

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DYENIFFER JESSICA BEZERRA PARISOTO

Entre Muros e Rótulos:

Análise histórica da atribuição das “doenças mentais” às mulheres (1946-1962)

Maringá – PR

2026

DYENIFFER JESSICA BEZERRA PARISOTO

Entre Muros e Rótulos:

Análise histórica da atribuição das “doenças mentais” às mulheres (1946-1962)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Profª. Dra. Maria Lúcia Boarini.

Maringá – PR

2026

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

P234e

Parisoto, Dyeniffer Jessica Bezerra

Entre muros e rótulos : análise histórica da atribuição das "doenças mentais" às mulheres (1946-1962) / Dyeniffer Jessica Bezerra Parisoto. -- Maringá, PR, 2026.
309 f. : il. color., figs., tabs., mapas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Boarini.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2026.

1. Mulheres - Doenças mentais. 2. Mulheres - Saúde mental. 3. Papel social - Mulheres. 4. Patriarcado. 5. Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. I. Boarini, Maria Lúcia, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 155.333



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



Dyeniffer Jessica Bezerra Parisoto

Entre muros e rótulos: análise histórica da atribuição das “doenças mentais” às mulheres (1946–1962)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA

Documento assinado digitalmente
MARIA LUCIA BOARINI
Data: 11/12/2025 13:39:43-0300
Verifique em <https://validar.jbr.gov.br>

Profa. Dra. Maria Lucia Boarini
(Orientadora/Presidenta) – PPI/UEM

Documento assinado digitalmente
SILVANA CALVO TULESKI
Data: 11/12/2025 13:48:04-0300
Verifique em <https://validar.jbr.gov.br>

Profa. Dra. Silvana Calvo Tuleski
Examinadora - Interna - PPI/UEM

Profa. Dra. Terezinha Martins dos Santos Souza
Examinadora - Externa - UNIRIO

Profa. Dra. Vanessa Bezerra de Souza
Examinadora - Externa - UNIRIO

Profa. Dra. Ana Carolina Becker Niside
Examinadora - Externa - UNIOESTE

Aprovado em 10/12/2025
Defesa realizada - Bloco 118 - Sala de Video

AGRADECIMENTOS

As bases que me fizeram adentrar na jornada acadêmica envolvem muitas pessoas que desbravaram trilhas para que eu pudesse caminhar, para que mulheres da classe proletária sejam pesquisadoras, realizassem uma graduação, mestrado e então o doutorado.

Sem as pessoas que mediaram meu desenvolvimento, que me incentivaram a estudar e a ser curiosa sobre o mundo, esta trajetória não teria sido possível. Agradeço, primeiramente, ao meu pai, **Marcos Mekelburg**, que desde a infância me ensinou a acreditar em mim, a estudar e me mostrou que eu seria capaz de ir além do que muitas vezes imaginei. Agradeço também à minha mãe, **Sueli da Conceição Bezerra Mekelburg**, e ao meu irmãozinho, **Mateus Mekelburg**, por todo o amor, apoio e paciência, especialmente nos momentos em que precisei me ausentar para me dedicar aos estudos.

Quando menina, eu acreditava que o mundo era justo — que homens e mulheres caminhavam lado a lado. Mas logo aprendi que as trilhas não eram as mesmas, que as pedras pesavam mais em alguns caminhos, e que muitas mulheres antes de mim foram silenciadas, apagadas, interditadas, percebi as múltiplas formas de violência que nós, mulheres, enfrentamos cotidianamente. Foi dessa percepção dolorosa que nasceu minha vontade de compreender, pesquisar e lutar por um mundo em que viver não seja um ato de resistência para nós, mulheres.

Escrevo, portanto, por e para elas. Para as mulheres que vieram antes, que foram chamadas de bruxas, loucas, histéricas. Para as que ousaram desafiar o que lhes foi imposto. Para as que tentaram ser livres em tempos que lhes negavam até o direito de existir. E, sobretudo, para aquelas que estiveram trancadas em hospitais psiquiátricos — mulheres cujas histórias a sociedade quis esquecer. Que este trabalho sirva, ao menos, como um pequeno gesto de lembrança e de reparo.

Meu profundo agradecimento e admiração à minha orientadora, professora **Maria Lúcia Boarini**, por seu rigor intelectual e por contribuir não apenas para o desenvolvimento desta tese, mas também para minha formação como pesquisadora.

Agradeço, sobretudo, à minha companheira de vida e de jornada, a minha esposa **Danielli Maria Neves da Silveira**, sem a qual este trabalho não teria sido possível. Compartilhamos não apenas a vida, mas também os desafios de realizar o doutorado — ela em História, eu em Psicologia. Seu apoio afetivo foi essencial nos momentos em que a pesquisa se tornou árdua, e sua colaboração direta — como assistente de pesquisa, nas idas ao Instituto

Municipal de Assistência Nise da Silveira para coleta de dados — foi um gesto de amor e de parceria que levarei para sempre comigo.

Agradeço, com respeito e admiração, ainda às professoras **Ana Carolina Becker Nisiide, Terezinha Martins dos Santos Souza, Vanessa Bezerra de Souza e Silvana Calvo Tuleski**, que, além de referências fundamentais para este trabalho, gentilmente aceitaram compor minha banca, enriquecendo esta pesquisa com suas leituras e contribuições generosas.

Além disso, deixo meu sincero agradecimento à equipe de trabalhadoras e trabalhadores do Instituto de Assistência à Saúde Nise da Silveira, pela acolhida generosa e pela disponibilidade dedicados a mim e à minha companheira ao longo da pesquisa de campo, tornando possível nossa permanência e nossa pesquisa na instituição.

Por fim, estendo minha gratidão a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, possibilitaram a concretização desta jornada. Cada palavra escrita nesta tese carrega muitas mãos, desde as construções dos conhecimentos produzidos socialmente, da minha construção histórica enquanto mulher de seu tempo, e dos apoios que recebi ao longo dessa caminhada.

*“Não se curem além da conta.
Gente curada demais é gente chata.
Todo mundo tem um pouco de loucura.
Vou lhes fazer um pedido:
Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda.
Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas.
É necessário se espantar, se indignar e se contagiar,
só assim é possível mudar a realidade”
(Nise da Silveira, como citado em Melo, 2022, s.p.).*

Parisoto, D. J. B. (2026). *Entre Muros e Rótulos: Análise histórica da atribuição das “doenças mentais” às mulheres (1946-1962)*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Maringá, PR.

RESUMO

O modo de organização social, as formas de produção e reprodução da vida implicam diretamente as relações sociais, as normas, a legislação, os ideários, as atribuições de papéis sociais, a cultura e até mesmo a constituição da singularidade. Na ordem social vigente — estrutura capitalista e patriarcal — a desigualdade constitui condição essencial de sua manutenção, refletindo-se também na concepção de humanidade e de sociedade dos indivíduos, o que favorece as múltiplas expressões de sofrimento psíquico. Para justificar tais desigualdades e adoecimentos, as construções históricas dos papéis sociais de mulheres e homens são frequentemente naturalizados, apresentadas como imutáveis e a-históricas, o que apaga sua origem social. Apesar das conquistas das mulheres — como a maior inserção no trabalho remunerado, o acesso a cargos de gestão, representação política e o direito ao voto — as mulheres continuam cotidianamente expostas a diversas formas de violência: psicológica, física, sexual, patrimonial, moral, institucional e, em última instância, ao feminicídio. Além disso, são as mais diagnosticadas com transtornos de depressão e ansiedade, sendo também as maiores usuárias de psicofármacos. Historicamente, observam-se distinções significativas entre mulheres e homens nas classificações diagnósticas e nos tratamentos psiquiátricos, com destaque para a maior incidência de procedimentos controversos em mulheres — como a lobotomia e o eletrochoque —, mesmo quando representam a minoria entre as pessoas hospitalizadas. Considerando tais fatores, questionamos as possíveis relações entre o sofrimento psíquico e os papéis sociais atribuídos às mulheres, problematizando a biologização e a individualização. Partimos da compreensão de que tanto os papéis sociais quanto os sofrimentos psíquicos estão em constante relação com os aspectos históricos, sociais e materiais que os determinam. Nessa perspectiva, no presente estudo, o objetivo foi analisar a relação entre as “doenças mentais” e os papéis sociais atribuídos às mulheres no Brasil, entre 1946 e 1962 — período marcado por importantes marcos legais, como a promulgação da Constituição Federal (1946) e o Estatuto da Mulher Casada (1962). Como principal fonte documental, foram examinados prontuários psiquiátricos, que materializam tanto as concepções médicas do período quanto fragmentos das histórias de vida das pessoas hospitalizadas. O local da pesquisa foi o Centro Psiquiátrico Nacional do Rio de Janeiro (atual Instituto Municipal de Assistência

à Saúde Nise da Silveira), um dos principais complexos hospitalares brasileiros do período. Foram analisados 85 prontuários de mulheres e 85 de homens adultos, internados entre 1946 e 1962, complementados por outras fontes, como legislações pertinentes, a imprensa popular e científica da época. A análise, conduzida à luz do processo histórico-social, buscou compreender as conexões entre as particularidades do contexto histórico, os papéis sociais, as concepções médicas e os registros dos prontuários. Os resultados obtidos indicam que o sofrimento psíquico das pessoas hospitalizadas, em maior ou menor grau, estava relacionado aos papéis sociais e às exigências de produtividade impostas pela sociedade capitalista. Assim, a internação psiquiátrica e a maior incidência de tratamentos controversos sobre as mulheres funcionam como instrumentos de controle e disciplinamento, legitimados sob o discurso científico. Observamos, ainda, a predominância de uma perspectiva biologizante da “doença mental”, centrada na descrição de sintomas e negligente quanto à história de vida das pessoas hospitalizadas. Reiteramos, com este estudo, que a estrutura social patriarcal e capitalista incide sobre a vida e o sofrimento psíquico das pessoas, constituindo formas particulares nas mulheres. Dessa forma, a análise das questões de saúde mental deve considerar os determinantes sociais e históricos. Mais do que relacionar “doenças mentais” e papéis sociais, esta pesquisa buscou lançar luz sobre uma organização social que adoce corpos e mentes —que, ainda hoje, persiste e se reinventa em formas sutis (ou nem tão sutis) de controle e exclusão. Questionar tais mecanismos é indispensável na prática cotidiana, pois é justamente no espanto e na indignação, diante da naturalização dos aspectos sociais, da individualização das desigualdades e do ajustamento dos sujeitos à ordem vigente, que se torna possível contribuir para a transformação social.

Palavras-chaves: Mulheres. Doença Mental. Papéis Sociais. Patriarcado. Capitalismo. Centro Psiquiátrico Nacional. Nise da Silveira.

Parisoto, D. J. B. (2026). *Between walls and labels: a historical analysis of the attribution of “mental illness” to women (1946-1962)*. (Doctoral Thesis). State University of Maringá, PR.

ABSTRACT

The mode of social organization, the forms of production and reproduction of life directly imply social relations, norms, legislation, ideologies, the assignment of social roles, culture, and even the constitution of singularity. In the current social order — a capitalist and patriarchal structure — inequality constitutes an essential condition for its maintenance, which is also reflected in individuals’ conception of humanity and society, favoring multiple expressions of psychological suffering. To justify such inequalities and illnesses, historical constructions of the social roles of women and men are often naturalized, presented as immutable and ahistorical, which erases their social origin. Despite women’s achievements — such as greater participation in paid work, access to management positions, political representation, and the right to vote — women continue to be exposed daily to various forms of violence: psychological, physical, sexual, patrimonial, moral, institutional, and, ultimately, femicide. In addition, they are the most commonly diagnosed with depression and anxiety disorders, and are also the heaviest users of psychotropic drugs. Historically, there have been significant differences between women and men in diagnostic classifications and psychiatric treatments, with a higher incidence of controversial procedures in women — such as lobotomy and electroshock therapy — even though they represent a minority among hospitalized patients. Considering these factors, we question the possible relationships between psychological suffering and the social roles assigned to women, problematizing biologization and individualization. We depart from the understanding that both social roles and psychological suffering are constantly related to the historical, social, and material aspects that determine them. From this perspective, the objective of this study was to analyze the relationship between “mental illness” and the social roles assigned to women in Brazil between 1946 and 1962 — a period marked by important legal milestones, such as the promulgation of the Federal Constitution (1946) and the Married Women’s Statute (1962). As the main source of documentation, psychiatric records were examined, which reflect both the medical concepts of the period and fragments of the life stories of hospitalized individuals. The research was conducted at the National Psychiatric Center of Rio de Janeiro (now the Nise da Silveira Municipal Health Care Institute), one of the main Brazilian hospital complexes of the period. Eighty-five medical records of adult women and 85 of adult men, hospitalized between 1946

and 1962, were analyzed and supplemented by other sources, such as relevant legislation and popular and scientific press of the time. The analysis, conducted in light of the historical and social context, sought to understand the connections between the particularities of the historical context, social roles, medical concepts, and medical record entries. The results obtained indicate that the psychological suffering of hospitalized individuals, to a greater or lesser degree, was related to social roles and productivity demands imposed by capitalist society. Thus, psychiatric hospitalization and the higher incidence of controversial treatments for women function as instruments of control and discipline, legitimized under scientific discourse. We also observed the predominance of a biologized perspective on “mental illness,” centered on the description of symptoms and neglectful of the life history of hospitalized individuals. With this study, we reiterate that the patriarchal and capitalist social structure affects people’s lives and psychological suffering, particularly in women. Therefore, the analysis of mental health issues must consider social and historical determinants. More than just relating “mental illness” to social roles, this research sought to shed light on a social organization that makes bodies and minds sick — one that still persists today and reinvents itself in subtle (or not so subtle) forms of control and exclusion. Questioning such mechanisms is indispensable in everyday practice, because it is precisely in the astonishment and indignation, in the face of the naturalization of social aspects, the individualization of inequalities, and the adjustment of subjects to the existing order, that it becomes possible to contribute to social transformation.

Keywords: Women. Mental illness. Social Roles. Capitalism. Patriarchy. National Psychiatric Center. Nise da Silva.

Parisoto, D. J. B. (2026). *Entre murs et étiquettes: analyse historique de l'attribution des « maladies mentales » aux femmes (1946-1962)*. (Thèse de doctorat). Université d'État de Maringá, PR.

RÉSUMÉ

Le mode d'organisation sociale, les formes de production et de reproduction de la vie engendrent directement les relations sociales, les normes, la législation, les idéaux, l'attribution des rôles sociaux, la culture et même la constitution de la singularité. Dans l'ordre social contemporain — structure capitaliste et patriarcale —, l'inégalité constitue une condition essentielle à son maintien, se reflétant également dans la conception de l'humanité et de la société des individus, ce qui favorise les multiples expressions de la souffrance psychique. Pour justifier ces inégalités et ces maladies, les constructions historiques des rôles sociaux des femmes et des hommes sont souvent acceptées comme naturelles, présentées comme immuables et anhistoriques, ce qui efface leur origine sociale. Malgré les acquis des femmes — tels que leur insertion accrue dans le travail rémunéré, l'accès à des postes de direction, la représentation politique et le droit de vote —, les femmes continuent d'être exposées quotidiennement à diverses formes de violence. Celles-ci incluent la violence psychologique, physique, sexuelle, patrimoniale, morale, institutionnelle et, en dernier ressort, le féminicide. En outre, elles sont les plus touchées par les troubles dépressifs et anxieux, et sont également les plus grandes consommatrices de psychotropes. Historiquement, on observe des différences significatives concernant les femmes et les hommes dans les classifications diagnostiques et les traitements psychiatriques. Notamment, on constate une incidence plus élevée de interventions controversées chez les femmes — telles que la lobotomie et l'électrochoc —, même lorsqu'elles représentent une minorité parmi les personnes hospitalisées. Compte tenu de ces éléments, on réfléchit sur les liens possibles entre la souffrance psychique et les rôles sociaux attribués aux femmes, en remettant en question la biologisation et l'individualisation. Nous partons du principe que les rôles sociaux et les souffrances psychiques sont en relation constante avec les aspects historiques, sociaux et matériels qui les déterminent. Dans cette perspective, l'objectif de la présente étude était d'analyser la relation entre les « maladies mentales » et les rôles sociaux attribués aux femmes au Brésil entre 1946 et 1962, période marquée par d'importants cadres juridiques, tels que la promulgation de la Constitution fédérale (1946) et le Statut de la femme mariée (1962). Comme source documentaire principale, nous avons examiné des dossiers psychiatriques, qui reflètent à la fois les conceptions médicales de l'époque et des

fragments de l'histoire de vie des personnes hospitalisées. La recherche a été menée au Centre Psychiatrique National de Rio de Janeiro (actuel Institut municipal d'assistance sanitaire Nise da Silveira), l'un des principaux complexes hospitaliers brésiliens de l'époque. Nous avons analysé 85 dossiers médicaux de femmes et 85 de hommes adultes, hospitalisés de 1946 et 1962, complétés par d'autres sources, telles que la législation pertinente et la presse populaire et scientifique de l'époque. L'analyse, menée à la lumière du processus historico-social, a cherché à comprendre les liens entre les particularités du contexte historique, les rôles sociaux, les conceptions médicales et les dossiers médicaux. Les résultats obtenus signalent que la souffrance psychique des personnes hospitalisées était, à des degrés divers, liée aux rôles sociaux et aux exigences de productivité imposées par la société capitaliste. Ainsi, l'hospitalisation psychiatrique et la plus grande incidence des traitements controversés sur les femmes fonctionnent comme des instruments de contrôle et de discipline, légitimés par le discours scientifique. Nous observons également la prédominance d'une perspective biologisante de la « maladie mentale », centrée sur la description des symptômes et négligeant l'histoire de vie des personnes hospitalisées. Nous réitérons, avec cette étude, que la structure sociale patriarcale et capitaliste influe sur la vie et la souffrance psychique des personnes, sous des formes particulières chez les femmes. De ce fait, l'analyse des questions de santé mentale doit tenir compte des déterminants sociaux et historiques. Plus que de relier les « maladies mentales » et les rôles sociaux, cette recherche cherche à mettre en lumière une organisation sociale qui rend corps et esprits malades — qui, encore de nos jours, persiste et se réinvente sous des formes subtiles (ou pas si subtiles) de contrôle et d'exclusion. Il est indispensable de remettre en question ces mécanismes dans la pratique quotidienne, car c'est précisément dans l'effarement et l'indignation face à la naturalisation des aspects sociaux, à l'individualisation des inégalités et à l'ajustement des sujets à l'ordre établi qu'il devient possible de contribuer à la transformation sociale.

Mots clés: Femmes. Maladie mentale. Rôles sociaux. Capitalisme. Patriarcat. Centre Psychiatrique National. Nise da Silveira.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Sessão do Conselho do Estado de Georgina de Albuquerque (1922)</i>	49
Figura 2 - <i>No Cafezal (1926)</i>	58
Figura 3 - <i>Malakabeça Fanika e Kabelluda</i>	60
Figura 4 - <i>Operários (1933) – Tarsila do Amaral</i>	61
Figura 5 - <i>Criança Morta (1944) - Cândido Portinari</i>	66
Figura 6 - <i>Capa de duas edições do jornal O momento Feminino</i>	69
Figura 7 - <i>Trabalho de mulheres em Minas Gerais e São Paulo</i>	70
Figura 8 - <i>A mulher sindical</i>	74
Figura 9 - <i>Malakabeça Fanika e Kabelluda</i>	80
Figura 10 - <i>Mangue (1929) - Di Cavalcanti</i>	82
Figura 11 - <i>Arrufos (1887) - Belmiro de Almeida</i>	85
Figura 12 - <i>Mulheres protestando (1941) - Di Cavalcante</i>	86
Figura 13 - <i>Propagandas da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino na campanha de voto na década de 1920</i>	89
Figura 14 - <i>O Feminismo no Brasil</i>	90
Figura 15 - <i>Capa da Revista O Momento Feminino</i>	98
Figura 16 - <i>Planta Geral do Centro Psiquiátrico Nacional (1945) e seções das internações</i>	127
Figura 17 - <i>Estabelecimentos públicos e privados destinados a “doentes mentais” no Brasil</i>	130
Figura 18 - <i>Internações em Hospitais Psiquiátricos</i>	131
Figura 19 - <i>Idade das pessoas internadas</i>	132
Figura 20 - <i>Raça/etnia</i>	133
Figura 21 - <i>Nível de Instrução</i>	134
Figura 22 - <i>Estado Civil</i>	137
Figura 23 - <i>Quem realizou a internação de mulheres e de homens?</i>	138
Figura 24 - <i>Tempo médio de cada internação no CPN</i>	141
Figura 25 - <i>Motivo saída do Centro Psiquiátrico Nacional</i>	142
Figura 26 - <i>Quantidade de internações das(os) pacientes do CPN</i>	145
Figura 27 - <i>Principais diagnósticos</i>	155
Figura 28 - <i>Impróprio para menores</i>	173
Figura 29 - <i>Leucótomo: instrumento utilizado para a leucotomia</i>	175

Figura 30 - Pontos de incisão e a direção do leucótomo.....	175
Figura 31 - Esculturas de Lúcio Noemann.....	178
Figura 32 - Pacientes após leucotomia no Instituto de Psiquiatria em 1951.....	179
Figura 33 - Tratamentos realizados.....	180
Figura 34 - Tratamentos adotados no campo da psiquiatria nas capitais brasileiras	183
Figura 35 - Pinturas Aurora Cursino dos Santos.....	192
Figura 36 - Pinturas Aurora Cursino dos Santos.....	193
Figura 37 - Pinturas de Adelina Gomes.....	197
Figura 38 - Mulher chorando (1947), Candido Portinari.....	200
Figura 39 - Trabalho remunerado e não remunerado.....	202
Figura 40 - O Momento Feminino.....	230
Figura 41 - Planta Geral do Centro Psiquiátrico Nacional (1945) - Original.....	301
Figura 42 - Planta Geral do Centro Psiquiátrico Nacional.....	302

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - <i>Amostra da Pesquisa de 1946 a 1962</i>	40
Tabela 2 - <i>Informações coletadas dos prontuários</i>	41
Tabela 3 - <i>Pessoal ativo na Indústria e Comércio</i>	64
Tabela 4 - <i>Trabalho no Brasil nos principais ramos da indústria (1948)</i>	71
Tabela 5 - <i>Crimes contra a Liberdade Sexual</i>	94
Tabela 6 - <i>Alterações do Código Civil de 1916</i>	103
Tabela 7 - <i>Instrução no Brasil em 1940</i>	107
Tabela 8 - <i>Ensino primário comum e supletivo</i>	110
Tabela 9 - <i>Alunas(os) matriculados e docentes do ensino primário e médio</i>	112
Tabela 10 - <i>Unidades escolares de 1955</i>	113
Tabela 11 - <i>Corpo Docente no Brasil</i>	114
Tabela 12 - <i>Ensino Superior</i>	115
Tabela 13 - <i>Atendimentos em ambulatórios e internações no Distrito Federal em 1953</i>	131
Tabela 14 - <i>Brasileiras(os) e estrangeiras(os) admitidos em Hospitais públicos e particulares no Brasil</i>	154
Tabela 15 - <i>Dados sobre suicídio e tentativa de suicídio no Brasil</i>	160
Tabela 16 - <i>Marcos históricos IMASNS</i>	299
Tabela 17 - <i>Tempo de cada internação</i>	304

