privada no Brasil*. v. 3. República: da Belle Époque à era do rádio, 1998. p. 367-92.
- MATHIAS, C.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.
- MELO, H.P. de; THOMÉ, D. *Mulheres e poder: histórias, ideias e indicadores*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2018.
- MORAES, M.C. de. *No canto do isolamento: loucura e tuberculose no Hospício Nacional de Alienados (1890-1930)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020.
- MUÑOZ, P.F.; DIAS, A. Degeneração, subalternidade e favela: Anália, "uma mulher de cor preta" no Rio de Janeiro pós-abolicionista. *Revista Maracanan*, n. 27, p. 194-221, 2021.
- NASCIMENTO, D. *Fundação Ataulpho de Paiva, Liga Brasileira contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro: Faperj; Quadratim, 2002.
- NEPOMUCENO, B. Mulheres negras: protagonismo ignorado. In PEDRO, J.M.; PINSKY, C. B. (orgs.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013. p. 382-409.
- NEVES, A. Gustavo Riedel e o Ambulatório Rivadávia Correia. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1943. p. 281-285.
- NOVELLA, E.J.; HUERTAS, R. 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, p. 205-219, 2010.
- NUNES, S.A. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, supl. 2, p. 373-389, 2010.
- ODA, A.M.G.R. A paranoia em 1904: uma etapa na construção nosológica de Emil Kraepelin. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, v. 13, p. 318-332, 2010.
- OLINTO, P. 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, p. 123-132, 1911.

- OLINTO, P. Terapêutica ocupacional e orientação profissional. *Anais da Colônia de Psicopatas*, Rio de Janeiro, p. 7-18, 1929.
- OLIVEIRA, P.M. de. *Hospital de São Sebastião (1889-1905): um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.
- PEREIRA, T.A.Z. Mortalidade entre brancos e negros no Rio de Janeiro após a abolição. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 439-469, 2016.
- PIMENTEL, L. Scurvy: historical review and current diagnostic approach. *The American Journal of Emergency Medicine*, v. 21, n. 4, p. 328-332, 2003.
- PINSKY, C.B. A era dos modelos rígidos. In PEDRO, J. M.; PINSKY, C. B. (orgs.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, p. 469-512, 2013.
- PORTER, R. The patient's view: doing medical history from below. *Theory and Society*, v. 14, n. 2, p. 175-198, 1985.
- RIEDEL, G. *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: Typographia do Jornal do Commercio, 1924.
- RIEDEL, G. 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*, Rio de Janeiro, ano I, n. 1, p. 208-216, 1925.
- RIVERA-GARZA, C. *La Castañeda: narrativas dolientes desde el manicomio general, México, 1910-1930*. Ciudad de México: Tiempo de Memoria, 2022.
- RIZZINI, I.; RIZZINI, I. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. São Paulo: Loyola, 2004.
- ROXO, H. *Manual de Psiquiatria*. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1938.
- SANGLARD, G. *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, G.; COSTA, R. da G.-R. Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-1931). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 11, n. 1, p. 107-141, 2004.
- SOIHET, R. Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In: PRIORE, M. del (org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora da Unesp; Contexto, 2004. p. 362-400.
- SOUZA, F.F. 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, p. 296-311, 2022.
- STEPAN, N. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 331-391.
- STEPAN, N. *"A hora da eugenia": raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- TOLEDO, E.T. 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.
- VENANCIO, A.T.A.; CARVALHAL, L. Juliano Moreira: a psiquiatria científica no processo civilizador brasileiro. In: DUARTE, L.F.D.; RUSSO, J.; VENANCIO, A.T.A. (org.). *Psicologização no Brasil: atores e autores*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005. p. 65-83.
- VENANCIO, A.T.A.; DIAS, A.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.
- VENANCIO, A.T.A. Trabajar la tierra para curar la mente en el sertão carioca: la Colonia Juliano Moreira, 1912-1981. In: RÍOS MOLINA, A.; RUPERTHUZ HONORATO, M. (coords.). *De manicômios a instituições psiquiátricas: experiências en Iberoamérica, siglos XIX y XX*. Ciudad de México: Unam, 2022. p. 445-496.

WINNICOTT, D.W. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self (1960). In: WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineu Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 128-139.

Recebido em 15/07/24

Aceito em 05/12/24