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APA - American Psychiatric Association

BMC - Bloco Médico Cirúrgico

CFM - Conselho Federal de Medicina

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CCMS - Centro Cultural Do Ministério Da Saúde

CJM - Colônia Juliano Moreira

CPN - Centro Psiquiátrico Nacional

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais

EUA - Estados Unidos

FMB - Federação das Mulheres do Brasil

GEPHE - Grupo de Estudos e Pesquisas Higiene Mental e Eugenia

HDA - História da Doença Atual

HGR - Hospital Gustavo Riedel

HNA - Hospício Nacional de Alienados

HNS - Hospital de Neuro Sífilis

HPH - Hospital Pedro II

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMASNS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

IP - Instituto de Psiquiatria

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIATE - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência

STO - Seção de Terapêutica Ocupacional

UNICEF - United Nations Children's Fund

URSS - União das Repúblicas Socialista Soviéticas

UDN - União Democrática Nacional

PCB - Partido Comunista do Brasil

PR - Paraná

PTB - Partido Trabalhista Brasileiro

PSD - Partido Social Democrático

JK - Juscelino Kubitschek de Oliveira

SUMÁRIO

1. INICIANDO A CAMINHADA	20
2. CAMINHO METODOLÓGICO	31
2. 1 Local escolhido para o percurso.....	32
2. 2 Período estudado e justificativa.....	33
2. 3 Fontes.....	34
2. 3. 1 Prontuários.....	34
2. 3. 2 Legislações	37
2. 3. 3 Imprensa	37
2. 4 Público Alvo	40
2. 5 Lente teórica.....	42
3. CAMINHOS “DETERMINADOS”: AS MULHERES NO CONTEXTO SOCIAL BRASILEIRO EM MEADOS DO SÉCULO XX.....	44
3. 1 Trabalho remunerado e não remunerado das mulheres	50
3. 2 Legislação: concessões e restrições dos direitos das mulheres	77
3. 3 As mulheres no âmbito educacional	105
4. TRISTE, LOUCA OU MÁ: AS MULHERES NO SÉCULO XX NO BRASIL	118
4. 1 Hospitais Psiquiátricos: Centro Psiquiátrico Nacional.....	119
4. 2 As “etiquetas científicas” atribuídas às mulheres	150
4. 3 Tratamentos: formas de “endireitar uma árvore que tivesse crescido defeituosa”	170
4. 3. 1 Arte como instrumento terapêutico	190
5. “SER-PARA-OS-OUTROS”: MEMÓRIAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO CENTRO PSIQUIÁTRICO NACIONAL	199
5. 1 Trabalho: a internação psiquiátrica das(os) consideradas(os) improdutivas(os)	201
5. 2 “Instinto materno?”	223
5. 3 Retratos de violência contra as mulheres.....	235
6. ÚLTIMAS PEGADAS DESSE PERCURSO: ALGUNS DESDOBRAMENTOS	246
REFERÊNCIAS	250
ANEXO I	298
ANEXO II.....	300
ANEXO III	303

ANEXO IV 305
ANEXO V.....307

1. INICIANDO A CAMINHADA

“Por que não nos dão a nós, mulheres, o direito de começar?

Por que sempre nos apontam o caminho?” -

Paciente no Centro Psiquiátrico Nacional em 1959

(Maura Lopes Cançado, 1979, p. 117).

Ao longo do processo histórico, desde o surgimento das sociedades de classes, as mulheres têm sido sistematicamente direcionadas a caminhos marcados pela submissão e pela violência, enquanto, aos homens, são reservados os caminhos de dominação. Há duas décadas, adentramos o século XXI e, apesar dos avanços técnicos, científicos e jurídicos, constatamos um número crescente de mulheres e de meninas que sofrem violência, nos últimos anos, no Brasil, o que, muitas vezes, culmina em suas mortes.

Conforme os dados de 2024, aumentou em 0,7% o número de feminicídios¹, de maneira que 1.492 mulheres foram mortas por serem mulheres; 63,6% eram negras; 8 em cada 10 foram assassinadas pelo seu companheiro ou ex-companheiro; 64,3% em suas próprias casas; e quase a totalidade (97%) foi assassinada por homens. Houve um aumento também das tentativas de feminicídio, a saber, 19% com relação ao ano anterior, ou seja, 3.870 tentativas de assassinatos de mulheres. O acionamento da polícia militar referente à violência doméstica, em 2024, chegou em média a duas ligações por minuto; além disso, em 2024, houve o maior registro de estupros e estupros de vulnerável da história do país, correspondendo a 87.545 vítimas; dessas, 76,8% eram vulneráveis, a maioria meninas e mulheres (87,7%) e a maioria das situações ocorreram em casa (65,7%) (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025). Ademais, foram registrados 5.372 casos de estupro coletivo no Brasil, em 2019, média de 14 por dia (Governo do Estado da Bahia, 2021). Além disso, estima-se que 43% das mulheres sofrem violência todos os dias no Brasil (Observatório da Mulher contra a Violência, 2016).

No que se refere às outras formas de desigualdade social, ressaltamos a desigualdade no trabalho, visto que o salário das mulheres é 19,4% inferior ao dos homens, além do fato de que a diferença aumenta para 25,2%, quando se trata de cargos gerenciais (Ministério do Trabalho e Emprego, 2024). Em contraposição, as mulheres dedicam-se aproximadamente dez horas a mais, por semana, nos afazeres domésticos e/ou cuidado de pessoas, bem como, ainda, são a

¹ Lei n.º 13.104 (2015), que estabelece o homicídio de mulheres em razão da condição de ser do “sexo feminino”.

minoria nos cargos gerenciais (39,3%), ministeriais do governo (23,7%), câmara dos deputados (17,9%) e câmara de vereadores (16,1%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2024).

Essa desigualdade social entre homens e mulheres inquieta-me desde a adolescência, ao perceber que elas têm possibilidades reduzidas, visto que são limitados não somente seu desenvolvimento, mas também suas vidas. Assim, podem sofrer diversas formas de violência no decorrer da vida, de forma que não estão seguras nem em suas próprias casas, com seus maridos e familiares; além disso, são naturalizados os papéis sociais atribuídos às mulheres, justificando que elas seriam “frágeis/instáveis/emocionais demais/sensíveis/loucas”.

Entretanto, historicamente, essa desigualdade nem sempre existiu. Como delinea Engels (2017, p. 89), “a primeira oposição de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre o homem e a mulher, na monogamia e que **a primeira opressão de classe coincide com a opressão do sexo feminino pelo masculino**” (grifo nosso); com esse antagonismo, desenvolve-se o sistema patriarcal, em que o patriarca (chefe da família) tem posse sobre a mulher e as(os) filhas(os)².

Lerner (2019) enfatiza que o patriarcado se configura como um sistema estrutural, alicerçado em fundamentos materiais, que perpetua uma hierarquia social, sustentando a dominação masculina por meio de múltiplas instituições, tais como o Estado, a família, a religião e a escola. Esse sistema é respaldado por ideologias que propagam a ideia de que as mulheres seriam biologicamente inferiores, contudo, “os papéis e os comportamentos considerados apropriados aos sexos eram expressos em valores, costumes, leis e papéis sociais” (p. 261). Ademais, tais ideologias perpetuam a concepção de que o patriarcado é eterno, imutável e a-histórico. Mészáros (2011) também menciona que, fundamentando-se nas estruturas discriminatórias previamente instauradas, o capitalismo edificou seus fundamentos e os ajustou a seus propósitos e às suas exigências de reprodução.

Segundo Heller (1985), os papéis sociais são formas de comportamentos esperados, cristalizados, estereotipados e atribuídos às pessoas para o sistema social funcionar, assim, os papéis são estabelecidos de acordo com a estrutura social, alienando o sujeito. A autora enfatiza que “os comportamentos de tipo ‘papel’ modificam a função do dever-ser na vida cotidiana. [...] sejam econômicas, políticas, morais ou de outro tipo” (p. 94). Os estereótipos descrevem o que é esperado de cada papel social, cabendo aos sujeitos a adaptação às exigências sociais;

² Por se tratar de uma pesquisa com foco nas mulheres, e considerando que, de acordo com o Censo Demográfico brasileiro de 2022, as mulheres representavam 51,5% da população (IBGE, 2022), utilizamos, nos casos de adjetivos biformes, primeiro o adjetivo no gênero feminino e, posteriormente, no masculino.

logo, é um caminho manipulado. Há, é claro, aqueles que recusam seguir os papéis sociais estabelecidos.

De acordo com Lessa (2012), as mulheres foram moldadas durante o processo histórico para a submissão na sociedade de classes, reduzidas a “pessoas débeis, frágeis, ignorantes, bonitas para os homens aos quais deve servir, dóceis, compreensivas” (p. 37). Já na construção do masculino efetivou-se o oposto, pois eles precisam dar ordens e exercer a violência, precisam “ser bravos, inteligentes, corajosos, destemidos - individualistas, mesquinhos, egoístas, cruéis” (p. 38). Assim, são exigidos das mulheres e dos homens papéis sociais distintos, para a manutenção da ordem social vigente.

Tais fatores motivaram a formulação do problema de pesquisa do mestrado (Parisoto, 2020): sobre as mudanças e as permanências da cultura machista na sociedade e como isso ainda implicava a formação social de adolescentes. A partir de questionário realizado com 145 adolescentes do ensino médio, de cinco colégios públicos de Cascavel-PR, concluímos que, nos diversos ambientes sociais, por exemplo, na casa, na igreja, na escola, no trabalho, nas mídias sociais, as(os) adolescentes vivenciavam situações de desigualdade entre homens e mulheres. As concepções dessas(es) adolescentes, sobre ser homem e ser mulher, em geral, ainda estavam relacionadas aos papéis sociais frequentemente atribuídos ao feminino (frágil, delicada, dona de casa etc.) e ao masculino (forte, insensível, agressivo, protetor etc.).

Após o término do mestrado, orientei projetos de extensão universitária direcionados para acadêmicas(os) de Psicologia na Universidade Paranaense — UNIPAR, campus Cascavel Paraná (PR), de 2020 a 2022, enquanto estava na função de psicóloga responsável técnica do Centro de Psicologia Aplicada. Nesse espaço, as(os) acadêmicas(os) realizavam atendimento psicológico a mulheres em situação de violência doméstica, a maioria encaminhadas por serviços da rede socioassistencial do município. Atualmente, sou servidora pública, atuando como psicóloga no Abrigo de Mulheres Vanusa Covatti de Cascavel-PR³, desde 2022, que visa ao acolhimento provisório de mulheres e seus dependentes em situação de risco ou ameaça de morte decorrente de situação de violência doméstica e/ou familiar. Essas pesquisas e trabalhos intensificaram minha inquietação sobre a desigualdade entre mulheres e homens, que ainda é uma realidade em nossa sociedade.

Tanto no Centro de Psicologia Aplicada quanto no Abrigo de Mulheres, as mulheres atendidas eram da classe trabalhadora e, por conta da situação de violência doméstica, a

³ O Abrigo de Mulheres é uma unidade de acolhimento pertencente à Secretária Municipal de Assistência Social de Cascavel-PR, fazendo parte da alta complexidade, mantido com recursos livres do município.

violência psicológica, em geral, era constante. Em muitos casos, são proibidas de exercer trabalho remunerado, de estudar e até de visitar amigos e familiares; dessa maneira, ficam reclusas ao espaço doméstico e, a elas, fica designada a função principal de cuidado das(os) filhas(os). Há, ademais, situações em que a mulher necessita trabalhar de modo remunerado e ainda precisa cuidar da casa e das(os) filhas(os), tendo uma tripla jornada de trabalho. Esses casos eram, e ainda são, nas situações das mulheres do abrigo, a minoria dos casos atendidos, embora seja uma realidade de diversas mulheres brasileiras⁴. A responsabilidade pelo cuidado das(os) filhas(os), somada ao baixo salário, à falta de suporte familiar e à escassez de vagas em Centros Municipais de Educação Infantil e em escolas públicas de tempo integral, representa alguns dos principais obstáculos para que a mulher consiga romper o ciclo da violência doméstica. Outro ponto de destaque são as implicações da desigualdade e das situações de violência no sofrimento psíquico dessas mulheres, em geral, diagnosticadas com ansiedade e depressão.

Além disso, ao participar do Grupo de Estudos e Pesquisas Higiene Mental e Eugenia [GEPHE], cujo objetivo é pesquisar e estudar sobre o ideário da higiene mental e da eugenia no Brasil (GEPHE, 1998), pude perceber a relação entre as construções histórico-sociais com tais ideários, assim como o impacto da higiene mental e da eugenia na ciência e na vida das pessoas da época, principalmente das mulheres.

Essas vivências e experiência profissional levaram-me a pesquisar sobre a existência de diferenças no sofrimento psíquico entre mulheres e homens, na hipótese de tal distinção ser decorrente das desigualdades entre eles. Houve um aumento das pessoas que são diagnosticadas com “transtornos mentais”, sendo cerca de 720 milhões de pessoas no mundo, equivalente, em média, a 10% da população mundial (Agência Saúde, 2021).

Algumas pesquisas demonstram distinções entre mulheres e homens referentes ao sofrimento psíquico. Como expõe Fontanella (2017), as mulheres, além de serem mais diagnosticadas com depressão e ansiedade, tomam mais psicofármacos do que os homens. Para o IBGE (2020), 14,7% das mulheres e 5,1% dos homens entrevistados tinham o diagnóstico de depressão. Em relação aos tratamentos utilizados, somente 8,9% faziam psicoterapia, já 48% usavam medicamentos para depressão. Além disso, $\frac{2}{3}$ das pessoas diagnosticadas com transtornos de ansiedade e depressão são mulheres, ou seja, 7 em cada 10 casos, já os homens

⁴ A tripla jornada de trabalho das mulheres envolve os afazeres domésticos, cuidado das(os) filhas(os) e o trabalho remunerado, assim, de acordo com os dados do IBGE (2024), 53,3% das mulheres com mais de 15 anos estão inseridas na força de trabalho, e 56,6% das mulheres de 25 a 54 anos possuem algum trabalho e são mães de crianças de até seis anos; já dos homens, são 89%.

são a maioria dos transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas (Laboratório Think Olga, 2023).

Mas, afinal, o que são classificações diagnósticas? Quem as define? E por que são distintas as classificações diagnósticas e tratamentos para mulheres e homens? Esses são alguns questionamentos que levantamos ao iniciarmos esta pesquisa. Pessotti (1994) enfatiza que o sofrimento psíquico é um fenômeno que intriga estudiosos desde a Grécia antiga; tenta-se, há séculos, compreender e explicar como ocorre o funcionamento do psiquismo, o que causa o adoecimento, o que seria tido como normal ou anormal e como classificar e “curar” esses sujeitos. Sob essa perspectiva, Gomes (2020) enfatiza que, ao longo dos séculos, consolidou-se a ideia predominante de que a saúde representa a ausência de doença, enquanto a doença é compreendida como uma disfunção do funcionamento normal do organismo biológico.

Nesse processo histórico, para Amarante e Torre (2010, p. 151), houve várias classificações e denominações que fazem referência ao conceito de normalidade, tais como “loucura”, “insanidade”, “problema mental”, “distúrbio”, “alienação mental”, “doença mental” e, atualmente, o termo utilizado no século XXI “transtorno mental” (American Psychiatric Association [APA], 2014). Amarante (1996) destaca a utilização desses termos entre aspas buscando romper com a lógica teórico-conceitual utilizada pela psiquiatria de normalidade⁵.

O significado das “doenças mentais” depende de cada época histórica, da cultura, desenvolvimento científico, sistema econômico, normas e papéis sociais atribuídos às mulheres e aos homens. Por isso, para compreender as classificações diagnósticas, é necessário investigar sua construção histórica. No início do século XX, os tratamentos das “doenças mentais” eram principalmente o eletrochoque, a malarioterapia, a contenção física, a lobotomia, dentre outros procedimentos; ademais, na década de 1950, surge o primeiro antipsicótico na Europa, sendo que também foram desenvolvidas, posteriormente, outras medicações (Rodrigues, 2003).

Necessário ressaltar que a lobotomia e a leucotomia cerebral foram realizadas no Brasil, durante a metade do século XX, principalmente em mulheres, como aponta a pesquisa de Toledo (2019) que, ao analisar prontuários psiquiátricos do Hospital Psiquiátrico do Juquery⁶, pontua que 95,08% das lobotomias foram realizadas em **pacientes do sexo feminino**. Embora

⁵ Neste estudo, adotamos entre aspas os termos “transtorno mental”, para se referir às classificações diagnósticas do século XXI, e “doenças mentais” quando se tratar dos séculos anteriores, por fazerem menção à existência de uma suposta anormalidade.

⁶ Em 1898, foi criado o Asilo Colônia da Sucursal do Juquery do Hospício de Alienados de São Paulo, como uma colônia agrícola; posteriormente, foram inauguradas outras instalações e pavilhões (Cunha, 1986). De acordo com reportagem de Biancarelli (1998) sobre uma investigação de 50 mil pessoas mortas do Hospital do Juquery, há, até então, dois livros com nomes de 12.500 pacientes mortos, entre 1965 e 1989, entregues à Procuradoria Geral da Justiça. Desses mortos, 7.600 teriam sido enterrados dentro do hospital.

as mulheres sejam a minoria (39%) das internações psiquiátricas realizadas no ano de 1952 e no ano de 1968⁷ (Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1954a, 1970), os tratamentos controversos eram realizados principalmente nelas.

Com as mudanças sociais por conta da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), impulsionadas pelo avanço científico e tecnológico, houve alterações não somente nos tratamentos, mas também nas classificações diagnósticas. Em 1948, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, foi aprovada uma Classificação brasileira das “doenças mentais”, divididas em doze principais classificações (Cavalcanti, 1949). Já no âmbito internacional, nos Estados Unidos (EUA), a APA criou, em 1952, o primeiro Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-I), com base na teoria psicanalítica que estava em voga naquela época, descrevendo 106 diagnósticos (Burkle, 2009).

Existe um número crescente de classificação diagnósticas do DSM-I ao DSM-IV, que foi criado em 2013, o qual aumentou em 200% a quantidade de classificações (Amarante & Freitas, 2017). O DSM-D é o modo de classificação utilizado atualmente nos EUA, no Brasil e em alguns outros países, o qual determina o que seria considerado como “transtorno mental” ou não, visto que há mais de 300 classificações diagnósticas (APA, 2014). Segundo o DSM-5 (APA, 2014), “transtorno mental” seria:

uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (p. 20).

Tal conceituação revela-se ampla e deliberadamente genérica, característica que também marca a definição de saúde formulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946/1948, segundo a qual saúde corresponde a “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas à ausência de doença” (Montes, Fraga & Souza, 2020, p. 128). Embora essa formulação represente uma conquista histórica do período pós-Segunda Guerra Mundial — ao afirmar a saúde como um direito universal e como responsabilidade do Estado em sua promoção e proteção, além de reconhecer que saúde não é somente a ausência de enfermidades —, sua amplitude conceitual também constitui um limite analítico. Ao postular

⁷ Em 1952, das 30.602 admissões em 97 hospitais psiquiátricos públicos e privados do Brasil (total de 109 hospitais), 39,97% eram de mulheres (Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1954a); em 1968, aumenta-se o número de internações para 105.086 referente a 211 hospitais psiquiátricos; a porcentagem de mulheres permanece basicamente a mesma, de 39,43% (Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1970); em 2006, houve uma pequena diminuição nas internações femininas: de 101.150 internações psiquiátricas, 35,05% eram de mulheres (Ministério da Saúde, 2006).

um ideal de “completo bem-estar”, a definição tende a naturalizar um parâmetro normativo, obscurecendo as determinações históricas, sociais e políticas que produzem os processos de saúde e adoecimento, bem como as desigualdades estruturais que os atravessam.

Em relação às diversas classificações diagnósticas, Maura Lopes Cançado, paciente no Centro Psiquiátrico Nacional (CPN), escreve sobre uma de suas internações em 1959:

Terminarei pela vida como essas malas, cujos viajantes visitam vários países e em cada hotel por onde passam lhes pregam uma etiqueta: Paris, Roma, Berlim, Oklahoma. E eu: PP [Personalidade Psicopática], Paranoia, Esquizofrenia, Epilepsia, Psicose Maníaco-Depressiva, etc. **Minha personalidade mesma será sufocada pelas etiquetas científicas** (Cançado, 1979, p. 44, grifo nosso).

No transcorrer do tempo, além do aumento na quantidade de classificações diagnósticas de pessoas em sofrimento psíquico, houve também o aumento das prescrições de medicamentos, sendo o Brasil o maior consumidor de clonazepam, utilizado comumente para ansiedade, e de midazolam, utilizado para induzir ao sono⁸ (United Nations, 2018).

Chama-nos atenção a diferença nos adoecimentos, diagnósticos e tratamentos designados às mulheres e aos homens, internadas(os) em hospitais psiquiátricos públicos e privados, de 1952 até 1970. Assim, nesses locais, as mulheres eram diagnosticadas principalmente com psicose maníaco-depressiva, formas maníacas, formas melancólicas, neurose e estados histéricos de conversão; já os homens, com psicose, alcoolismo, paranoia e psicopatia (Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1954b, 1964; Divisão Nacional de Saúde Mental, 1972).

Em estudos sobre a temática da “doença mental” das mulheres, que possuem como recorte histórico entre o final do século XIX e início do século XX, Cunha (1986), Franca Basaglia (1987), Rohden (2001), Vieira (2002) e Toledo (2019) demonstraram a influência das construções sócio-histórico dos papéis sociais femininos no que é considerado como “doença mental”. Dessa forma, as mulheres que, em geral, não cumpriam os papéis sociais esperados e designados eram internadas em hospitais psiquiátricos como “doentes mentais”; assim, a mulher saudável era a submissa, que cumpria seu papel de esposa, mãe e boa dona de casa. Isso foi pontuado por Szasz (1980):

Chamamos as pessoas de doentes fisicamente quando o funcionamento de seu corpo viola certas normas anatômicas e fisiológicas; de forma análoga, chamamos de

⁸ De acordo com uma pesquisa realizada pela United Nations (2018), que analisa diversos psicofármacos consumidos e fabricados mundialmente, como exemplo, o clonazepam, foram consumidas e fabricadas 517 milhões de Doses Definidas Diárias [S-DDD], e midazolam, 98 milhões de S-DDD.

mentalmente insanas as pessoas cuja conduta pessoal viola certas normas éticas, políticas e sociais (p. 29).

Franca Basaglia (1987) ressalta que, quanto mais restritas eram as funções e as obrigações sociais, como nas mulheres, mais resultavam tipos de infrações e de sanções psiquiátricas, assim, a relação entre as “doenças mentais” e a rigidez das regras comportamentais recai mais evidentemente sobre as mulheres do que em relação aos homens. Tais regras, muitas vezes, estão relacionadas à ordem moral ou aos estereótipos femininos, explicados por leis da natureza, como a menstruação, a gravidez e a menopausa; dessa maneira, a mulher é fraca por natureza, maternal, sedutora, perfeita, e “estúpida por natureza” (p. 35). Portanto, as mulheres, que são fortes, inteligentes, não maternais, agressivas, estão agindo contra a natureza feminina; já a mulher saudável, é passiva e corresponde ao ideal de feminilidade. Nessa perspectiva, Cançado (1979, p. 110) expressa: “julgava-me deteriorada moral e sexualmente [...] Nas minhas agitações gritava estar pagando pelos meus atos sexuais”.

Zanello e Silva (2012), ao analisar prontuários de dois hospitais psiquiátricos do Distrito Federal, de 72 homens e de 165 mulheres, explicitam que o próprio olhar do profissional da saúde mental perpassa pela busca de um padrão ideal masculino e feminino. Cita, como exemplo, ser mais frequente se deparar com uma mulher “chorosa” (p. 269) do que um homem, assim como de um homem agressivo, do que uma mulher agressiva, sendo que o nível de tolerância, em relação aos comportamentos, é distinto para ambos os sexos/gêneros. Na pesquisa das autoras, chama-nos a atenção a distinção dos considerados sintomas femininos, a exemplo de, principalmente, “insônia, ansiedade, tristeza, choro (imotivado?), angústia, irritabilidade, depressão, nervosismo, desânimo, dificuldade nas relações” (p. 273); já nos homens, “agressividade, alucinação auditiva, agitação psicomotora, ideação suicida e alcoolismo” (p. 273). Fontanella (2017) também enfatiza sobre as distinções nas avaliações diagnósticas, que acabam perpassando os valores dos papéis sociais atribuídos, pois os comportamentos tolerados para as mulheres não são os mesmos tolerados aos homens.

Portanto, as “doenças mentais”, principalmente no caso das mulheres, são comumente justificadas como um problema individual, causado por fatores biológicos, não revelando imediatamente o vínculo social das atribuições dos papéis sociais femininos e masculinos com as “doenças mentais”. Diante do exposto, temos como objetivo **analisar a relação entre as “doenças mentais” e os papéis sociais atribuídos às mulheres, no período de 1946 a 1962, no Brasil.**

Para analisar esse fenômeno em seu processo de construção e desenvolvimento, tivemos como foco a metade do século XX no Brasil e, mais especificamente, o **recorte temporal de 1946 a 1962**, em decorrência de transições sociais que implicaram a vida das mulheres, a exemplo do estabelecimento da Constituição Federal de 1946, na qual, apesar de as mulheres poderem votar desde 1932, no Brasil, com essa constituição, o voto passou a ser obrigatório às mulheres alfabetizadas (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1946); e o Estatuto da Mulher Casada, de 1962, que alterou alguns artigos do Código Civil de 1916, dentre eles, que a mulher deixa de ser considerada incapaz (Lei n.º 4.121, 1962). Outra delimitação necessária foi sobre o **local da pesquisa**, sendo analisados 85 prontuários de mulheres e 85 prontuários de homens que estiveram internadas(os) no antigo CPN, cujos prontuários estão arquivados no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira⁹, localizado no Rio de Janeiro.

Breilh (2010) enfatiza a necessidade de romper com a lógica empírica e análise de causa-efeito da saúde-doença, sendo necessário compreendê-los enquanto movimento, relacionado com a estrutura social que gera esses fatores. Segundo Gomes (2020), tanto as capacidades corporais quanto mentais são desgastadas pelas cargas de trabalho nas relações de produção, tendo-se também os modos de vida de cada indivíduo, o cotidiano, vida política, ideológica, no plano da singularidade e particularidade, determinados pelas relações de produção e reprodução social. Martín-Baró (2017, p. 251) enfatiza que a saúde mental precisa ser analisada “não como encarnação do funcionamento individual interno, mas como a materialização, na pessoa ou no grupo, do caráter humanizador ou alienante de uma estrutura de relações históricas”. Assim, compreendemos que a estrutura social patriarcal e capitalista, os aspectos sociopolíticos brasileiros, bem como os papéis sociais atribuídos às mulheres são fenômenos determinantes e indissociáveis.

Para organização e exposição da investigação, esta tese está dividida em capítulos. Para iniciar a caminhada, expomos qual foi o caminho percorrido pelo qual decidimos seguir. O primeiro capítulo foi intitulado **Caminhos Metodológicos**, sendo subdividido da seguinte forma: local escolhido para o percurso; período estudado; fontes utilizadas; público-alvo e lente teórica adotada.

⁹ O nome do Instituto é em homenagem à psiquiatra Nise Magalhães da Silveira (1905-1999), mais conhecida pelo diminutivo de Nise da Silveira, que trabalhou no hospital de 1944 a 1975, revolucionando algumas práticas psiquiátricas, como a utilização de recursos expressivos, e criticando a lógica biomédica e psiquiátrica da época (Magaldi, 2019).

O segundo capítulo apresenta o processo histórico vivenciado pelas mulheres, do final do século XIX até a década de 1960, no Brasil, e intitula-se **Caminhos “determinados”: as mulheres no contexto social brasileiro em meados do século XX**. Para favorecer a compreensão e a organização da exposição, o capítulo foi subdividido em três seções: 1º Trabalho remunerado e não remunerado das mulheres, na qual são discutidas as divisões do trabalho na sociedade capitalista e as funções socialmente atribuídas às mulheres, evidenciando a naturalização da desigualdade no âmbito produtivo e reprodutivo; 2º Legislação: concessões e restrições dos direitos das mulheres, em que são analisadas as principais legislações da época que impactavam diretamente a vida das mulheres — incluindo o direito penal, o direito civil e a Constituição Federal; 3º As mulheres no âmbito educacional, que aborda o acesso à educação formal, bem como as desigualdades expressas tanto nas práticas quanto nas disposições legais voltadas à educação de meninas e meninos.

O terceiro capítulo, intitulado **Triste, Louca ou Má: as mulheres no século XX no Brasil**, relaciona a história dos hospitais psiquiátricos e das “doenças mentais” com os dados contidos nos prontuários psiquiátricos do CPN. Esse capítulo foi subdividido em: 1º Hospitais Psiquiátricos: Centro Psiquiátrico Nacional, em que se analisa o processo histórico dos hospitais psiquiátricos brasileiros, destacando a especificidade do CPN e o perfil das pessoas internadas, com base nas informações dos prontuários examinados; 2º As “etiquetas científicas”, que discute as classificações diagnósticas e as concepções de “doenças mentais”, com ênfase nas atribuições dirigidas às mulheres, estabelecendo relações entre os diagnósticos e os papéis sociais de mulheres e de homens internados no CPN; 3º Tratamentos para “endireitar uma árvore que tivesse crescido defeituosa”, seção em que são descritos e analisados os principais tratamentos psiquiátricos utilizados no Brasil, em meados do século XX, bem como os procedimentos adotados especificamente no CPN.

O quarto capítulo, **Memórias da institucionalização no Centro Psiquiátrico Nacional**, busca, a partir das informações presentes nos prontuários, estabelecer possíveis relações entre os aspectos sociais e os papéis sociais com as atribuições das “doenças mentais”. A análise permitiu identificar elementos recorrentes nas histórias de vida das pessoas internadas, os quais foram organizados em três principais aspectos: 1º Trabalho: a internação psiquiátrica das(os) consideradas(os) improdutivas(os), que aborda os casos em que o trabalho aparece como um dos principais fatores de internação, havendo distinções sobre o que era considerado improdutivo para mulheres e homens; 2º “Instinto materno?”, que apresenta situações nas quais a maternidade e suas idealizações se revelam como elementos centrais de

sofrimento psíquico; 3º Retratos de violência contra as mulheres, em que são analisados os casos em que a violência, sobretudo doméstica, é explicitada nos prontuários.

No final dessa caminhada, chegamos às **Últimas pegadas desse percurso: alguns desdobramentos**. Ao nos depararmos com a materialidade das fontes de pesquisa, revelou-se a complexidade das relações entre os fenômenos estudados. Os registros analisados tinham como foco descrever sintomas, atribuir diagnósticos e buscar a “cura” das pessoas consideradas com “doenças mentais”, evidenciando a biologização dos sofrimentos e o apagamento das histórias de vida das pessoas internadas no complexo hospitalar. O sofrimento psíquico relatado nos prontuários, em maior ou menor grau, estava intrinsecamente relacionado aos papéis sociais e à lógica da produtividade exigida pela sociedade capitalista.

Dessa forma, este estudo reitera as implicações da estrutura patriarcal e capitalista na constituição da vida e do sofrimento psíquico, bem como nas formas distintas pelas quais mulheres e homens foram — e ainda são — diagnosticados e tratados. Entre os mecanismos de controle e ajustamento social, destacamos as instituições psiquiátricas e as(os) profissionais de saúde que, sob o manto de uma suposta neutralidade científica, utilizam diversas “etiquetas científicas” para classificar, normatizar e adequar os sujeitos às exigências da ordem vigente. Para além de estabelecer os nexos entre “doenças mentais” e papéis sociais, esta pesquisa buscou lançar luz sobre uma organização social que adoce os sujeitos, em que cada diagnóstico carrega marcas de um tempo, de uma ideologia e de uma forma de produção e reprodução da vida.

2. CAMINHO METODOLÓGICO

*Alice: “[...] poderia me dizer, por favor, qual o caminho devo tomar [...]?”
 ‘Isso depende muito de para onde você quer ir’, respondeu o Gato.
 ‘Não me importo muito para onde...’, retrucou Alice.
 ‘Então não importa o caminho que você escolha’,
 disse o Gato” (Carroll, 2002, p. 59).*

Alice no País das Maravilhas é uma literatura escrita por Lewis Carroll (1832-1898), em 1865, na Inglaterra. O livro, embora seja fictício, contém críticas importantes à realidade, ao contexto da Inglaterra da época, período monárquico sob o governo da Rainha Vitória (1837-1901) e consolidação da industrialização (Rothmann & Alves, 2013). A história é de Alice, uma criança que adentra em outro mundo e se depara com diversos personagens fantasiosos; ao caminhar nesse novo mundo, pede informações, para um Gato, sobre qual caminho deve tomar, porém, ela não sabe aonde deseja chegar, e o Gato orienta, então, que qualquer caminho importa.

O diálogo de Alice com o Gato nos remete à importância da definição do objetivo a ser alcançado ao iniciarmos a caminhada de uma pesquisa, assim, o **objetivo** que nos direciona é **analisar a relação entre as “doenças mentais” e os papéis sociais atribuídos às mulheres, no período de 1946 a 1962, no Brasil**. Com a direção definida, necessitamos tomar algumas decisões que nos auxiliaram a alcançar nosso propósito, como o local onde seriam coletadas as informações, os instrumentos necessários para a caminhada e a lente teórica que subsidiou todo o percurso.

Ademais, como se trata de uma pesquisa documental que utiliza prontuários psiquiátricos, foi necessária a aprovação da coleta de dados no Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá, sendo aprovado o projeto de pesquisa em março de 2023, CAAE: 67183523.4.0000.0104. Como envolvia instituição pública da saúde do Rio de Janeiro, também foi necessária a aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, de maneira que o projeto foi aprovado em maio de 2023, CAAE: 67183523.4.3001.5279.

A seguir, apresentamos os caminhos trilhados na construção desta pesquisa — os passos que, juntos, compõem o percurso metodológico.

2. 1 Local escolhido para o percurso

A escolha do local da pesquisa propriamente dita poderia ter sido diversa, tendo em vista que, em 1952, já existiam 109 instituições psiquiátricas, públicas e privadas no Brasil (Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1954a). Decidimos pelo complexo hospitalar CPN, que ficava localizado na então capital brasileira, Rio de Janeiro, por conta da relevância histórica e científica dessa instituição psiquiátrica.

Esse complexo hospitalar teve origem em 1911, denominado na época Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, primeira instituição psiquiátrica destinada a mulheres, que, posteriormente, recebeu a transferência de todas(os) pacientes do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. A instituição passou por diversas reorganizações no decorrer do processo histórico (conforme expresso na tabela 16, no Anexo I), constituindo-se como um complexo hospitalar com várias seções; de 1944 até 1965, foi denominada como CPN, criada pelo Decreto-lei n.º 7.055 (1944).

Por meio do Decreto n.º 55.474 (1965), o CPN passou a ser denominado Centro Psiquiátrico Pedro II, de forma que foi municipalizado em 5 de setembro de 2000, pelo Decreto n.º 18.917 (2000), tendo alterado o nome para Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMASNS). As internações psiquiátricas no IMASNS foram encerradas somente em 2021; assim, as(os) pacientes que não possuíam familiares foram encaminhados para residências terapêuticas (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2021).

Em nossa pesquisa documental no IMASNS, no mês de agosto de 2023, constatamos que a maioria dos pavilhões da instituição estavam desativados. Algumas das seções em funcionamento são o Museu Imagens do Inconsciente, o Memorial da Loucura do Engenho de Dentro, o ambulatório para internações emergências e atendimentos às pessoas em sofrimento psíquico em meio aberto e setores destinados à guarda dos arquivos históricos. Também são realizados grupos terapêuticos, atividades artísticas e culturais, loja com produções de usuários(as) do instituto, eventos, como bloco de carnaval, inclusive com participação de pessoas que estiveram internadas no complexo hospitalar.

Os arquivos que abrigavam os prontuários do período selecionado estavam organizados em dois locais no IMASNS:

- a) **Centro de Documentação e Memória:** responsável pelo acervo do extinto Hospício de Pedro II/Hospício Nacional de Alienados, da Colônia de Mulheres Alienadas do Engenho de Dentro, do Centro Psiquiátrico Nacional e do Centro Psiquiátrico Pedro II. Esse acervo possui os prontuários das(os) pacientes internadas(os)

até 1949 e a documentação administrativa (Conselho Nacional de Arquivos, 2024). Há também a Biblioteca Alexandre Passos¹⁰, na qual constam livros, documentos históricos, mapas, revistas científicas, dentre outros.

b) **Arquivo Médico:** responsável pela guarda dos prontuários médicos desde 1950 até os dias atuais (Conselho Nacional de Arquivos, 2024).

No percurso de nossa pesquisa, encontramos alguns obstáculos, alguns singulares por conta da nossa disponibilidade de tempo; outros em razão da organização dos arquivos e limitações das informações encontradas ao manusear os prontuários. Os prontuários até 1949 que estavam no Centro de Documentação e Memória estavam organizados por ordem alfabética e ano de internação. Nesse setor, havia uma equipe somente para o cuidado e higienização do material histórico, o que facilitava a coleta de informações. Já os prontuários do Arquivo Médico, a partir de 1950, não estavam organizados por ordem alfabética ou ano de internação, o que dificultou a seleção dos prontuários que correspondiam ao recorte da pesquisa. Além disso, a equipe informou que já ocorreu um incêndio no local em que os prontuários são armazenados, o que pode ter causado o extravio de alguns arquivos. No Arquivo Médico, como a equipe era responsável também pelos arquivos ainda em uso das(os) pacientes atendidos no IMASNS, a dedicação das(os) funcionárias(os) era para esses prontuários, não havendo equipe específica para a manutenção dos prontuários históricos. Além disso, como não era permitida a cópia dos prontuários, todas as informações consideradas relevantes para a pesquisa tiveram que ser copiadas, o que não permitiu analisar os prontuários na íntegra novamente.

2. 2 Período estudado e justificativa

O recorte desta pesquisa se estende de 1946 a 1962, por conta de diversos acontecimentos que ocorreram a partir da década de 1940, no Brasil, principalmente relacionados aos direitos das mulheres, como:

- a) **Constituição Federal de 1946:** em que o voto passou a ser obrigatório para as mulheres (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1946);
- b) **Estatuto da Mulher Casada de 1962:** que altera alguns artigos do Código Civil de 1916, sendo uma demarcação importante na autonomia e nos direitos das mulheres em relação aos maridos, principalmente ao não serem mais consideradas como incapazes, ao menos legalmente (Lei n.º 3.071, 1916; Lei n.º 4.121, 1962).

¹⁰ Salientamos que, para o acesso aos documentos administrativos e históricos da Biblioteca Alexandre Passos, não se faz necessária a aprovação em Comitê de Ética e é possível a cópia dos arquivos.

Além de tais marcos, nesse período, há outras legislações que implicaram a assistência à saúde mental da população, as quais justificam também a escolha desse recorte:

- a) **Decreto-lei n.º 8.550 (1946):** que busca intensificar a assistência psiquiátrica no território nacional, aumentando a quantidade de instituições psiquiátricas;
- b) **Decreto n.º 49.974-A (1961):** que estabelece que é dever do estado e da família prezar pela saúde coletiva, fornecendo acesso gratuito a atendimentos médicos. Além disso, estabelece que as internações psiquiátricas devem ser reduzidas ao mínimo possível.

2. 3 Fontes

Selecionamos os prontuários psiquiátricos como principal fonte de análise, por representarem tanto a materialização das concepções científicas da época sobre a “doença mental”, em mulheres e homens internadas(os), quanto os registros das trajetórias de vida dessas pessoas, permitindo delinear os possíveis papéis sociais que lhes eram atribuídos e esperados naquele período.

Para contextualizar e aprofundar a análise dos prontuários, recorreu-se à legislação vigente à época, das revistas científicas e à imprensa comum do período.

2. 3. 1 Prontuários

Os prontuários de pacientes constituem importante documento de registro, como já destacava a enfermeira Florence Nightingale (1820–1910) sobre a relevância dos registros documentais para os cuidados das(os) pacientes. Em 1880, William Mayo, juntamente com um grupo de colegas, fundou a Clínica Mayo, nos EUA, ao observar que a maioria dos médicos registrava as informações de todas(os) as(os) pacientes em um único documento, o que dificultava a localização do registro específico de um paciente. Em 1907, a Clínica Mayo começou a realizar os registros das(os) pacientes individualmente, originando o prontuário médico organizado cronologicamente (Massad, Marin & Azevedo Neto, 2003).

No Brasil, com a criação da Assistência a Alienados em 1890, foi determinado que todos os estabelecimentos de saúde mental deveriam ter um livro para a inscrição das(os) “doentes” e outro livro para o registro clínico (Decreto n.º 206-A, 1890). Em 1903, a Assistência a Alienados é reorganizada, devendo os diretores enviar mensalmente para a Comissão Inspetora a relação circunstanciada das(os) “doentes” internados no mês anterior (Decreto n.º 1.132, 1903).

Em 1934, com o Decreto n.º 24.559 (1934), que estabelece a fiscalização dos serviços psiquiátricos brasileiros, constam, de modo mais detalhado, as informações que necessitam ser registradas de cada paciente:

Art. 15. Todo estabelecimento psiquiátrico deverá inscrever em livro rubricado pela Comissão Inspetora o nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, cor, profissão, estado civil e residência do indivíduo admitido, data da sua entrada, todos os documentos relativos à internação, e nome e residência das pessoas por ele, responsáveis.

Em 1943, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi criado um modelo técnico de prontuários, responsável pela guarda do Arquivo Médico, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística [SAME], baseado no modelo dos Estados Unidos, o qual criou, em 1928, o primeiro SAME. Dentre as suas finalidades, estava registrar todos os fatos sobre a(o) paciente, desde sua entrada até a saída do hospital (Kedy, 1984).

Contudo, a obrigatoriedade do prontuário médico ainda não era prevista no Código de Ética Médico de 1945, nem no de 1953 (Código de Deontologia Médica, 1945, 1953). Na resolução do Conselho Federal de Medicina [CFM] 1.246 (1988), consta que é vedado ao médico deixar de produzir prontuário para cada paciente. Somente em 2002, o CFM estabelece o registro sistemático dos dados da(o) paciente e a comunicação entre as(os) profissionais de saúde. De acordo com a Resolução CFM n.º 1.638 (2002), o prontuário médico é um documento valioso para a(o) paciente, para a instituição e para a pesquisa, pois é:

documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (Resolução CFM n.º 1.638, 2002, p. 1).

Pinheiro (2018), em estudo realizado nos prontuários dos pacientes de lepra da Colônia Antônio Diogo de 1928, pontua as especificações dos prontuários médicos enquanto fonte de pesquisa: nos prontuários, constam informações de caráter médico e informações pessoais dos pacientes; as informações contidas podem variar de prontuário para prontuário; é difícil a compreensão sobre a visão dos pacientes, pois o que contém nos prontuários é com base na visão do profissional da saúde. O mesmo autor ressalta que as percepções sociais estão presentes no discurso médico, por isso, a necessidade de uma análise atenta, para além das nomenclaturas diagnósticas.

No presente estudo, os dados coletados dos prontuários fazem parte do Arquivo Permanente (s.d.) do Instituto Municipal Nise da Silveira. Os prontuários possuíam um modelo geral (reprodução em Anexo V); na capa, constava: nome da(o) paciente; idade; data de nascimento; estado civil; raça; instrução; “internante” (quem realizou a internação da(o) paciente); diagnóstico; qual hospital estava internado dentro do complexo hospitalar; foto 3x4.

No verso do prontuário, era registrada a movimentação da(o) interna(o), se era transferido para algum hospital dentro do complexo hospitalar, ou se foi transferido para outro hospital fora do complexo, se recebeu alta, saiu de licença experimental, evadiu ou faleceu. Salientamos que, embora fosse um modelo geral, nem todos os prontuários seguiam esse modelo ou estavam preenchidas todas as informações.

Os documentos que estavam dentro dos prontuários variavam de cada prontuário; a maioria possuía ao menos um documento: exame físico/somático, o estado físico de quando a pessoa foi internada, se é leptossomático, pícnico ou atlético; exame psíquico/mental, em que era descrito se a(o) paciente estava orientada(o) ou desorientada(o) alopsiquicamente (no meio e no tempo) e autopsiquicamente (se a pessoa sabe quem é), assim como se possuía alucinações, delírios e outros sintomas; e tratamentos realizados. Em alguns prontuários, principalmente os que a(o) paciente foi atendido por profissional do serviço social, em que eram coletadas informações de familiares ou alguém próximo a(ao) paciente, continha: história “heterofamiliar”/antecedentes familiares; história pessoal/antecedentes pessoais, em que constava se alguém da família tinha algum histórico de “doença mental”; história da “doença mental”.

Os dados que constavam nos prontuários eram baseados na visão médica e teórica da época. Com base nisso, Garcia (1954) salienta que, no diagnóstico psiquiátrico, se deve realizar uma anamnese objetiva, com antecedentes familiares, vida do sujeito, vida sexual, doenças, hereditariedade. Além disso, deve realizar um exame médico constando a tipologia morfológica¹¹ da pessoa com base no psiquiatra alemão Ernst Kretschmer (1888–1964). Dessa forma, foi possível observar que a maioria dos prontuários da pesquisa continha informações

¹¹ Kretschmer, em 1921, estabeleceu quatro biotipos: 1. pícnico, pessoas de formas arredondadas, baixas e com peso elevado; 2. leptossomático, pessoas altas, corpo alongado e cabeça pequena; as mulheres teriam tais características mais sutis; 3. atlético, pessoas com corpo musculoso, tórax imponente, rosto robusto; as mulheres atléticas seriam deselegantes e com ausência de requisitos femininos; 4. displásicos, pessoas com morfologia anormal, como com formas infantis ou afeminados; esse quarto tipo não constava em nenhum prontuário. Para cada tipo morfológico, existe o temperamento condizente e a “doença mental” mais propensa. Assim, as pessoas com psicose maníaco depressiva, em sua maioria, possuiriam o tipo morfofisiológico pícnico; as pessoas com esquizofrenia, em sua maioria, seriam do tipo leptossomático, e as que possuem epilepsia são atléticas ou displásicas (Garcia, 1954).

do tipo morfológico da pessoa ali internada, se era leptossomático, pícnico ou atlético, o que explicita a visão biologicista dos médicos da época e do complexo hospitalar.

2. 3. 2 Legislações

A legislação é um importante documento enquanto fonte histórica, pois as leis vigentes de uma época nos permitem compreender quais as forças político-ideológicas presentes e quais os interesses defendidos que refletem as relações de poder estatal (Porto, Freitas & González, 2009).

Dessa forma, consultamos a Constituição Federal, o Código Penal, o Código Civil, as legislações educacionais, e legislações que diziam respeito à assistência a pessoas consideradas com “doenças mentais” e a hospitais psiquiátricos.

2. 3. 3 Imprensa

De acordo com Capelato (1988), a imprensa é uma representação ideológica do real, dos momentos particulares daquela realidade, ou seja, fruto de determinadas práticas sociais de um período. A análise de jornais permite compreender as ideias que circulam em uma época: “os jornais oferecem vasto material para o estudo da vida cotidiana. Os costumes e práticas sociais, o folclore, enfim, todos os aspectos do dia-a-dia estão registrados em suas páginas” (Capelato, 1988, p. 34).

Do mesmo modo, Pinsky (2014) retrata que as revistas demonstram as mudanças e as permanências “nos costumes, nas relações familiares, nas normas sociais e regras de comportamento, nas imagens e nos papéis atribuídos a homens e mulheres” (p. 10). Além disso, elas auxiliam a formação de desejos, opiniões, padrões de consumo e de conduta. Contudo, as revistas não são um reflexo fidedigno da realidade, mas revelam uma visão da sociedade.

Nessa perspectiva, Capelato (1988) enfatiza que a imprensa não é neutra, nem imparcial, pois ela expressa a opinião pública, “só que na grande imprensa (a empresarial) o murmúrio da ‘voz populi’ (voz do povo) ecoa longínquo enquanto ressoa forte a ‘vox domini’ (voz dos dominantes)” (p. 18); assim, ela é um instrumento de manipulação e de intervenção nos interesses e na vida social. Os jornais são produzidos por pessoas representantes dos interesses de classes diversas, cuja consciência é determinada na vida social, por isso, há a necessidade de compreender quem produziu o jornal, qual a finalidade dele e em qual período. De acordo com Capelato (1988), os jornais precisam ser analisados relacionados com outras fontes, sendo necessário considerar os significados explícitos e implícitos contidos nos jornais. Isso é salientado por Marx e Engels (2007, p. 47):

As ideias dominantes não são nada mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, são as relações materiais dominantes apreendidas como idéias; portanto, são a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante, são as ideias de sua dominação. Os indivíduos que compõem a classe dominante possuem, entre outras coisas, também consciência e, por isso, pensam; na medida em que dominam como classe e determinam todo o âmbito de uma época histórica, é evidente que eles o fazem em toda a sua extensão, portanto, entre outras coisas, que eles dominam também como pensadores, como produtores de ideias, que regulam a produção e a distribuição das ideias de seu tempo; e, por conseguinte, que suas ideias são as ideias dominantes da época.

Nesse sentido, analisamos os jornais para compreender os aspectos sociais do período e como eram disseminados os ideais dominantes, costumes e os papéis sociais atribuídos, principalmente, às mulheres. Pesquisamos os jornais disponibilizados na plataforma Hemeroteca Digital, que estavam ativos no período do recorte histórico da pesquisa, havendo algumas exceções de jornais que estiveram em funcionamento anterior a 1946, mas que forneceram dados importantes para a construção histórica daquele contexto social. Assim, os principais jornais utilizados foram:

- a) **O Estado de S. Paulo (1875-atual):** jornal paulista diário, fundado em 1875, por Américo Brasiliense de Almeida Melo e Manuel Ferraz de Campos Sales. O jornal possuía ideais republicanos, liberais e defendia os interesses da elite agrária (Saul, s.d.).
- b) **Correio da Manhã (1901-1974):** jornal diário, matutino, do Rio de Janeiro, fundado pelo advogado Edmundo Bittencourt. Foi um dos principais órgãos da imprensa no Brasil; o jornal tinha o viés legalista e liberal, posicionou-se contra a República Velha, apoiou inicialmente Getúlio Vargas e a Ditadura Militar, embora tenha encerrado, em 1974, por incompatibilidade com esse regime. Era direcionado ao público principalmente da classe popular; no decorrer dos anos de suas publicações, chamou a atenção também da classe média (Brasil, 2020).
- c) **Jornal das Moças (1914-1961):** jornal quinzenal do Rio de Janeiro, foi fundado por dois homens, Álvaro Menezes e Agostinho Menezes. Em 1945, a revista ocupava o primeiro lugar na imprensa destinada às mulheres e, na década de 1950, o primeiro lugar das revistas femininas semanais, com base no Ibope (Pinsk, 2014). De modo geral, a revista colocava-se como favorável aos bons costumes, ao papel da mulher

no lar, materno e no casamento; os ideais eram ressaltados como universais, naturais e incontestáveis. O público-alvo da revista seria principalmente a classe média. A revista contém vários testes, dicas, artigos, contos, piadas, voltadas à manutenção dos papéis femininos, como prendas domésticas, receitas, dicas de cuidado com as(os) filhas(os) e de como tratar o esposo. Somente a partir da década de 1950, segundo Pinsky (2014), a revista começou a utilizar a ciência como base de argumentação, como a opinião de médicos, mas ainda com teor religioso e moral.

- d) **O Homem do Povo (1931):** criado por Oswaldo de Andrade, em 1931, Patrícia Galvão era uma das colaboradoras do jornal. O jornal, tendo circulação principalmente em São Paulo, visava expor o ativismo comunista e também críticas à sociedade capitalista, embora tenha existido por um curto período, tendo somente oito edições e fechando no mesmo ano em que foi criado (Quadros, 2009).
- e) **O Momento Feminino (1947-1956):** jornal crítico fundado e dirigido por mulheres do Partido Comunista do Brasil (PCB), editado no Rio de Janeiro e impresso pela Imprensa Popular do PCB. O jornal circulou em diversas cidades brasileiras até 1956. Era um jornal de médio porte; as colaboradoras realizavam eventos para auxiliar a sua manutenção (Alves, 2022).

Para conhecer as discussões de caráter científico sobre as “doenças mentais”, utilizamos periódicos especializados, como:

- a) **Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria (1905-1933):** inicialmente, era denominado Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências, tendo sido fundado em 1905 pelo psiquiatra Juliano Moreira e Afrânio Peixoto. Foi o primeiro periódico específico sobre a medicina mental, retratando a assistência aos “doentes mentais” e debates no campo da medicina mental (Facchinetti, Cupello & Evangelista, 2010).
- b) **Archivos Brasileiros de Higiene Mental (1925-1947):** criado pela Liga Brasileira de Higiene Mental, visava orientar sobre os preceitos da higiene mental (Archivos Brasileiros de Higiene Mental, 1925a).
- c) **Arquivos de Neuro-Psiquiatria (1943 - atual):** periódico oficial da Academia Brasileira de Neurologia, que visa publicar artigos relevantes para a área de Neurologia Clínica e Neurociências (Arquivos de Neuro-Psiquiatria, s.d.).
- d) **Boletim de Higiene Mental (1944-1959):** tinha por finalidade orientar as pessoas sobre os preceitos da higiene mental e os serviços aos “doentes mentais”, nortear as

pessoas “que aspiram um maior desenvolvimento das faculdades intelectuais e um fortalecimento mais integral das forças morais, com o objetivo de alcançar um equilíbrio mais perfeito, uma conduta mais retilínea, uma harmonia mais completa em todos os atos da vida” (Pacheco e Silva, 1944, p. 1).

2. 4 Público-Alvo

A seleção dos prontuários era de pessoas adultas internadas no CPN, sendo prontuários de diferentes hospitais do complexo, principalmente do Instituto de Psiquiatria, Hospital Pedro II e Hospital Gustavo Riedel. Buscamos pesquisar a mesma quantidade de prontuários de cada ano do recorte da pesquisa, bem como a mesma quantidade de prontuários de homens e de mulheres. Assim, foram escolhidos aleatoriamente 05 prontuários de mulheres e 05 prontuários de homens de cada ano, totalizando 10 prontuários em cada ano, a saber, 85 de mulheres e 85 de homens, o que é equivalente a uma amostra total de 170 prontuários, como segue.

Tabela 1

Amostra da Pesquisa de 1946 a 1962

Centro Psiquiátrico Nacional																		Total
Ano	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	17 anos
Homens adultos	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	85
Mulheres adultas	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	85
Total	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	170

Para exposição e apresentação da pesquisa, visando assegurar a confidencialidade e sigilo da identidade das(os) pacientes, o nome de cada pessoa a que se refere o prontuário foi substituído por um nome fictício, seguido do ano a que o prontuário faz referência, por exemplo: Maria/1946. Além disso, foram descritos, entre parênteses, idade, raça/etnia, estado civil, profissão e diagnóstico em cada relato da(o) paciente em particular.

Ao coletar as informações nos prontuários, buscamos listar as seguintes.

Tabela 2*Informações coletadas dos prontuários*

I - Perfil das(os) pacientes	II - Condições Socioeconômicas	III - Condições da Internação	IV - Informações referente a “doença mental”
Mulher ou Homem	Escolaridade	Qual hospital esteve internado	Diagnóstico
Idade	Profissão/Ocupação	Quem realizou a internação	Sintomas
Estado Civil	-	Motivo da internação	Tratamentos realizados
Raça/etnia	-	Tempo de internação	-

Além dos obstáculos já ressaltados anteriormente, ao manusear os prontuários, foram encontradas outras limitações, como:

- a) A letra das(os) profissionais, muitas vezes, era incompreensível;
- b) Prontuários com poucas informações sobre as(os) pacientes.

Salientamos que, quando era selecionado um prontuário com poucas informações, informações incompletas ou de difícil leitura, foram substituídos, na medida do possível, por outros que estivessem mais legíveis e com mais informações. Contudo, como se tratava de muitos prontuários nessa situação, não foi possível a substituição de todos. Dessa forma, na maioria dos prontuários, percebemos que o foco das(os) profissionais da saúde era o registro de informações sintomáticas, sob um viés biomédico.

Os dados numéricos coletados nesta pesquisa foram expostos por meio de gráficos e tabelas; as histórias de vida das(os) pacientes contidas nos prontuários foram utilizadas em fragmentos considerados relevantes para a compreensão da relação entre as “doenças mentais” e os papéis sociais femininos. As informações contidas nos prontuários foram organizadas de modo a facilitar a compreensão e a história de vida. Ademais, correções ortográficas, por conta de distinções nas normas da língua portuguesa do período estudado e do período atual dessa pesquisa, foram realizadas. A análise de tais prontuários foi efetivada sob um viés teórico inspirado no materialismo histórico-dialético, relacionando os aspectos sociais e históricos, como melhor é descrito no próximo item.

2. 5 Lente teórica

Como pontua Kosík (1969, p. 46), “o método científico é o meio graças ao qual se pode decifrar os fatos”. Nesse sentido, partimos do princípio de que a lente teórica tem uma demarcação política, pois a ciência não é neutra, e a escolha do caminho metodológico baseia-se na necessidade de algumas delimitações concretas, do espaço e do tempo pesquisado. Sendo assim, a lente teórica determina o método de investigação, de análise e de apreensão do fenômeno estudado, que se indicam os procedimentos metodológicos, pois cada objeto pode implicar metodologias específicas (Tonet, 2013).

Segundo Kosík (1969) os fatos históricos possuem uma relação dialética com a generalização, ou seja, cada fato histórico possui em si elementos da generalização, do mesmo modo que cada generalização é a generalização dos fatos particulares. Nessa perspectiva, para compreender como foram construídas as ideias e as concepções do que são consideradas “doenças mentais”, assim como os papéis sociais atribuídos às mulheres, buscamos analisar a relação desses fatores com o contexto social da época.

Tonet (2013) enfatiza que a análise dos dados da investigação visa superar a aparência do fenômeno, as primeiras impressões, estabelecendo as relações entre a parte e a totalidade. Totalidade, aqui, como princípio metodológico, significa que nada pode ser compreendido de modo isolado. Portanto, todo objeto possui relação com os elementos genéricos, mais gerais e abstratos, pois é a síntese entre universal-particular-singular, além de ser resultado de um processo histórico e social específico.

Desta forma, ressaltamos a importância do estudo histórico, pois como reforça Hobsbawm (1998, p. 22) “o passado é, portanto, uma dimensão permanente da consciência humana, um componente inevitável das instituições, valores e outros elementos constitutivos da sociedade humana”. Assim, ao analisarmos a história, não estamos somente reconstruindo fatos anteriores, mas contribuindo para possíveis compreensões do tempo presente, que possui as bases nas trajetórias históricas que implicam na vida social.

Em sintonia com a perspectiva teórica adotada, inspirada no materialismo histórico dialético, ressaltamos que as informações coletadas das fontes utilizadas não são desconexas e independentes umas das outras, pelo contrário, os aspectos estão relacionados e são determinantes entre si. Em cada prontuário, havia informações referentes à história de vida, à singularidade de cada pessoa internada no CPN — mesmo que, por vezes, essa história fosse apagada pela ausência de informações coletadas pelas(os) profissionais da saúde. Procuramos desvelar os aspectos sociais em comum contidos nos prontuários, que se referem à

particularidade e à universalidade daquele período, os quais pudessem auxiliar a compreensão da principal categoria, aqui estudada: “doenças mentais” atribuídas às mulheres e as possíveis relações com os papéis sociais. Nesta perspectiva no próximo capítulo, tratamos sobre os principais aspectos sociais que envolvem a história das mulheres no final do século XIX até metade do século XX no Brasil.

3. CAMINHOS “DETERMINADOS”: AS MULHERES NO CONTEXTO SOCIAL BRASILEIRO EM MEADOS DO SÉCULO XX

*Ninguém nasce mulher: torna-se mulher.
Nenhum destino biológico, psíquico, econômico
define a forma que a fêmea humana assume
no seio da sociedade;
é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário
entre o macho e o castrado,
que qualificam de feminino
(Beauvoir, 2009, p. 288).*

As relações sociais entre os seres humanos e os seus modos de organização possuem variações no decorrer do processo histórico, assim como distinções geográficas e culturais. Há muitos anos, desde o surgimento da propriedade privada, as organizações sociais são pautadas em divisões sociais, como de classe, de raça/etnia e principalmente de sexo/gênero, sendo tais divisões desiguais, baseadas na opressão e exploração de um determinado grupo a outro, sendo justificadas por uma naturalização da hierarquia social. Tal naturalização, no caso da desigualdade entre homens e mulheres, é pautada tomando como justificativa distinções biológicas entre os sexos.

Lukács (2013) pontua que o ser humano é orgânico, determinado biologicamente (nasce, cresce, falece), contudo, não se limita a isso, produzindo formações sociais, desde sensitivas (auditivas, como a música e a linguagem; visuais, a exemplo da arte e escrita; na alimentação e na própria sexualidade), e, principalmente, na sua relação com o meio, pois o ser humano consegue modificar o meio ambiente de um modo consciente e intencional. Na relação com o meio e ao modificá-lo, o ser humano também se modifica, inclusive biologicamente (como adaptações físicas do ser humano à sua condição social) e psicologicamente.

Breilh (2010) ressalta a necessidade de compreender as relações dialéticas entre o social e o biológico, de modo que nenhuma dessas dimensões perca sua centralidade. Para o autor, os fenômenos biológicos são historicamente condicionados, de forma que a conexão entre o biológico e o social não se reduz a um vínculo externo ou meramente causal. Trata-se, antes, de um movimento de integração no qual ambos mantêm um nexo interno e essencial, uma vez que a história dos seres humanos e a natureza se condicionam mutuamente. Por isso, ressalta-

se, aqui, a desnaturalização dos fenômenos sociais e o quanto ser homem ou mulher também é uma construção histórica, social e cultural sob um corpo biológico.

Dessa forma, defendemos, tal como salientado por Souza (2006), a utilização do materialismo histórico dialético “em uma análise do sistema sexo/gênero que não hipostasie a opressão, mas que também não a menospreze, usando a dialética para pensar as complexas relações entre exploração de classe e dominação/opressão de sexo/gênero” (p. 129). Assim, a primeira base em que se assenta o sistema sexo/gênero é o corpo; caso a pessoa aceite a designação do papel social atribuído com base em seu sexo, internalizará os modelos e capacidades pertinentes àquele sexo/gênero, havendo diferenciações inclusive no modo de se relacionar e de se satisfazer. Souza (2006) ressalta que o corpo se torna uma construção cultural e social, embora nem todo macho se adeque aos moldes masculinos e nem toda fêmea aos femininos; cada pessoa internaliza os papéis e modelos de uma forma.

Ao compreendemos a importância das construções sociais e culturais do feminino e do masculino, não descartamos a dimensão biológica e da própria influência do sexo na construção da subjetividade. Izquierdo (2013) ressalta que o homem e a mulher são uma construção dos fatores sociais e biológicos. Os seres humanos podem modificar e construir o meio em que vivem, podendo modificar as características naturais. O gênero impõe-se ao corpo sexual para legitimar transformações e se adequar aos padrões sociais estabelecidos, assim, se uma pessoa se identifica como sendo do sexo/gênero feminino, seu corpo precisa parecer como tal; do mesmo modo acontece a identificação com o sexo/gênero masculino. A autora defende a importância de se trabalhar o conceito sexo e gênero em conjunto, não como um sendo resultado biológico e o outro social, pois tanto o sexo implica no gênero quanto o gênero no sexo.

Com base em Lerner (2019), Arruzza (2015) e Engels (2017), podemos pontuar que, durante o processo histórico, existiram outras formas de organização social, nas quais as mulheres eram mais consideradas socialmente e seu trabalho era valorizado. Engels (2017) explica que a organização das famílias era normalmente por direito materno, ou seja, a descendência era por linhagem das mulheres, havendo certeza somente sobre a maternidade das(os) filhas(os), mas, com o desenvolvimento da família pré-monogâmica, passou-se a ter o autêntico pai. Com a divisão sexual do trabalho¹², as mulheres ficavam responsáveis principalmente pelo trabalho doméstico e os homens pela obtenção de alimentos. À medida que

¹² Por conta dos materiais antropológicos disponíveis em seu tempo, algumas autoras realizam críticas à generalização da divisão sexual do trabalho estabelecida por Engels, no qual dependem de cada organização social. Lerner (2019) cita que nas sociedades de caçadores-coletores as mulheres eram responsáveis por mais de 60% da alimentação, não ficando elas restritas ao trabalho doméstico.

as riquezas dos homens foram aumentando, eles buscaram modificar a ordem tradicional da herança, sendo alterado o direito materno para o paterno, o que efetivou que a linhagem fosse por descendência masculina.

Dessa forma, Engels (2017, p. 78) ressalta que: “A derrocada do direito materno foi a derrota do sexo feminino na história universal. O homem tomou posse também da direção da casa, ao passo que a mulher foi degradada, convertida em servidora, em escrava do prazer do homem e em mero instrumento de reprodução”. Assim, a família patriarcal surgiu com a origem da propriedade privada¹³, de maneira que Marx e Engels (2007) salientam que o embrião da propriedade já está na sua primeira forma “na família, onde a mulher e os filhos são escravos do homem” (p. 36).

Com essa alteração, houve o domínio dos homens e surgimento da família patriarcal, em que a mulher, filhas(os) e escravas(os) ficavam sob o poder do chefe da família. Surgiu também a família monogâmica, como uma forma de domínio de um sexo/gênero pelo outro, além da linhagem paterna, visto que, aos homens, foi concedido o direito à infidelidade, mas, caso as mulheres fossem infiéis, seriam punidas severamente. Para a manutenção do casamento monogâmico, no qual a fidelidade era cobrada somente da mulher, a prostituição fez-se necessária (Lessa, 2012).

Para a formação do patriarcado, foram necessários mais de 2.500 anos, ou seja, de meados de 3.100 a 600 a. C, tendo pouco mais de 2.600 anos de existência. Embora haja dificuldades em evidências sólidas, o que se tem são fragmentos de habitações, santuários, artefatos, ferramentas, túmulos, restos mortais, juntados com mitos, religião e símbolos (Lerner, 2019).

De acordo com Hartmann (1979), existe uma solidariedade entre os homens para o controle da força de trabalho das mulheres, visto que as excluem de alguns recursos produtivos, que são economicamente necessários, a exemplo de trabalhos bem remunerados, além da restrição da sexualidade delas. O modo eficaz para o controle é o casamento monogâmico e heterossexual; assim, para sua manutenção, faz-se necessária a perpetuação: da homofobia; da criação das(os) filhas(os) para aprenderem sobre seus postos na hierarquia dos sexo/gêneros (sobre o domínio e a submissão); a dependência das mulheres, que é mantida pelos salários mais baixos que os homens, e pela responsabilização da mulher pelos trabalhos domésticos e cuidado das(os) filhas(os). Assim, para a autora, a configuração patriarcal institui e valida a

¹³ Marx e Engels (2007, p. 37) explicam que propriedade “é o poder de dispor da força de trabalho alheia”.

hierarquia entre mulheres e homens, ao passo que reforça o controle do capital; da mesma forma, os princípios do capitalismo reiteram a funcionalidade do patriarcado.

Dessa maneira, Souza (2006) aduz que, por meio dos papéis sexuais, o patriarcado, por mais que preceda ao capitalismo, assume formas particulares nesse sistema. Diante disso, questões de sexo/gênero, orientação sexual, raça/etnia, religião e nacionalidade foram utilizadas pelo capitalismo para a acumulação de capital, criando hierarquias entre diferentes setores (Arruzza, 2015).

Lerner (2019), ao analisar as formas de organizações sociais, pontua que, conforme o Estado se torna mais complexo, o status e os papéis das mulheres são cada vez mais limitados. Saffioti (2004, p. 106) alude que: “O importante a reter é que a base material do patriarcado não foi destruída, não obstante os avanços femininos, quer na área profissional, quer na representação no parlamento brasileiro e demais postos eletivos políticos”.

Os papéis sociais atribuídos às mulheres, suas relações sociais, os comportamentos permitidos ou não, a divisão sexual do trabalho, as legislações, são construções de cada época organizada com base na estrutura social capitalista e patriarcal que atribui ou restringe direitos aos homens e/ou as mulheres. Para Marx (2008), o desenvolvimento das forças produtivas corresponde a um conjunto de relações de produção que “constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual” (Marx, 2008, p. 47).

Em relação às questões estruturais e políticas do Brasil, Fernandes (2020) afirma que a revolução burguesa, no Brasil, não é um episódio histórico, mas estrutural. Ela é um conjunto de transformações sociais, políticas, econômicas, tecnológicas e psicoculturais, que ocorreu quando o capitalismo atingiu o ápice da evolução industrial brasileira. Podem ser descritas três principais fases do desenvolvimento capitalista no Brasil, segundo Fernandes (2020): a **primeira** fase de desenvolvimento do mercado capitalista moderno - período de transição neocolonial, meados da abertura dos portos até a década de 1860; a **segunda** fase de criação e amplificação do capitalismo competitivo - caracterizada pela consolidação do capitalismo, da economia urbano-comercial e da transição industrial, indo de meados de 1860 até 1950, tendo alcançado seu apogeu na Primeira Guerra Mundial¹⁴ (1914-1918); a **terceira** fase é a entrada

¹⁴ A Primeira Guerra Mundial (1914-1918) implicou algumas mudanças no Brasil, de maneira que decidiram apoiar os Aliados (Alemanha, Áustria, Japão) no mesmo ano que os Estados Unidos, em 1917, também, viveram a Revolução Russa. O Brasil teve pouca participação efetiva na guerra, contudo, ela resultou em uma crise econômica, que acarretou grandes greves dos operários (Pilagallo, 2002a). Embora a diminuição da importação

do capitalismo monopolista – em que houve uma reorganização do mercado e do sistema de produção, desde operações industriais, financeiras e comerciais de grandes corporações, o que iniciou no final da década de 1950, tomando forma estrutural posterior à Ditadura Militar (1964-1985).

Nessa perspectiva, o modo de produção da vida material no Brasil entrecruzou alguns marcos históricos e aspectos sociais relevantes. Assim, em um período em que as mulheres eram excluídas das atividades criadoras, do seu papel na história, e somente o homem era visto como herói e ativo na sociedade, Georgina de Albuquerque pinta a obra *Sessão do Conselho do Estado*, em 1922, como marco do Centenário da Independência do Brasil, colocando em destaque uma mulher e seu papel na história do Brasil. Na obra, é retratada a sessão do Conselho de Procuradores-Gerais das Províncias do Brasil, de setembro de 1822, que foi presidida pela Princesa Leopoldina de Bragança (1847–1871), pois o príncipe regente Dom Pedro estava em viagem; na reunião do conselho, decidiu-se pela separação do Brasil de Portugal (Guandalini Jr. & Fonseca, 2014; Simioni, 2002).

A pintora escolhe como marco para a Independência o momento de seu engendramento, no qual a princesa toma papel ativo, e não o de sua realização simbólica levada a cabo pelo governante. Ao que parece, o regente foi um mero executor das decisões tomadas em sua ausência, pelos ‘intelectuais’ de Estado, dentre os quais a sua própria consorte (Simioni, 2002, p. 154).

dos produtos ao Brasil tenha causado diminuição da concorrência, houve também um maior incentivo à industrialização (Fausto, 2013).

Figura 1*Sessão do Conselho do Estado de Georgina de Albuquerque (1922)*

Nota: Museu Histórico Nacional (2020).

Essa obra foi uma das primeiras pinturas históricas com técnicas impressionistas do Brasil. Na época, esperava-se que as mulheres pintassem a natureza ou interiores, e não uma temática histórica, muito menos com uma mulher como protagonista (Lemos, 2018). Embora a dedicação à arte fosse possível somente para a minoria privilegiada da sociedade, pessoas de classes com alto poder financeiro, isso não minimiza a importância histórica da pintura de Georgina, visto que traz à tona o papel ativo da mulher na sociedade e na política.

Neste capítulo, também buscamos enfatizar o papel ativo das mulheres na sociedade. Considerando a complexidade das construções sociais e históricas dos papéis sociais das mulheres e dos homens, a sua relação com a política, economia e cultura, retomamos aspectos considerados importantes na história das mulheres, no Brasil, no final do século XIX até 1964. Assim, este capítulo está subdividido em três categorias principais: **“trabalho remunerado e não remunerado das mulheres”**, pela sua relevância na constituição humana; **“legislação: concessões e restrições dos direitos das mulheres”**, por conta da implicação no acesso às mulheres de usufruir dos direitos políticos, educacionais, trabalhistas, bem como por estabelecer penalidades, restrições sociais e políticas; e o último subtópico, que aborda sobre **“as mulheres no âmbito educacional”**, considerando sua importância para o desenvolvimento humano.

3.1 Trabalho remunerado e não remunerado das mulheres

No desenvolvimento histórico da sociedade humana, as mulheres sempre trabalharam, quer seja como escravizadas, tendo sua mão de obra explorada, ou com sua força de trabalho nos meios de produção capitalista, no trabalho doméstico, agrícola, comercial e demais atividades que exerceram historicamente. Assim, para compreender esse processo histórico, realizamos uma breve contextualização, trazendo também precedentes históricos de outros países para auxiliar na compreensão do trabalho remunerado e não remunerado das mulheres no final do século XIX e, principalmente, na metade do século XX no Brasil.

O trabalho, para Marx (2017), é um processo no qual os seres humanos, por sua própria ação, vão mediar, regular e também controlar sua vida com a natureza, “agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio” (p. 255). Assim, no processo de trabalho, é realizada uma atividade orientada a uma finalidade, em que o resultado esperado já existia idealmente. O que se altera nas diferentes formas de organização social não seria o que é produzido, mas como, quais os meios de trabalho e em quais condições sociais é realizado o trabalho (Marx, 2017).

Com o desenvolvimento do sistema capitalista, fez-se presente a separação entre as(os) trabalhadoras(es) e a propriedade, ou seja, entre os meios de produção necessários para a realização do trabalho. Destarte, o trabalhador, que antes era servo na sociedade feudal, no sistema capitalista, é “livre” para vender sua força de trabalho: “esses recém-libertados só se convertem em vendedores de si mesmos depois de lhes terem sido roubados todos os seus meios de produção, assim como todas as garantias de sua existência que as velhas instituições feudais lhes ofereciam” (Marx, 2017, p. 787).

Dessa forma, os primórdios da produção capitalista já se mostravam em alguns países nos séculos XIV e XV; em outros, no século XVI (Marx, 2017). Assim, era composta por duas classes, dos proprietários, que detêm os meios de produção, e outra dos trabalhadores, sem propriedade (Marx, 2010a). No capitalismo, quanto mais a(o) trabalhadora(or) produz, mais pobre fica, tornando-se ele mesmo uma mercadoria barata; conforme mais mercadorias produz, “o trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria” (Marx, 2010a, p. 80).

No que diz respeito à mulher, Engels (2017) pontua que, com a família burguesa, a administração do lar passou a ser serviço privado. O trabalho doméstico perdeu relevância em comparação com o trabalho produtivo do homem, sendo considerado apenas uma mera

contribuição da mulher; ela foi transformada em primeira criada e, então, foi afastada da participação na produção social. Com a industrialização, a mulher proletária pôde integrar-se à produção social.

Mas isso se fez de tal modo que, se a mulher cumpre seus deveres no serviço privado da família, fica excluída do trabalho público e nada pode ganhar. Se quer participar da indústria pública e ganhar dinheiro de maneira autônoma, torna-se impossível para ela cumprir com suas obrigações domésticas (Engels, 2017, p. 98).

Nessa perspectiva, Souza (2006) destaca que o sistema capitalista consolida uma cisão entre o público e o privado, destinando às mulheres o espaço doméstico e, aos homens, o trabalho produtivo. Essa divisão não é apenas espacial, mas simbólica e material, pois define o valor social atribuído a cada tipo de trabalho. Conforme Marx (2022), o trabalho produtivo é aquele que valoriza o capital, que gera mais-valor e se objetiva em mercadorias dotadas de valor de uso e de troca. No entanto, nem todo trabalho assalariado é necessariamente produtivo: quando o trabalho é consumido como serviço — como ocorre, por exemplo, com o trabalho de uma diarista autônoma —, ele não se converte em mercadoria separável de quem o produz, não sendo explorado, segundo a lógica capitalista do mais-valor. Trata-se, portanto, de um trabalho assalariado, mas considerado improdutivo.

Nesse sentido, como observa Marx (2022, p. 118), “a diferença entre trabalho produtivo e improdutivo é importante no que diz respeito à acumulação, pois somente a troca por trabalho produtivo é uma das condições para a reconversão do mais-valor em capital”. Sob essa ótica, o trabalho reprodutivo — aquele voltado à manutenção da vida, do lar e da força de trabalho —, ainda que essencial à própria continuidade do sistema, é desvalorizado e invisibilizado, considerado “supérfluo” para o modo de produção capitalista.

Lukács (2013) enfatiza que o desenvolvimento da divisão social do trabalho acaba impactando amplamente, gerando categorias sociais cada vez mais acentuadas, produzindo novos modos de ações e relações, em que, inclusive, ocorre o alargamento do limite biológico, embora a biologia jamais desapareça, as necessidades biológicas são condicionadas socio-historicamente. Assim, segundo Lukács (2013, p. 432): “o domínio do homem e a opressão da mulher se converteram em fundamento permanente da convivência social”.

Nessa perspectiva, Izquierdo (1992) denomina a divisão entre público e privado de esfera de sobrevivência, sendo o âmbito doméstico destinado às mulheres e a esfera de transcendência, o âmbito público, direcionado aos homens. Na esfera de transcendência, o homem atua sobre a natureza, transformando-a, produzindo o novo; já na de sobrevivência,

a mulher trabalharia na reprodução da vida. Contudo, ambas as atividades são alienadas¹⁵, pois uma depende da outra; além disso, a “mera sobrevivência não é atividade especificamente humana, é nossa capacidade de transcender, a que nos converte em propriamente humanos” (p. 7).

No desenvolver do capitalismo, o trabalho das mulheres foi determinado como algo natural e fora do mercado. Entretanto, havia mulheres que realizavam o trabalho reprodutivo e o trabalho remunerado, mas fora do lar e com salários inferiores, por conta do fato de haver a naturalização dos trabalhos domésticos, que foram considerados femininos. No século XIX, o papel de dona de casa de tempo integral é reforçado, o que impacta a posição social das mulheres e a divisão sexual do trabalho (Federici, 2017). Assim, embora o trabalho reprodutivo, por vezes, fosse pago quando realizado fora do âmbito doméstico, em valores inferiores,

a importância econômica da reprodução da força de trabalho realizado no âmbito doméstico e sua função na acumulação do capital se tornaram invisíveis, sendo mistificadas como uma vocação natural e designadas como ‘trabalho de mulheres’. Além disso, as mulheres foram excluídas de muitas ocupações assalariadas e, quando trabalhavam em troca de pagamento, ganhavam uma miséria em comparação com o salário masculino médio. Essas mudanças históricas – que tiveram um auge no século XIX com a criação da figura da dona de casa em tempo integral – redefiniram a posição das mulheres na sociedade e com relação aos homens. A divisão sexual do trabalho que emergiu daí não apenas sujeitou as mulheres ao trabalho reprodutivo, mas também aumentou sua dependência, permitindo que o Estado e os empregadores usassem o salário masculino como instrumento para comandar o trabalho das mulheres (Federici, 2017, pp. 145-146).

Lessa (2012) retrata que a divisão sexual do trabalho acabou retirando a mulher da vida coletiva, isolando-a no âmbito doméstico, o que limitou também suas relações sociais. Nesse contexto, a alienação das mulheres é a “negação de sua potência histórica” (p. 32).

¹⁵ Marx (2010a) enfatiza sobre o estranhamento do trabalhador em relação ao produto de seu trabalho, uma vez que é externo a ele, não pertencendo ao trabalhador. Portanto, o proletário não se identifica com o próprio produto de seu trabalho. O proletário é obrigado a trabalhar, sendo o trabalho uma atividade vital, somente um meio para, então, poder satisfazer as suas necessidades e manter sua sobrevivência, o que seria a essência dos seres humanos; o trabalho, então, torna-se somente um meio para sua existência física. Assim, o trabalhador só se sente como livre quando realiza funções que não são propriamente da espécie humana, são funções de animais, como comer, beber e procriar. Embora “comer, beber, e procriar, etc., são também, é verdade, funções genuína mente] humanas. Porém na abstração que as separa da esfera restante da atividade humana, e faz delas finalidades últimas e exclusivas, são [funções] animais” (Marx, 2010a, p. 83).

Com o capitalismo e a separação dos locais de trabalho, reforçou-se a opressão e a dependência econômica das mulheres, pois, anteriormente, todos os membros da família dependiam do que era produzido na terra; contudo, com tal separação, a mulher e as crianças dependiam do homem (Souza, 2006). Com a separação de locais:

separa-se a fábrica, local de produção de valor, (que produz valor novo, essencial, no capitalismo, para a produção da mais-valia), do domicílio, local de reprodução da vida (em que se reproduz, não se cria valor novo, não se extrai mais-valia). Ao separar esses mundos, valorizando moralmente o mundo da produção e tornando o mundo da reprodução ideologicamente desvalorizado, o capital garante a produção e a reprodução, quando divide ao meio a classe trabalhadora, entre homens e mulheres, e não remunera as tarefas de reprodução, que, para ele, são essenciais, apesar de não gerarem valor (Souza, 2006, p. 104).

Dessa forma, o capitalismo utilizou o patriarcado, quando necessitava diminuir os salários das mulheres para aumentar a extração da mais-valia, fazendo sem grandes ressalvas, pois não é o salário considerado o principal da família (Souza, 2006).

Com o capitalismo, segundo Lênin (1921), as mulheres sofreram uma opressão dupla: pelo capital, no caso das camponesas e das operárias; e, mesmo em contextos burgueses mais democráticos, pela legislação, que não atribui essa igualdade às mulheres; além disso, “são ‘escravas domésticas’, sufocadas pelo trabalho mais mesquinho, mais humilhante, mais duro, mais degradante, o trabalho da cozinha e da casa, que as relega ao âmbito estreito da própria casa e da própria família” (Lênin, 1921, s.p.).

Marx (2017), ao fazer análise do sistema capitalista do século XIX, pontua que, mesmo nos casos em que todos os membros da família possuíam emprego, como homem, mulher e criança, o salário, que antes era concedido somente ao chefe da família, passou a ser distribuído entre os membros da família.

O valor da força de trabalho estava determinado pelo tempo de trabalho necessário à manutenção não só do trabalhador adulto individual, mas do núcleo familiar. Ao lançar no mercado de trabalho todos os membros da família do trabalhador, a maquinaria reparte o valor da força de trabalho do homem entre sua família inteira. [...] Para que uma família possa viver, agora são quatro pessoas que têm de fornecer ao capital não só trabalho, mas mais-trabalho. [...]. Antes, o trabalhador vendia sua própria força de trabalho, da qual dispunha como pessoa formalmente livre. Agora, ele vende mulher e filho. Torna-se mercador de escravos (Marx, 2017, pp. 468-469).

Engels (Marx, Engels & Lênin, 1980) relata as condições de trabalho nas fábricas da Inglaterra do século XIX, evidenciando que, devido à necessidade de sustento e à falta de espaços para deixar as(os) filhas(os) recém-nascidas(os), as mulheres precisavam voltar ao trabalho poucos dias após o parto — geralmente em três ou quatro dias. Contudo, como os bebês ficavam na residência, elas necessitavam posteriormente retornar para casa a fim de amamentá-lo, de maneira que muitos recém-nascidos faleceram nessas condições. Segundo o mesmo autor, $\frac{3}{4}$ das jovens eram defloradas nas fábricas, muitas pelos patrões, que faziam das fábricas seu “harém”, acarretando que muitas, posteriormente, exercessem a prostituição¹⁶ (Marx, Engels & Lênin, 1980, p. 72).

Marx (2017) cita a fala de um fabricante de Londres da metade do século XIX e salienta que as mulheres, por vezes, eram preferidas nos trabalhos exatamente por sua condição de submissão, ou seja, por serem mulheres:

O sr. E., um fabricante, informou-me que empregava exclusivamente mulheres em seus teares mecânicos, dando preferência às mulheres casadas e especialmente àquelas que tinham em casa uma família que delas dependia para sua manutenção; tais mulheres são mais atentas e dóceis que as solteiras e se submetem aos esforços mais extremos para obter seu sustento. Desse modo, as virtudes, mais especificamente as virtudes peculiares do caráter feminino, pervertem-se em detrimento da própria mulher – e, assim, tudo o que é moral e terno em sua natureza converte-se num meio de sua escravização e sofrimento (p. 475).

Zetkin (1896) aduz sobre o aumento da participação das mulheres no trabalho na Alemanha, contudo, o medo da competição era o que movia os homens a resistir a essa inserção. Dessa maneira, ocorreram diversos protestos voltados contra o trabalho remunerado das mulheres, utilizando justificativas biologicistas, como o cérebro das mulheres ser menor, além de alegarem que são naturalmente maternas. As mulheres buscavam trabalhar por necessidades de sobrevivência, inclusive, para ajudar os maridos, porém, Zetkin (1896) ressalta que o sistema capitalista as transformou em “competidoras desleais” (s.p.). Elas trabalhavam de forma igual aos homens, embora fossem consideradas como força de trabalho barata e submissa, o que fazia com que o capitalismo aumentasse as possibilidades de trabalho das mulheres na indústria.

¹⁶ Sobre a prostituição, ver Pamplona (2019), que discute a respeito da regulamentação da prostituição, por meio de dois modelos: o sueco, que visa criminalizar a compra do sexo, ou seja, os clientes, mas legaliza a venda; e o modelo alemão, que legaliza os bordéis e a prostituição como trabalho sexual. Além disso, a autora retrata que a maioria das pessoas em situação de prostituição, atualmente no mundo, são vítimas de tráfico sexual, assim, essas mulheres sofrem diversas violências todos os dias.

No início do século XX, Lênin (1913) retratou que, em alguns países, como a Áustria e a Alemanha, havia uma grande quantidade de mulheres inseridas no trabalho agrícola; na Alemanha, elas representavam 54,8% da força de trabalho agrícola; já na indústria, as mulheres eram a minoria. Na agricultura, a

proletária e camponesa deve despende muito mais forças, suar sangue, extenuar-se, à custa de sua saúde e da saúde de seus filhos, para ficar talvez em pé de igualdade com o trabalhador masculino da grande produção capitalista. Significa que, no capitalismo, a pequena produção só se mantém extraindo da trabalhadora uma quantidade de trabalho maior do que a que dela se extrai na grande produção capitalista (Lênin, 1913, s.p.).

As análises anteriores fornecem dados sobre o trabalho das mulheres nos países exteriores, tendo em vista que a industrialização brasileira tardou a se desenvolver e que o Brasil possui um capitalismo dependente, controlado externamente; assim, a desigualdade social era explicitada na pobreza da população. Dentre as particularidades brasileiras do final do século XIX, está o tráfico de pessoas para o trabalho escravo¹⁷, período que ficou arraigado na história brasileira, o que acarretou desigualdades raciais/étnicas e sociais. Saffioti (2013) pontua que a mão de obra das pessoas escravizadas estava se tornando incompatível com a sociedade em construção, sendo um empecilho ao pleno desenvolvimento do capitalismo no Brasil, pois a população escravizada não participava do mercado de consumo.

Davis (2016), ao retratar principalmente sobre o período da escravidão nos EUA, salienta que a exploração das mulheres escravizadas ocorria de modo específico:

as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas (Davis, 2016, p. 19).

A abolição da escravidão ocorreu de modo gradativo no Brasil, sendo o último país de tradição cristã a abolir a escravidão, em 1888, e somente realizou a abolição quando a quantidade de pessoas escravizadas já era pouco significativa, representando 5% da população, em 1887 (Carvalho, 2002, p. 52). As pessoas libertas da escravidão não receberam nenhum auxílio, nem habitação, nem escolas, nem trabalhos, o que gerou que muitas dessas pessoas

¹⁷ Estima-se que, do século XVI até 1850, passaram um milhão de pessoas escravizadas somente no porto do Rio de Janeiro, vindas de diversos locais, principalmente de Angola e do Congo. Em 1821, por exemplo, 45,6% da população do Rio de Janeiro eram pessoas escravizadas (Enders, 2015).

retornassem às fazendas para trabalhar por baixos salários; outros foram às cidades, mas, como os novos empregos eram direcionados aos migrantes italianos, atraídos pelo governo, nas cidades, “os ex-escravos foram expulsos ou relegados aos trabalhos mais brutos e mais mal pagos” (Carvalho, 2002, p. 52).

Saffioti (2013), com base no censo de 1872, aponta que 45,5% da força de trabalho no Brasil era das mulheres; desses, 33% era no setor de serviço doméstico, 20% em costura; a maioria das pessoas trabalhavam na agricultura (35% eram mulheres), 5,3% em indústria de tecidos e 6,7% em outras atividades.

Principalmente nas primeiras décadas do século XX, o trabalho das mulheres era muito associado à moral, ameaçando a honra familiar, concepção reforçada por médicos higienistas (Rago, 2020). Saffioti (2013) salienta que, em todas as épocas e lugares, as mulheres das camadas sociais baixas sempre trabalharam, contribuindo para a sobrevivência de sua família. Em decorrência disso, Kollontai (1907) critica o feminismo burguês, pela luta da entrada das mulheres no mundo do trabalho:

Quando essas mulheres entraram no mundo do trabalho se referiam a si mesmas orgulhosamente como a ‘vanguarda do movimento de mulheres’, elas esqueceram que, neste caso, a conquista da independência econômica, como em outros lugares, estavam andando nas pegadas de suas irmãs proletárias e colhendo os frutos dos esforços de suas mãos empoladas. Então é realmente possível falar de feministas como as pioneiras no caminho para o trabalho das mulheres, quando em cada país centenas de milhares de mulheres proletárias tinha inundado fábricas e oficinas, apreendendo um ramo da indústria uma após a outra, antes mesmo do movimento de mulheres burguesas ter nascido? (Kollontai, 1907, s.p.).

Costa (1979) ressalta que se buscou reintroduzir a mulher no lar com argumentos da higiene mental da responsabilidade materna com as(os) filhas(os), como as recomendações da mulher para amamentar as(os) filhas(os) por 18 meses, o que regula a vida da mulher.

Embora as mulheres já estivessem inseridas no mercado de trabalho, houve diversas lutas em prol da regulamentação do seu trabalho, sendo uma vitoriosa, em 1906, no I Congresso Operário Brasileiro. Por meio de greves para jornada de trabalho de 8 horas, foi representativa a participação das costureiras e tecelãs em São Paulo. Em relação ao trabalho noturno, após uma greve, que foi reprimida, o trabalho noturno foi restringido em 1917. Dois anos depois, a greve por jornada de oito horas continuava, assim como a igualdade salarial entre homens e

mulheres, de maneira que entraram em greve 30 mil trabalhadoras da indústria têxtil (Souza, 2006).

A participação das mulheres em funções remuneradas após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), na Europa e nos EUA, os avanços do movimento feminista e diversas reivindicações das mulheres possibilitaram maior inclusão no mercado de trabalho (Maluf & Mott, 1998). Contudo, as áreas direcionadas a elas eram consideradas uma extensão dos papéis sociais femininos, como de professora, enfermeira, secretária, telefonista, operária da indústria têxtil etc. Elas realizavam as atividades menos qualificadas e mais desvalorizadas; efetivavam atividades remuneradas em casa, como na lavagem de roupas e costura. Com o desenvolvimento urbano e a higienização das cidades, as lavadeiras foram proibidas, pois muitas utilizavam ambientes públicos; em decorrência de lavarem roupas juntas e viverem em cortiços, os higienistas alertavam para a propagação de doenças.

Como o papel de provedor era destinado aos homens, seu trabalho era mais reconhecido e possuía melhores remunerações; já o trabalho das mulheres, era visto muitas vezes como acessório e temporário, embora a presença do marido e pai das(os) filhas(os) na residência não seja uma realidade presente em todas as famílias (Maluf & Mott, 1998). Caso os homens não conseguissem exercer papel de provedor e chefe de família, era considerado que haviam falhado em seu propósito, mas as mulheres não poderiam de modo algum realizar comentários sobre a incapacidade dos maridos, visto que isso poderia ocasionar situações de violência (Maluf & Mott, 1998).

Nas famílias situadas em áreas rurais, menos impactadas pelas transformações econômicas e culturais, as mulheres seriam mais subjugadas, mantendo-se elementos da estrutura patriarcal do período colonial. Em relação às famílias urbanas, ocorreram alterações econômicas que resultaram em novos papéis femininos (Saffioti, 2013).

Na obra “No Cafezal”, Georgina De Albuquerque, são retratadas várias mulheres trabalhando no campo, com enxadas e no sol, o que expressa o trabalho das mulheres na agricultura¹⁸.

¹⁸ Na década de 1920, o Brasil passou por um período de aceleradas transformações, desde culturais, econômicas, políticas, militares e sociais. Havia pouco mais de 30 milhões de habitantes; desses, dois terços ainda trabalhavam em funções ligadas à agricultura; a indústria ganhava cada vez mais força (Pilagallo, 2002b).

Figura 2*No Cafezal (1926)*

Nota: Vitti (2015).

Para além das mulheres operárias, havia as mulheres de classes sociais mais abastadas que, por vezes, buscavam trabalhar e se destacar no âmbito artístico, para além de um lazer, como era esperado das mulheres nesse ramo. Dentre essas mulheres, destacamos Anita Malfatti (1889-1964), que nasceu com uma atrofia na mão direita, de maneira que tinha que escrever e pintar com a mão esquerda. Ela estudou arte na Alemanha e nos EUA; seus estudos e viagens eram financiados pelo seu tio. Anita era influenciada pelo expressionismo, valorizando a expressão dos sentimentos e não da realidade (Lemos, 2018). Em 1917, Anita Malfatti realizou a Exposição de Pintura Moderna em São Paulo, em que, dentre as principais obras, constavam “O homem Amarelo”, “A estudante russa” e “A mulher de cabelos verdes” (M. R. Batista, 1980).

A exposição, que continha o total de 53 obras expostas, gerou repercussão nos jornais da época, porém, Monteiro Lobato (1882-1948) realizou duras críticas a Anita no jornal O Estado de S. Paulo; dentre as críticas, ele chamou a arte moderna de anormal, pois defendia uma arte realista, nacionalista, que traduzisse o pensamento da elite dominante da época, apesar de Anita também ter exposto artes que retratavam a cultura brasileira, como a obra “Tropical”, que retrata uma mulher negra, com algumas frutas, em um local tropical, o que representava a mulher brasileira (M. R. Batista, 1980). A crítica de Lobato, que repercutiu em diversos meios de comunicação, implicou a vida de Anita, pois ela já tinha dificuldades por ser uma mulher no meio artístico e ter a atrofia de uma mão; isso impactou também o apoio que recebia de seu tio

(Siqueira, 2010). Além disso, as obras vendidas na exposição, após as críticas de Lobato, foram devolvidas (Lemos, 2018).

Em 1922, o teor oposicionista à cultura dominante ficou expresso pelas(os) artistas brasileiras, com o movimento modernista (Carvalho, 2002). O movimento ficou conhecido como grupo dos cinco (agregando mais artistas no decorrer do tempo), composto por Anita Malfatti, Mário de Andrade (1893-1945), Oswald de Andrade (1890-1954), Tarsila do Amaral¹⁹ (1886-1973) e Menotti Del Picchia (1892-1988), no qual organizaram a Semana de Arte Moderna, em São Paulo, financiada por barões do café. Essa semana foi um marco importante para a cultura brasileira, visto que representou um movimento dos artistas (Pillagallo, 2002b).

Alguns anos após a Semana de Arte Moderna, Getúlio Vargas (1882-1954), governador do Rio Grande do Sul, após um golpe militar²⁰, tomou posse da presidência em novembro de 1930, iniciando a chamada Era Vargas, que durou de 1930 a 1945 (Pillagallo, 2002b). Após a posse, Getúlio Vargas criou dois ministérios: o do Trabalho e da Educação (Carvalho, 2002). Esse período ficou marcado por embates políticos, repressão e luta contra o comunismo, o que iria implicar muito a vida da população brasileira (Pillagallo, 2002b).

A repressão do governo de Getúlio Vargas está expressada por Patrícia Galvão, conhecida como Pagu (1910-1962), que foi escritora, tradutora, desenhista, participou do movimento modernista e era militante comunista²¹. Em 1931, editou o jornal “O homem do povo”, junto a Oswald de Andrade, que foi seu marido. Ela escrevia a coluna “A mulher do povo” e tinha uma coluna humorística de história em quadrinho “Malakabeça, Fanika e Kabelluda”, sendo uma das pioneiras nas histórias em quadrinho. Em 1931, foi presa por motivos políticos (Lemos, 2018), o que é apresentado no quadrinho a seguir, em que Kabelluda fez um meeting comunista na Praça da Lamparina, é presa e fuzilada; no terceiro dia, ressurgiu dos mortos.

¹⁹ Tarsila do Amaral (1886-1973) foi figura importante do movimento modernista no Brasil; trabalhou como operária na França e no Brasil (Lemos, 2018; Tortamano, 2020).

²⁰ Até 1930, foi mantida a República Velha, baseada na política do Café com Leite, sendo eleito um presidente mineiro e outro paulista. Nas eleições para presidente de 1930, Getúlio Vargas (1882-1954), governador do Rio Grande do Sul, candidatou-se às eleições, concorrendo com Júlio Prestes (1882-1946), que saiu vitorioso. Contudo, a oposição Aliança Liberal, com apoio dos tenentistas, realizou um golpe militar, o que marcou o fim da República Velha. Os militares assumiram o poder, devendo Getúlio Vargas ficar temporariamente como presidente, contudo, ele não entregou o posto, assumindo a presidência (Pillagallo, 2002b).

²¹ Inicialmente, a Revolução Soviética, de 1917, não impactou diretamente o Brasil, pois os movimentos revolucionários do início do século XX eram majoritariamente anarquistas; contudo, em 1922, criou-se o Partido Comunista do Brasil (PCB), ligado à Terceira Internacional Comunista, agregando-se operários e militantes ao partido (Carvalho, 2002).

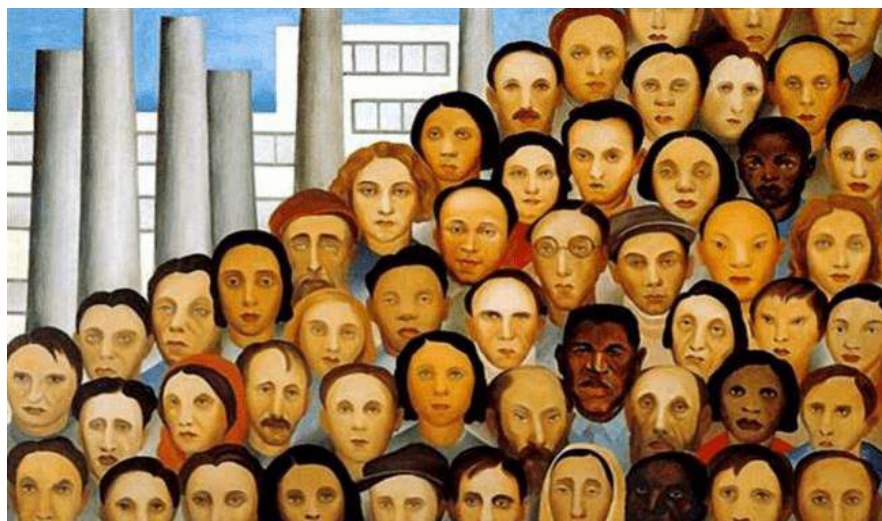
Figura 3*Malakabeça Fanika e Kabelluda*

Nota: Pagu (1931a).

No periódico *O Homem do Povo* (1931), foi apresentada a prisão de diversos trabalhadores sob a acusação de comunismo, sendo que um deles permaneceu encarcerado por um mês. Ademais, o jornal teceu críticas aos veículos da imprensa burguesa, que, ao defender o liberalismo, nem sequer se dignaram a se informar sobre tal situação.

Outro exemplo de repressão política é o caso de Tarsila do Amaral, que, em 1932, se envolveu com Osório Thaumaturgo César²² (1895 - 1979), psiquiatra e comunista; eles viajaram para a União das Repúblicas Socialista Soviéticas (URSS), o que incentivou uma fase social da pintura, expressada na obra “Os operários”. Quando retornaram da URSS, foram presos por envolvimento comunista (Lemos, 2018; Tortamano, 2020). Na obra de Tarsila, que está a seguir, podemos perceber diversos operários, homens e mulheres, de diferentes raças/etnias; a expressão de cansaço nítida em seus rostos e, ao fundo, uma fábrica, evidenciando a industrialização da época.

²² Desde 1923, era “primeiro estudante” (equivalente à residência) no Hospital Psiquiátrico do Juquery; a partir de 1925, continuou no hospital como médico. Quando chegou ao Juquery, ele observou que os internos desenhavam nas paredes, no chão; também, faziam esculturas com comida, como miolo de pão (Fioravanti, 2016; Andriolo, 2003). Ele era estudioso da psicanálise e do marxismo, como explicitado em alguns de seus livros, a exemplo do “Estado Proletário”, de 1933. Após retornar da Rússia, foi preso no governo do Getúlio Vargas, por conta do envolvimento com o comunismo (Andriolo, 2003).

Figura 4*Operários (1933) – Tarsila do Amaral*

Nota: Acervo de São Paulo (s.d.).

As medidas de repressão política contra operários e militantes foram acirradas com a aprovação da Lei de Segurança Nacional (Lei n.º 38, 1935), que definiu os crimes contra a ordem política e social, acarretando prisões em massa²³. Nesse ano, foi criada a chamada Sala 4, na Casa de Detenção Frei Caneca, no Rio de Janeiro, destinada às prisões políticas de mulheres, que se posicionaram contra o fascismo, as quais eram comunistas e defendiam os direitos das mulheres, como Eugênia Álvaro Moreira (1898-1948), uma das criadoras da União Feminina do Brasil, Olga Gutmann Benário Prestes (1908-1942), militante comunista alemã que, posteriormente, veio ao Brasil e se casou com Luiz Carlos Prestes (1898-1990), e Nise da Silveira (Schumacher, 2003). Posteriormente, Olga Prestes, que era judia e alemã, foi deportada ao regime nazista; ela teve sua filha na prisão, porém, Olga foi morta na câmara de gás em 1942 (Pillagallo, 2002b). Nessa perspectiva, Montenegro (1950) salienta que Getúlio Vargas é “aquele homem sob cuja ditadura as mulheres tiveram os seios queimados a ponta de cigarro, é aquele homem que encarcerou e matou dezenas, centenas de criaturas, e que entregou Olga Benário à gestapo” (p. 3).

Nesse mesmo período, durante a década de 1930, houve maior industrialização do Brasil; embora acredite-se que isso implicaria diretamente o aumento da inserção da mulher no trabalho remunerado, na verdade, ocorre um processo contrário, segundo Saffioti (2013) e Rago (2020), sendo ressaltado constantemente o trabalho da mulher no lar.

²³ De acordo com o Atlas Histórico do Brasil, pelo que se tem de registro, mais de 4 mil pessoas foram presas politicamente no período do governo de Getúlio Vargas (Fundação Getúlio Vargas, 2023).

Em maio de 1932, foi publicado o Decreto n.º 21.417-A, que regula sobre o trabalho das mulheres em estabelecimentos comerciais e industriais. Isso vedava o trabalho das mulheres das 22h às 5h da manhã - havendo algumas exceções em que não se aplica a lei, como o trabalho com pessoas da família, em que o trabalho dela é indispensável, em serviços de saúde, hospitais e manicômios, entre outros. Ficou proibido o trabalho das mulheres em alguns serviços, a saber: “a) nos subterrâneos, nas minerações, em subsolo, nas pedreiras, e obras de construção pública ou particular; b) nos serviços perigoso e insalubres” (Decreto n.º 21.417-A, 1932, art.5º). Também, proibiu-se o trabalho da mulher gestante quatro semanas antes do parto e quatro semanas após; quando retomasse o trabalho, teria direito a dois descansos no dia para amamentar a criança, por seis meses.

Tratando-se do modo de produção capitalista, o qual envolve avanços e recuos, a regulamentação do trabalho das mulheres é extremamente importante. Contudo, segundo Pena (1981), no próprio Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, de 1934, foi salientado que o trabalho das mulheres destrói a moral familiar, logo, com as restrições legislativas, não se visava proteger a mulher, mas sim a família. Contudo, em trabalhos que necessitam de qualidades consideradas femininas, como a delicadeza, as mulheres são preferíveis, pois não haveria necessidade de capacitação para tais áreas.

Em 1943, foi promulgada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) por Getúlio Vargas²⁴; a legislação prevê: igualdade salarial para o mesmo trabalho sem distinção de sexo (desde que idêntica à função, produtividade, e perfeição técnica); regulação do salário mínimo; trabalho das mulheres deve ser de oito horas por dia, sendo mantida a proibição do trabalho noturno, com basicamente as mesmas exceções (trabalho em telefonia, radiotelefonia, enfermagem, trabalho em casa de diversões, hotéis, bares, restaurantes, e que ocupem cargos de direção); continua proibido o trabalho das mulheres em mineração, subsolo, locais insalubres e perigosos. Assim, consideração que as mulheres caberiam gerar novas forças de trabalho, tais

²⁴ Diante do cenário da Segunda Guerra Mundial, Getúlio Vargas inicialmente manteve relações com ambos os lados da guerra. Após crescentes pressões para o Brasil se juntar aos Aliados (Reino Unido, França, União Soviética e Estados Unidos), o governo fez um acordo secreto com o Estados Unidos e o país rompeu as relações comerciais e diplomáticas com países do Eixo (Alemanha, Itália e Japão); a Alemanha atacou diversos navios brasileiros e, como resposta, Getúlio Vargas declarou guerra à Alemanha. Em 1944, o Brasil enviou forças brasileiras (mais de 20 mil homens) à Europa (Fausto, 2013). Enquanto os pracinhas – brasileiros que foram para a Europa em combate – ainda estavam na Guerra, já havia campanha pela redemocratização do país, momento em que Vargas trabalhou sua imagem de “Pai dos Pobres” e aproveitou o momento para a promulgação da CLT em 1943 (Pilgallo, 2003). Com o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, na recepção dos pracinhas, a contradição estava inerente, pois eram recebidos por um ditador, ao retornarem de um combate em prol da democracia (Pilgallo, 2003). No ano de 1945, o governo decretou o novo Código Eleitoral, determinando as eleições presidenciais e já declarando que não se candidataria à presidência. Foi criado o partido União Democrática Nacional [UDN], oposição ao getulismo e que lançou a candidatura de Eduardo Gomes, e outros dois partidos, o Partido Trabalhista Brasileiro [PTB] e Partido Social Democrático [PSD] (Fausto, 2013).

proibições do trabalho das mulheres em locais insalubres, visa proteger as forças de trabalho necessários a manutenção do capital. Em locais em que estão empregadas mais de 30 mulheres, na falta de creches, deve-se ter local apropriado para deixar as crianças durante o período de amamentação. Foi proibida a contratação de mulheres para emprego em que houvesse necessidade de utilizar força muscular acima de 20 quilos e, caso fosse necessário, uso esporádico, acima de 25 quilos. A licença maternidade foi aumentada para seis semanas antes do parto e seis depois, tendo direito a salário integral; também ficou prevista a criação de creches pela Previdência Social em vilas operárias de mais de cem casas (Decreto-lei n.º 5.452, 1943).

Art. 446. Presume-se autorizado o trabalho da mulher casada e do menor de 21 anos e maior de 18. Em caso de oposição conjugal ou paterna, poderá a mulher ou o menor recorrer ao suprimento da autoridade judiciária competente.

Parágrafo único. Ao marido ou pai é facultado pleitear a rescisão do contrato de trabalho, quando a sua continuação for suscetível de acarretar **ameaça aos vínculos da família, perigo manifesto às condições peculiares da mulher ou prejuízo de ordem física ou moral para o menor** (Decreto-lei n.º 5.452, 1943, grifo nosso).

A CLT, por mais que fosse inovadora ao tratar da igualdade salarial para o mesmo trabalho, independentemente do sexo, reforça o Código Civil de 1916. Nesse caso, a mulher precisaria da autorização do marido para exercer atividade remunerada; caso o trabalho estivesse prejudicando ou ameaçando a família, a ordem física ou moral da criança, o marido poderia rescindir o contrato de trabalho da esposa, a qualquer momento. Assim, a legislação reforçava novamente que o papel social primordial da mulher era no lar, como esposa e mãe.

Em relação ao trabalho noturno, as mulheres com mais de 21 anos que trabalhavam em casas de diversões, hotéis, restaurantes, bares, deveriam apresentar atestado de bons antecedentes, pelas autoridades competentes, e também atestado médico sobre a capacidade física e mental (Decreto-lei n.º 5.452, 1943), como retrata Pena (1981, p. 80): “dito de outra maneira, as mulheres deveriam provar que não eram loucas ou prostitutas para que trabalhassem à noite”. O trabalho das donas de casa não foi contemplado por nenhuma legislação, tido como trabalho privado, de maneira que não tinha férias, pensão, limite de jornada de trabalho ou aposentadoria (Pena, 1981).

Saffioti (2013) salienta que, já que a remuneração das mulheres era tida como subsidiária, seus salários eram menores em vários países, como na Suécia, EUA, em 1939, em que as mulheres recebiam 59% dos salários dos homens, e no período da Segunda Guerra Mundial, quando chegou a 50%. A chefe da Divisão do Custo de Vida do Ministério do

Trabalho, em Washington, Dorothy S. Brady, explica que essa distinção acontecia pelo fato de a mulher ainda ser considerada somente como parte da família e não como sujeito (Jean, 1949).

Tabela 3

Pessoal ativo na Indústria e Comércio

	Produção Industrial (1941)		Comércio (1944)
	Administração	Fábricas e oficinas	
Homens	93%	74%	87%
Mulheres	7%	26%	16%
Quantidade total	97.321	846.997	118.106

Nota: Adaptado de Anuário Estatístico do Brasil (1945a, 1945b).

Durante a Segunda Guerra Mundial, o trabalho das mulheres, na Inglaterra, teve um aumento de 40%; em 1943 e 1944, elas representavam quase metade da força de trabalho. Nesse período, houve organizações para o cuidado das crianças, a fim de que as mulheres pudessem exercer atividade remunerada, contudo, passada a guerra, tais serviços fecharam e, como o número de empregos era menor que de pessoas aptas, a prioridade era masculina, sendo incentivado novamente o retorno das mulheres exclusivamente às atividades domésticas. Na Inglaterra, o crescimento da participação das mulheres na força de trabalho só voltou a ocorrer a partir da década de 1950 (Saffioti, 2013).

De acordo com Rago (2020), no final do século XIX, as mulheres representavam 76% da força de trabalho nas fábricas e, em 1950, já passavam para 23%. Dessa forma, a força de trabalho das mulheres:

ora se põe no mercado como mercadoria a ser trocada, ora se põe no lar enquanto mero valor de uso que, no entanto, guarda uma conexão com a determinação enquanto mercadoria da força de trabalho do chefe da família. Por tudo isso e ainda pelos arquétipos femininos que a sociedade constrói e alimenta, a adaptação da mulher às duas ordens de papéis que lhe cabe executar (Saffioti, 2013, p. 96).

Durante a Segunda Guerra Mundial, houve um aumento da urbanização, da demanda de habitação, transporte e alimentação, assim, com fim da guerra, tais questões se tornaram insustentáveis, havendo diversas manifestações. Começou a faltar pão e carne, no início de

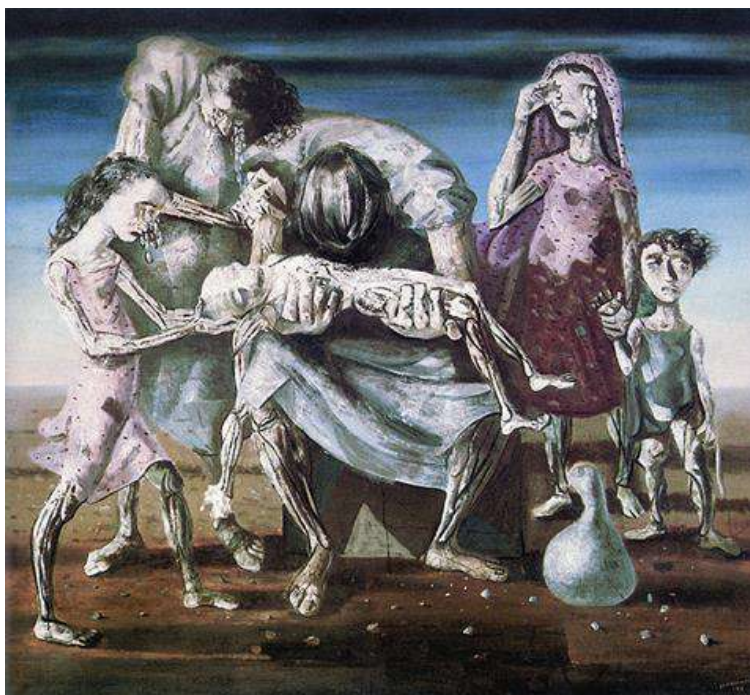
1946; nos meses seguintes, a situação agravou-se, faltando vários gêneros alimentícios e outros produtos industrializados. Carone (1985) explicita que, após quinze anos de governo getulista, quatro de governo provisório e sete de ditadura, assumiu, em 1946, um presidente eleito constitucionalmente, o Eurico Gaspar Dutra (1883-1974). Seu governo também teve caráter repressivo referente a reivindicações populares, sendo utilizada força policial contra presos políticos, comunistas, grevistas e operários(os).

Pilagallo (2003) ressalta que esse período ficou marcado por uma “maré conservadora” (p. 44), coincidindo com os ideais da elite brasileira e com a ideologia anticomunista. Grandes lideranças civis e militares, que planejaram o golpe de 1964, tinham como objetivo o combate ao “inimigo vermelho” (p. 45).

Como expressão da miséria que afetava a população, nesse período, Montenegro (1947) expôs que algumas famílias faziam fila por restos de pão em uma padaria, a maioria, mulheres e crianças. Uma delas conta que possuía 12 filhos, que morava no morro, porém, não havia água, nem onde lavar a roupa, não tinha como trabalhar, pois não tinha onde deixar os filhos. Contudo, no dia em que ela foi realizar a entrevista com algumas mulheres, não teve restos de pão “as mulheres e as crianças dormiram com fome” (1947, s.p.). A pobreza e a fome, relatadas por Montenegro, são explicitadas na obra de Portinari, que também é da década de 1940. A obra transmite o sofrimento da pobreza de uma família, mulheres e crianças magras, e uma mãe com um filho(a) nos braços aos prantos pela sua morte.

Figura 5

Criança Morta (1944) - Cândido Portinari



Nota: Criança Morta (2024).

Em 1947, foi criada a Federação das Mulheres do Brasil (FMB), por Alice Tibiriçá. A federação tinha forte ligação com o PCB, propondo fazer a luta das mulheres. A partir de 1947, comemora-se, no Brasil, o dia 8 de março como Dia Internacional da Mulher. Essa data foi proposta pela marxista alemã, Clara Zetkin (1857–1933), em 1910, na 2ª Conferência Internacional da Mulher Socialista, em alusão às 129 mulheres que lutavam por melhores condições de trabalho, as quais foram queimadas vivas em uma fábrica de Nova York (EUA), em 1857 (Souza, 2006).

Em 1951, a Federação organizou o primeiro Congresso que reunia diversos setores da classe trabalhadora. No ano seguinte, foi organizada a 1ª Assembleia Nacional de Mulheres, voltada para as reivindicações das proletárias. No final daquele mesmo ano, foi realizada a 2ª Assembleia Nacional de Mulheres e, em 1956, foi efetivada a Conferência Nacional de Trabalhadoras (Souza, 2006).

A polícia de São Paulo agrediu e prendeu algumas mulheres que estavam convidando outras mulheres paulistas a participarem de uma comemoração do Dia Internacional da Mulher, em 1950; além disso, a Federação de Mulheres de São Paulo teve sua sede invadida por policiais, de maneira que foram proibidas de realizar ato público referente a essa data. No mesmo ano, também no governo Dutra, Odete Tenório Lima, presidente da Associação Feminina de Vila

Isabel, juntamente com seu marido e três pessoas que a visitavam, foram arrastadas e ela teve sua casa incendiada (O Momento Feminino, 1950).

A fiscalização dos comportamentos recaiu, em sua maioria, na população, principalmente na população mais pobre, a saber, as(os) proletárias(os), migrantes internacionais e pessoas negras. No que se refere à ideologia dominante sobre os papéis sociais feminino e masculino, apesar de serem para toda a população, era perceptível que a maioria não conseguia segui-los, pois quem poderia ficar reclusa no lar era o grupo, principalmente, das mulheres burguesas. Além disso, as normas de comportamento eram absorvidas de modos diferentes nas diversas regiões do Brasil. A maioria das mulheres possuía relações afetivas sem a presença masculina de modo efetivo na casa ou, por vezes, possuía companheiros que não exerciam função remunerada. Dessa forma, elas realizavam os serviços domésticos, cuidavam das(os) filhas(os) e exerciam funções remuneradas, para prover a subsistência da família. Diversas das atividades remuneradas que as mulheres exerciam envolvia trabalho pesado, como construção civil, confecção de produtos manufaturados, comércio e artesanato (Maluf & Mott, 1998).

Em contraste, ainda que existissem necessidades materiais, o trabalho das mulheres era considerado apenas como último recurso. Como ilustra Dix (1949), no *Jornal das Moças*, quando a esposa trabalhava — geralmente por motivos financeiros — havia uma melhora na situação econômica da família. No entanto, se o marido julgasse que já não era mais necessário que ela continuasse trabalhando, cabia à esposa, mesmo contra sua vontade, priorizar a felicidade do marido e dedicar-se novamente ao lar.

No *Jornal das Moças*, diversas foram as reportagens que salientavam o papel da esposa no lar. Silva (1946) retrata que, dentre os papéis da esposa no lar, competia a missão de reter o marido na residência, de afastá-lo dos perigos, vícios e más companhias, assim, seria possível manter o homem em casa com doçura e carinho, contudo, discussões abririam a porta do lar, sendo um convite ao homem. Dessa forma, responsabilizava-se a mulher por qualquer desvio do marido.

Torres (1947) alerta sobre o modernismo, pois os homens não estão mais desejando o matrimônio e isso seria culpa das mulheres. Com as mudanças sociais, as mulheres estão fumando, bebendo e discutindo política, estão vivendo em um nível equivalente ao do homem. Embora, independentemente da classe, pobre ou rica, quanto mais feminina fosse a mulher, mais agradaria ao homem. Do mesmo modo que um homem afeminado não seria agradável, uma mulher masculinizada também não.

Torres (1947) realiza críticas às mulheres modernas que não sabem nada sobre o lar, visto que algumas acreditam que irão se casar e não fazer nada. Assim, um grande erro são as mulheres que exercem alguma profissão e acreditam que já estão em condições de serem uma esposa perfeita, ou seja, uma boa mãe e administradora do lar, sendo que isso não se aprende em colégios: aprende-se no lar. Ao final, o autor afirma que as profissões podem e também devem ser realizadas pelas mulheres, com a condição de que ela ainda seja a alma do lar, pois o mais importante e sagrado para a mulher são duas profissões: a de ser esposa e mãe.

Dix (1948a) expõe que não basta a mulher ser uma boa mãe; deve também ser uma boa esposa, pois, por vezes, quando a(o) filha(o) nasce, a mulher coloca toda a sua atenção no bebê; quando o esposo chega, após o trabalho, ela está mal-humorada, não lhe preparou a alimentação. Em comparação, a mesma autora expõe sobre a necessidade de férias para as mães, pois a mulher que exerce profissão, o homem que trabalha, todos possuem férias uma vez ao ano, já a mãe que se dedica ao filho, não possui (Dix, 1948b).

Em 1951, Dix (1951a) pontuava a importância do marido em ajudar nas obrigações do lar, no cuidado com as(os) filhas(os), devendo a esposa ter momentos de descanso. Em outro momento, no jornal, também é explicitado que não há nenhum problema o marido ajudar a esposa nos trabalhos domésticos, desde que ainda continue sendo o chefe da família e ainda seja respeitado como tal (Jornal das Moças, 1955).

Já Figueiredo (1947) explicitava a indignação referente ao fato de a mulher necessitar do consentimento do esposo para exercer trabalho remunerado, mesmo nos casos de a mulher já exercer profissão anterior ao casamento, ou que a família estivesse passando por dificuldades financeiras. Até mesmo quando o marido consentia com o trabalho externo ao lar, poderia mudar de ideia a qualquer momento, embora houvesse casos em que, por necessidade de subsistência, o operário, por mais que quisesse, não pudesse impedir que a mulher trabalhasse em outros lares, como lavadeira ou cozinheira.

os que se batem pela permanência da mulher no lar, em nome da boa organização familiar, são os mesmos que aceitam como o fato mais natural do mundo, que sua mulher tenha duas, três empregadas; que eles, seus filhos e sua mulher tenham assistência de enfermeiras quando estão doentes, que seus filhos sejam ilustrados por boas professoras, etc.. Por acaso, as cozinheiras, as lavadeiras, as professoras e enfermeiras também não têm lar? Não tem, também, uma organização familiar cujo bom desenvolvimento deve exigir sua permanência em casa. A verdadeira razão desse dispositivo é o indisfarçável receio da concorrência, é o medo da vitória das mulheres, da sua liberdade, é, sobretudo,

o medo de perder a superioridade de posição que a exclusividade do trabalho fora do lar sempre assegurou ao homem (Figueiredo, 1947, s.p.).

O jornal O Movimento Feminino expunha, em diversos momentos, o trabalho árduo das mulheres, em suas reportagens e em suas capas, como nas duas imagens a seguir, de duas capas do jornal de 1947: na primeira, constam cinco mulheres, cada uma realizando uma atividade; uma com um cesto apoiado na cabeça, o que poderia ser uma lavadeira; outra com um bebê no colo; uma jovem com um livro nas mãos; outra com uma roupa mais formal, podendo representar uma secretária; e uma passando roupas; na segunda capa, mostra-se uma costureira, com expressão triste e cansada.

Figura 6

Capa de duas edições do jornal O momento Feminino



Nota: O Momento Feminino (1947a, 1947b).

O trabalho das mulheres ainda não era devidamente reconhecido na maioria dos setores, conforme o jornal O Momento Feminino (1947c), como nas fábricas, onde a operária tecelã fornecia toda a sua energia, porém, sem receber a devida retribuição. Em geral, as mulheres pobres, sem possibilidades de estudar, precisavam sacrificar seus sonhos, por necessitarem trabalhar para o sustento. Quando iniciavam o trabalho nas fábricas, deparavam-se com o descaso dos patrões. O jornal realizou entrevistas com algumas operárias. No dia, observaram

jovens, mães e filhas, mulheres gestantes, idosas, doentes, todas trabalhando juntas para manter o sustento da família. Uma das mulheres falou sobre a união delas, que buscavam se organizar na fábrica e fazer comissões para discutir as injustiças. Dentre as principais demandas, estavam o “aumento de salários, pagamento do repouso semanal, vestiário, creche com leite e assistência, gabinete separado dos homens, sala de refeitório, etc.” (s.p.).

Na reportagem, *O Momento Feminino* (1947c) ressaltava que visitaram várias fábricas, todas com realidades parecidas, e, como a legislação obrigava as fábricas a terem creche em ambientes com mais de 30 trabalhadoras, apesar de muitas terem o espaço, por conta da fiscalização, não havia o funcionamento efetivo. Além disso, havia o trabalho de menores de idade por ganharem menos. Uma das operárias retratou que essas moças precisavam trabalhar: “Mas são duplamente exploradas. Fazem serviço de adulto, esforçam-se, cobrem as tarefas e ganham uma migalha. Faz pena ver verdadeiras meninas, que deveriam estar ainda na escola pública, debaixo da ganância dos homens das fábricas” (*O Momento Feminino*, 1947c, s.p.).

Em uma viagem que a diretora do jornal *O Momento Feminino* (1947d) e vereadora Arcelina Mochel²⁵ fez para Minas Gerais e São Paulo, retratou que o trabalho das mulheres era penoso, visto que carregavam lenhas por algumas léguas, para vender por uma miséria. Outras mulheres trabalhavam nas minas, na seleção de pedras, na extração de arsênio, o que pode inclusive causar deformações físicas. Além disso, a água para subsistência tinha que ser carregada por longas distâncias.

Figura 7

Trabalho de mulheres em Minas Gerais e São Paulo



Nota: *O Momento Feminino* (1947d).

²⁵ Arcelina Mochel foi diretora do jornal, também, eleita vereadora do Distrito Federal; lutava pelos direitos das mulheres e teve seu mandato cassado em 1947.

De acordo com dados de operárias(os), na indústria brasileira de 1948, os homens eram a maioria do pessoal ativo, como consta na tabela 4. Os homens realizavam principalmente trabalho com construção, depois, madeira, metalúrgica, mobiliário e extrativa com beneficiamento; já as mulheres, estavam inseridas principalmente na indústria têxtil, depois, fumo, vestuário e toucador, diversos, papel, química e borracha. Dessa forma, mesmo que os homens realizassem majoritariamente trabalhos que exigiam força física, também havia mulheres inseridas nesses espaços, mesmo em minoria, como na construção e metalúrgica.

Tabela 4

Trabalho no Brasil nos principais ramos da indústria (1948)

RAMOS DE INDÚSTRIA	OPERÁRIOS RECENSEADOS	
	Porcentagens	
	Homens	Mulheres
Construção	99,02 %	0,98 %
Extrativa com beneficiamento	87,70 %	12,30 %
Fumo	43,23 %	56,77 %
Madeira	93,41 %	6,59 %
Metalúrgica	93,26 %	6,74 %
Mobiliário	91,47 %	8,53 %
Papel, química e borracha	71,06 %	28,94 %
Têxtil	40,83 %	59,17 %
Vestuário e toucador	58,76 %	41,24 %
Diversos	68,68 %	31,32 %
TOTAL	70,80 %	29,20 %

Nota: Adaptado do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (1951).

Embora as mulheres estivessem inseridas em diversas áreas de trabalho, Mochel (1947a) explicita sobre a angústia das operárias com a exploração do seu trabalho:

Dentre os múltiplos problemas da mulher, salientamos hoje o da exploração da mão de obra feminina no setor industrial. Não há como negar que a mulher brasileira tenha capacidade de produção nas fábricas e, infelizmente, a exploração de seu trabalho é muito grande. A lei assegura salário igual para trabalho igual. Mas a realidade é que isso só existe no papel. Nas fábricas, em horário comum e em produção idêntica, dando todo

a sua abnegação e sacrifício, a mulher tem retribuição inferior à dos trabalhadores do sexo masculino. [...] Elas perdem a alegria, o conforto, mas continuam dedicando às suas tarefas e sempre ativas na produção (s.p.).

Jean (1949), ao pontuar sobre a desigualdade do salário entre homens e mulheres, retrata uma conversa que teve com o dono de fábrica de confecções, em que, ao ser questionado se pagava salário igual para a mesma função, respondeu “Naturalmente não”, justificando que os homens deviam ganhar mais que as mulheres, pois possuíam maiores responsabilidades. A colunista perguntou como se justificava tal distinção salarial para trabalhos iguais:

-Nunca executam exatamente o mesmo trabalho, explicou. Tratando-se de cortadores, por exemplo, confiarmos os uniformes aos homens e os vestidos às mulheres.

- Será mais difícil cortar uniformes? indaguei.

- A mesma máquina corta tudo. Mas assim ninguém poderá dizer que duas pessoas executam exatamente o mesmo trabalho e merecem, portanto, o mesmo salário... De qualquer maneira, o homem sempre ganhou mais que a mulher! (Jean, 1949, s.p.).

Mesmo no final da década de 1950, a disparidade salarial das mulheres não era realidade somente brasileira; no *Jornal das Moças* (1959a), ficou demonstrada a disparidade salarial em diversos países: na França, o salário do homem era 8% superior ao da mulher; na Itália, era 16%; na Bélgica, 25%; em Luxemburgo, 35%; na Alemanha Ocidental, 38%; e, na Holanda, 41%.

Para manutenção da sociedade dividida em classes, é necessária a escolha de características naturais para justificar a marginalização de determinadas categorias sociais, assim, os preconceitos tanto de raça/etnia quanto de sexo/gênero têm um papel significativo na manutenção do domínio e da acumulação do capital pelo capitalismo. A força física dos homens é utilizada como justificativa para a hierarquia entre o homem e a mulher, como o salário, no qual o homem recebe melhor remuneração, inclusive nos mesmos cargos. O salário das mulheres é tido somente como complementar à renda familiar. As mulheres geralmente não são preparadas, por uma educação de sexo/gênero, para exercer uma profissão, assim, elas estudam até um período, trabalham como escriturária ou vendedora, somente até casarem (Saffioti, 2013).

Durante o século XX, houve um aumento significativo da força de trabalho das mulheres brasileiras, correspondendo a 14,6% das mulheres economicamente ativas em 1950, embora ainda fosse menor que em outros países, em 1946, como nos EUA, em que as mulheres economicamente ativas eram 25%; na Itália, eram 29%; e, na França, eram 38% (Serviço Nacional de Recenseamento, 1954).

De 1940 a 1950, houve um aumento de 32% na participação economicamente ativa das mulheres, o que aumentou a inserção em trabalhos no comércio, transportes, comunicação, tendo uma diminuição em trabalhos na agropecuária. Com base nos dados referente a 1954 das pessoas empregadas nos estabelecimentos industriais, as mulheres representavam 41,96% (Secretaria Geral do Conselho Nacional de Estatísticas, 1955). Diante disso, é importante ressaltarmos que existiam diversas mulheres inseridas em atividades informais.

Mészáros (2011) enfatiza que a maior inserção das mulheres nos trabalhos assalariados não resultou na sua emancipação, sendo inclusive direcionadas aos salários mais baixos, aos quais tiveram que se submeter. Além disso, mesmo quando se diminui a distinção salarial entre homens e mulheres, isso só ocorreu por diminuir o salário dos homens.

Sobre a aposentadoria das mulheres, uma reportagem do Correio da Manhã (1949) enfatizava tanto a necessidade de garantir proteção social quanto a de restringir seu desempenho a funções percebidas como adequadas à “resistência” das mulheres. Trata-se de um projeto apresentado por Francisco Gallotti (1895–1962) ao Senado, referente à aposentadoria das servidoras públicas, que previa a redução do tempo de serviço para 30 anos e, em casos de enfermidade, para 25 anos. Os argumentos utilizados pelo autor baseavam-se na ideia de que a mulher seria mais frágil, e que o homem é mais suscetível a sofrer incômodos ao longo da vida. Na matéria da revista, realizava-se uma crítica, visto que, se fosse considerado “ao pé da letra” o que está no projeto, o que se conclui “é a incapacidade da mulher para o exercício das múltiplas funções, inclusive as da vida pública, que hoje são cometidas. Porque realmente ela já nasce frágil, e não se torna apenas débil na hora ser computado seu tempo de serviço para os efeitos da aposentadoria antecipada”. Alegavam, na matéria, que o que Gallotti sustenta é a incapacidade das mulheres, devendo os serviços públicos se prevenir do trabalho da mulher, pois traria menos rentabilidade pelo fato de a mulher ser mais frágil, além de que o Estado teria que dispensá-la mais cedo. Além disso, Gallotti ressaltava que as alterações que “acarretam grandes e perigosos distúrbios” ao organismo das mulheres com o avanço da idade — em referência à menopausa — seriam motivo para justificar a redução do tempo de serviço. Assim, o único obstáculo gerado pela menopausa seria o fim da capacidade reprodutiva, algo que, segundo sua perspectiva, não teria utilidade alguma no serviço público. A matéria conclui insinuando a existência de uma “menopausa masculina”, sugerindo que também deveria haver redução no período de trabalho dos homens (Correio da Manhã, 1949).

Embora esses autores mobilizem argumentações que naturalizam e reforçam a suposta inferioridade da capacidade das mulheres, é imprescindível problematizar tais concepções à luz

das determinações históricas e sociais que estruturam a divisão sexual do trabalho. Nesse sentido, as distinções relativas à aposentadoria das mulheres não podem ser compreendidas como privilégios, nem como subjugação de sua capacidade, mas como respostas parciais às desigualdades estruturais que lhes impõem a sobrecarga da tripla jornada — produtiva, reprodutiva e de cuidado —, cujas consequências incidem de forma direta e cumulativa sobre a saúde e as condições de vida dessas mulheres.

Na 27ª reunião da Federação Sindical Mundial, as mulheres foram chamadas para a Conferência Internacional das Mulheres Trabalhadoras, a ser realizada em 1956. A conferência tratou da luta unitária das trabalhadoras e dos sindicatos pelo princípio do trabalho equivalente a salário igual, assim como pela conquista de direitos, contra todas as formas de discriminação e pela maior participação das mulheres em sindicatos. No Brasil, as mulheres trabalhadoras ainda não possuíam organização, sendo importante a conferência para campanhas de sindicalização das trabalhadoras agrícolas, funcionárias, comerciantes e domésticas etc. (O Momento Feminino, 1955). A figura a seguir expressa a importância da mulher no sindicato.

Figura 8

A mulher sindical



Nota: O Momento Feminino (1955).

Com a eleição de Getúlio Vargas, em 1950, intensificou-se o processo de industrialização nacional; entretanto, esse mesmo contexto foi acompanhado pela ampliação das forças oposicionistas ao presidente (Pilagallo, 2003). Ocorriam movimentos pelo aumento do salário, inclusive de grupo de oficiais do Exército, então, João Goulart (1919-1976), Ministro do Trabalho desde 1954, propôs aumento de 100% do salário-mínimo. Como houve reações contrárias, principalmente dos empresários, Goulart pediu demissão do cargo, porém, Vargas

aderiu à proposta instituindo o salário-mínimo (Carvalho, 2002). Dessa maneira, foi anunciado pela Confederação dos Trabalhadores do Brasil o aumento do salário mínimo em maio de 1954 (O Momento Feminino, 1954a).

Carlos Lacerda (1914-1977)²⁶, um dos principais opositores de Getúlio Vargas e membro do partido conservador UDN, sofreu um atentado. Nesse atentado, faleceu o major que o protegia, sendo o mandante do crime o chefe da guarda presidencial. Por conta das pressões que Getúlio Vargas estava sofrendo, suicidou-se em 1954. João Fernandes Campos Café Filho (1899-1970), vice-presidente, assumiu a presidência (Carone, 1985).

Em 1955, Juscelino Kubitschek de Oliveira [JK] (1902-1976), que era governador de Minas Gerais (1951-1955), foi eleito presidente e João Goulart ficou no cargo de vice-presidência. Ocorreram diversas tentativas de golpe para impedir a posse de JK e João Goulart, porém, sem êxito (Carone, 1985). No início do governo de JK, foi suspenso o funcionamento de diversas associações das mulheres pelas autoridades, como a Federação de Mulheres do Brasil, que teve suas atividades proibidas. Saffioti menciona que JK foi obrigado a realizar tais medidas por pressão de grupos empresariais e de mulheres da classe alta (Saffioti, 2013).

A influência do capital estrangeiro no governo de JK, entre 1956 e 1961, elevou-se substancialmente, aumentando a indústria de bens de consumo, como automobilístico, nos setores de infraestrutura, energia elétrica, transporte rodoviário, setor da comunicação. Com isso, houve um crescimento da oferta de trabalho urbano, como nos bancos, no comércio, na comunicação, no transporte e nos serviços burocráticos. Isso implicaria o trabalho das mulheres, visto que, com maior industrialização, várias mulheres foram expulsas de trabalhos artesanais ou domésticos, mas surgiram outras oportunidades no setor terciário (escolas, serviços públicos etc.), o que ficou designado como os chamados trabalhos das mulheres. Necessitou-se, assim, de força de trabalho especializada, o que aumentou a quantidade de pessoas inseridas na educação (Pinsky, 2014). Em 1960, com o aumento da industrialização por conta do presidente Juscelino Kubitschek, as mulheres representavam 17,9% do total da força de trabalho (Saffioti, 2013).

Com o término do mandato de JK, em 1960, Jânio Quadros (1917-1992) foi eleito presidente com 48,3% dos votos, tendo, como principal base de apoio, a UDN. O cargo de vice-presidente foi ocupado por João Goulart, eleito pela coligação PSD/PTB (Carvalho, 2002). Durante o breve governo de Quadros, a aproximação diplomática com países socialistas, como

²⁶ Ele foi vereador em 1947, deputado federal de 1955 a 1960 e governador do estado de Guanabara de 1960 a 1965. Carlos Lacerda também era jornalista e proprietário do jornal A Tribuna da Imprensa (Carone, 1985).

Cuba, União Soviética e China, gerou forte pressão dos Estados Unidos para que o Brasil assumisse uma postura alinhada à política anticomunista (Carone, 1985).

No plano interno, a população permanecia insatisfeita com o aumento do custo de vida e com a ausência de efetivação das reformas sociais, cenário que impulsionou uma série de mobilizações trabalhistas e greves. Entre as manifestações de maior repercussão, destacou-se a “Marcha da Família com Deus pela Liberdade”, organizada por setores conservadores e reacionários, que expressava a confluência de interesses da UDN, de segmentos de militares de direita e de instituições religiosas (Carone, 1985). Paralelamente, ocorreram greves no campo, revelando as tensões vividas por uma sociedade em que, em 1960, aproximadamente 55% da população residia em áreas rurais e respondia por 54% da força de trabalho nacional (Carvalho, 2002). Esse contexto evidenciava o entrelaçamento das contradições de classe no espaço urbano e rural, assim como a disputa de projetos societários antagônicos. De um lado, setores populares que reivindicavam reformas estruturais; de outro, frações das classes dominantes que, apoiadas em forças externas, buscavam manter a ordem social vigente.

A renúncia de Jânio Quadros, em 1961, ocorreu em um contexto de intensas disputas políticas e sociais. No momento em que o vice-presidente João Goulart encontrava-se em visita oficial à China, setores conservadores e reacionários articularam novas tentativas de golpe para impedir sua posse. Entretanto, forças comprometidas com a legalidade constitucional também se mobilizaram, o que resultou em um impasse que teve como solução provisória a adoção do regime parlamentarista (Carvalho, 2002).

Esse arranjo, contudo, não eliminou as contradições de fundo. Nesse cenário, os Estados Unidos desempenharam papel estratégico e financeiro fundamental, que culminou na articulação do golpe militar, consumado em 1964, expressão concreta da aliança entre a burguesia nacional dependente e o imperialismo norte-americano (Carone, 1985).

No contexto descrito anteriormente, a partir da década de 1950, é possível observar a inserção crescente das mulheres no mercado de trabalho, chegando a representar, em alguns países, 51% da força laboral (Souza, 2006). Todavia, essa maior participação não significou a superação das desigualdades estruturais: as mulheres continuaram submetidas a salários inferiores, a critérios mais rigorosos de contratação e a situações de assédio moral e/ou sexual — ainda que tais práticas também pudessem atingir os homens. Além disso, a ausência de políticas públicas e de equipamentos sociais capazes de assumir parte das responsabilidades atribuídas historicamente às mulheres manteve a sobrecarga da dupla ou tripla jornada de trabalho. A essas condições objetivas somam-se exigências sociais de caráter normativo, que

impõem à mulher o ideal contraditório de ser, simultaneamente, “boa esposa e dona de casa, excelente profissional, culta, conhecedora das artes do amor, independente, bonita e sempre bem-humorada” (Souza, 2006, p. 173).

Saffioti (2013, p. 96) evidencia as contradições vividas pelas mulheres na articulação entre patriarcado e capitalismo, ao afirmar: “Sua força de trabalho ora se põe no mercado como mercadoria a ser trocada, ora se põe no lar enquanto mero valor de uso que, no entanto, guarda uma conexão com a determinação enquanto mercadoria da força de trabalho do chefe da família”. Esse duplo movimento revela a forma pela qual a sociedade capitalista naturaliza e impõe às mulheres a adaptação simultânea a duas esferas antagônicas: o trabalho assalariado e o trabalho doméstico não remunerado. Em ambos os casos, observa-se a ausência de referências sociais e institucionais que possibilitem integrar tais funções, o que reforça a incompatibilidade estrutural dessa dupla exigência.

Além disso, Saffioti (2013) destaca que as condições de inserção das mulheres variam de acordo com a posição de classe. No interior da classe trabalhadora, por exemplo, a mulher disputa diretamente com os homens os postos de trabalho, tendo, no emprego assalariado, um meio indispensável de subsistência. Essa disputa, no entanto, não elimina a sobrecarga das funções domésticas, mas a acumula.

A inserção das mulheres no mercado de trabalho, em meados do século XX, no Brasil, revela a contradição entre o trabalho produtivo e o reprodutivo, que se traduziu na sobrecarga de jornadas, na precarização salarial e na naturalização do trabalho doméstico como responsabilidade das mulheres. Essa realidade expressa a articulação entre capitalismo e patriarcado na divisão sexual do trabalho, impactando de forma distinta as mulheres de diferentes classes sociais. A seguir, foi analisado como as legislações do período refletiram tais contradições, delimitando direitos e restrições que incidiram diretamente sobre a vida das mulheres.

3. 2 Legislação: concessões e restrições dos direitos das mulheres

As legislações analisadas neste tópico refletem tanto normas que já estavam presentes no cotidiano quanto direitos conquistados por meio de lutas sociais. Foram examinadas as leis que impactaram a vida das mulheres no Brasil entre o final do século XIX e a década de 1960, evidenciando como a legislação expressou e reproduziu as contradições de sexo/gênero no contexto das relações capitalistas e patriarcais.

De acordo com Lukács (2012), é somente em construções sociais desenvolvidas, com divergências de classes, que surge a demanda de criação de instituições para regularizar os relacionamentos sociais e econômicos. Assim, o direito surge para regular as relações de dominação, “não visa produzir algo novo no âmbito material; ao contrário, a teleologia jurídica pressupõe todo o mundo material como existente e busca introduzir nele princípios ordenadores obrigatórios, que esse mundo não poderia extrair de sua própria espontaneidade imanente” (p. 269).

Dessa forma, na sociedade capitalista, o Estado é uma forma de organização social regulada pela burguesia, para que possam assegurar seus interesses e propriedades (Marx & Engels, 2007), assim, o Estado não é neutro. Todas as instituições coletivas são reguladas pelo Estado, como a política e a legislação, de maneira que há a ilusão de que tais questões são reguladas com base na vontade geral (Marx & Engels, 2007).

Os avanços, em termos de direitos, ao longo da consolidação do sistema capitalista, representaram apenas uma igualdade formal, pois inserem-se em práticas produtivas que objetivavam a extração do excedente do “trabalho livre”, articuladas no quadro de uma “igualdade contratual” (Mészáros, 2011, p. 268). Mészáros (2011), ao citar Baran e Sweezy, evidencia que uma das forças da ideologia capitalista é a premissa de oportunidades iguais, visto que as desigualdades sociais seriam decorrentes de injustiças, de “dotes naturais superiores ou inferiores” (p. 274). O capitalismo, dessa forma, não apenas sustenta a reprodução das relações de poder antagônicas, como também as apresenta sob a aparência de impessoalidade, naturalizando mecanismos de controle sobre os trabalhadores e mascarando a persistência de desigualdades estruturais.

Quando nos referimos aos direitos especificamente das mulheres, é preciso efetivar algumas distinções; dentre elas, Mészáros (2011) destaca que as mulheres ocupam posição de subordinação em todas as classes sociais, o que as distingue da luta da classe proletária. Assim, o “‘poder nas mãos das mulheres’, em qualquer sentido dessa expressão, seria inconcebível se o quadro estrutural de dominação e hierarquia de classes se mantivesse como princípio organizador da ordem sociometabólica” (p. 286). Considerando a impossibilidade de as mulheres terem de fato algum poder na ordem social capitalista, a alternativa foi aceitar melhorias parciais que são passíveis de conciliar com esse sistema.

Nessa perspectiva, o Código Penal brasileiro sinaliza quais comportamentos eram aceitáveis ou deveriam ser penalizados naquela época. No Código Penal de 1890 (Decreto n.º 847, 1890), que dispõe sobre o que era considerado crime ou não, aborda-se que não serão

considerados criminosos: “§ 2º Os que o praticarem em defesa legítima, própria ou de outrem. A legítima defesa não é limitada unicamente à proteção da vida; ela compreende todos os direitos que podem ser lesados” (art. 32). Esse artigo proporciona abertura para outros direitos que possam ser lesados, inclusive, os da honra, sinalizando a naturalização das violências que ocorriam contra as mulheres, justificadas em nome da honra do homem.

No capítulo do Código Penal que se refere à “violência carnal”, existe uma distinção em relação à pena que a pessoa que estupra uma mulher “virgem ou não, mas honesta” (art. 268) receberia e de estuprar uma “mulher pública ou prostituta”; quando a mulher é honesta, a pena é de um a seis anos e, já no segundo caso, a pena é de somente seis meses a dois anos. Dessa forma, não se descreve ou especifica o que seria uma mulher honesta ou uma mulher pública. É previsto também o rapto de mulher honesta para fins libidinosos (Decreto n.º 847, 1890). Além disso:

Nos casos de defloração, como nos de estupro de mulher honesta, a sentença que condenar o criminoso o obrigará a dotar a ofendida.

Parágrafo único. **Não haverá lugar imposição de pena si seguir-se o casamento a aprazimento do representante legal da ofendida** (Decreto n.º 847, 1890, art. 276, grifo nosso).

No caso do aborto (art. 300), a legislação previa pena de dois a seis anos, estendendo a responsabilização ao médico ou curandeira que o realizasse. Já em situações de infanticídio (art. 298), a pena era significativamente mais severa, variando de seis a vinte e quatro anos (Decreto n.º 847, 1890). Chama-nos a atenção o fato de que ambos os crimes eram punidos de forma equivalente ou até superior ao crime de estupro, podendo, inclusive, envolver fetos concebidos em contextos de violência sexual. Nesse cenário, a legislação colocava a mulher em uma posição de desproteção do Estado: além de sofrer a violência do estupro, poderia ser obrigada a casar com o agressor; caso engravidasse, a decisão de interromper a gestação resultava em penalizações mais severas sobre ela. Tal configuração evidencia como o arcabouço jurídico reproduzia relações de poder patriarcais, responsabilizando e punindo as mulheres, ao passo que absolvía o homem.

O desconforto familiar diante da jovem que deu um mau passo, perdendo a virgindade e, pior ainda, engravidando antes do matrimônio, ou, de forma inversa simétrica, o estrito rigor na conduta exigido à mãe de família largada pelo marido, assim como a obrigação de aceitar um casamento imposto pela família, por razões de conveniência na preservação do patrimônio ou pela simples autoridade paterna inquestionável, que aos

poucos vão se amenizando para dar lugar a uma atitude mais liberal ou flexível em relação às condutas ‘desviantes’, representam uma erosão profunda das estruturas da família patriarcal, que sempre teve por modelo normativo valores éticos impregnados pelas figuras do sagrado, graças ao imaginário da Sagrada Família (Schwarcz, 1998, p. 143).

Em decorrência da moral burguesa, que implicava sanções contra as mulheres, responsabilizando-as e julgando quando eram defloradas, por vezes, elas preferiam realizar o aborto, infanticídio ou até mesmo o suicídio, para evitar que o fato de ser mãe solteira viesse a público (Fonseca, 2020). Na tirinha seguinte, de Pagu (1931b), Kabelluda foge de casa para ir a Portugal; após meses, ela retorna grávida, “Kabeludinha”, contudo, sua tia, Fanika, mata a criança: “Fanika moralista estragou porque Kabelluda era solteira”. Segundo Nogueira (2017), a tira faz referência ao aborto que, por vezes, era imposto pela família a mulheres que engravidavam fora do casamento. Dessa forma, caso a mulher engravidasse antes do casamento, seria penalizada moralmente pela sociedade, mas, caso abortasse, poderia ser penalizada criminalmente.

Figura 9

Malakabeça Fanika e Kabelluda



Nota: Pagu (1931b).

No caso das mulheres casadas, o adultério recebia pena de um a três anos; já os homens eram penalizados somente nos casos de traição duradoura, ou seja, de ter concubina e “manteúda” (Decreto n.º 847, 1890, art. 279). Soihet (2020) ressalta sobre os motivos da punição das mulheres:

Os motivos da punição são óbvios, já que o adultério representava os riscos da

participação de um bastardo na partilha dos bens e na gestão dos capitais. O homem, em verdade, tinha plena liberdade de exercer sua sexualidade desde que não ameaçasse o patrimônio familiar. Já a infidelidade feminina era, em geral, punida com a morte, sendo o assassino beneficiado com o argumento de que se achava ‘em estado de completa privação de sentidos e de inteligência’ no ato de cometer o crime, ou seja, acometido de loucura ou desvario momentâneo. Na prática, reconhecia-se ao homem o direito de dispor da vida da mulher (p. 381).

Embora o direito de tirar a vida da mulher, ao menos legalmente, tenha sido alterado em anos posteriores, nas normas sociais, o homem ainda dispunha do direito de retirar a vida da mulher, da companheira ou ex-companheira, como expresso em alguns dados na introdução desta pesquisa.

Nessa lógica, Engels (2017), ao escrever no final do século XIX, ressalta que, apesar da fidelidade ser cobrada do homem e da mulher, a liberdade sexual e o adultério nunca são reprovados ao homem, mas somente contra as mulheres. Assim, a prostituição²⁷ acabou sendo necessária para a manutenção da família monogâmica, tendo em vista que a monogamia é cobrada somente da mulher e, ao homem, é permitida a relação com várias mulheres. Kollontai (1907) também explicita que a prostituição, abertamente, é desprezada e condenada, porém, secretamente, ela é apoiada e sustentada.

Na obra a seguir, de Di Cavalcanti, de 1929, retratam-se vários homens se relacionando com mulheres; uma delas está seminua e outra nua; o local aparenta ser um bordel. A obra denota as relações sexuais que eram permitidas aos homens, sendo solteiros ou casados, pois, aos homens, só não era permitido manter outra mulher. O adultério em situações casuais não era previsto legalmente ao homem. Já as mulheres, que estavam em situação de prostituição, não eram consideradas honradas, tendo inclusive penas distintas caso um homem a estuprasse.

²⁷ Inicialmente, o ato sexual por dinheiro tinha um fim religioso realizado por sacerdotisas. Posteriormente, com a propriedade privada e a família monogâmica, desenvolveu-se a prostituição (Engels, 2017).

Figura 10*Mangue (1929) - Di Cavalcanti*

Nota: Mangue (2024).

Uma das principais legislações que vai reger basicamente todo o século XX, com alterações no decorrer dos anos, ficando alguns artigos em vigor até 2002, é o Código Civil, criado em 1916, que rege sobre as questões consideradas de ordem privada. No art. 6, em que consta sobre as **peessoas consideradas incapazes** a certos atos, dentre as pessoas, estão as pessoas consideradas loucas e as mulheres casadas, enquanto existir a sociedade conjugal (Lei n.º 3.071, 1916).

O Código Civil reproduz a desigualdade estrutural entre homens e mulheres, atribuindo prerrogativas específicas aos homens. Assim, no art. 333, confere-se ao marido a posição de **chefe da sociedade conjugal**, incumbindo-lhe representar legalmente a família, administrar os bens comuns e os bens particulares da esposa, autorizar o exercício profissional da mulher e prover a manutenção econômica da família (Lei n.º 3.071, 1916). Em contraste, os deveres e direitos da mulher são definidos de maneira subordinada: “A mulher assume, pelo casamento, com os apelidos do marido, a condição de sua companheira, consorte e auxiliar nos encargos da família” (art. 240, Lei n.º 3.071, 1916, grifo nosso). Essa configuração legal evidencia como a legislação codificava a subordinação das mulheres, reforçando a divisão sexual do trabalho e a hierarquia patriarcal no âmbito familiar, enquanto apresentava a autoridade masculina como natural e legítima.

Os ideários que constam na legislação, também, eram reforçados pelo cristianismo sobre a hierarquia familiar, em que o homem é a cabeça da família e a mulher, o coração; como a emoção seria considerada inferior, caberia ao homem governar a casa e a mulher (Saffioti, 2013).

Sobre o que cada cônjuge pode ou não realizar no casamento, existe uma distinção discrepante: o marido não pode, sem o consentimento da mulher, alienar imóveis, pleitear móveis, fazer doação dos bens ou de rendimentos comuns, e prestar fiança; a mulher, além de também não poder fazer as mesmas coisas que o marido, não deve exercer profissão sem a autorização dele. A autorização do marido deve constar em instrumento público ou ser autenticada, podendo o marido revogar a decisão a qualquer momento. A mulher que exercer alguma profissão terá direito de dispor livremente do produto de seu trabalho. São previstos também os comportamentos presumidos como autorizados à mulher, como a realização de compras para a economia doméstica e ter obrigações relacionadas à indústria ou profissão, que exerça com a autorização do marido ou juiz. Dentre as ações que a mulher casada não precisa de autorização para efetivar, consta sobre as(os) filhas(os) de leito anterior e: “Reivindicar os bens comuns móveis ou imóveis doados, ou transferidos pelo marido à concubina” (Lei n.º 3.071, 1916, art. 248).

O Código Civil previa a possibilidade de anulação do casamento em determinadas situações que refletem a subordinação legal da mulher. Entre essas cláusulas, destacam-se: o marido podia anular o casamento, em até dez dias, caso a esposa já tivesse sido deflorada anteriormente e ele desconhecesse essa condição; poderia contestar a legitimidade da(o) filha(o) em até dois meses após o nascimento; e, em casos de “defeito psíquico irremediável ou de moléstia grave e transmissível, por contágio ou herança, capaz de pôr em risco a saúde do outro cônjuge ou de sua descendência” (Lei n.º 3.071, 1916, art. 219).

A anulação do casamento era somente em algumas situações, havendo desigualdades explícitas no código referente aos homens e às mulheres. Dentre as possibilidades de anulação, destaca-se o fato de a mulher não ser virgem — condição que não apenas não se aplicava aos homens, como também contrastava com a valorização e o incentivo à sexualidade masculina.

Lênin (1916) retrata sobre a importância de se lutar pelo divórcio, principalmente para as mulheres que são oprimidas. Contudo, no sistema capitalista, não há o interesse de ser atribuída essa liberdade da separação a mulher “porque o sexo oprimido é sufocado economicamente; porque em qualquer democracia, quando existe o regime capitalista, a mulher

permanece uma ‘escrava doméstica’, presa ao quarto de dormir, ao quarto das crianças, à cozinha” (s.p.).

Essas legislações vão implicar diretamente a vida das mulheres da época, até mesmo as situações de violência doméstica, que ocorriam como forma de controle pelo marido ou pai como punição caso a mulher desobedecesse (Maluf & Mott, 1998). A escritora Carolina Maria de Jesus (1986) relata, em seu Diário de Bitita, algumas memórias de infância, da primeira e segunda década do século XX, entre seu avô, que havia sido escravizado, e sua esposa. Em uma das falas do avô, “a mulher depois que se casa deve cuidar apenas dos afazeres domésticos. Compete ao homem ser chefe da casa [...]” (Jesus, 1986, p. 80); a autora retrata uma situação do uso da violência como punição à mulher:

Quando o vovô veio almoçar, não tinha farinha. Ele não comia sem farinha, porque na época da escravidão os pretos eram obrigados a comer o angu, e a farinha. À tarde quando foi jantar, encontrou farinha. Perguntou a siá Maruca:

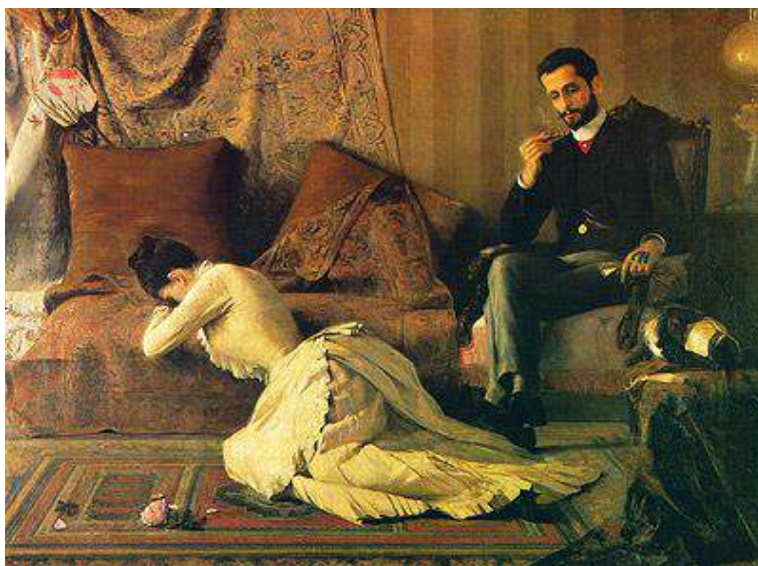
- Onde e como conseguiste dinheiro para comprar esta farinha? [...]

- Eu lavei as roupas da dona Faustina, ela pagou e eu comprei cinco quilos de farinha, lavei duas dúzias por um mil-réis. O quilo de farinha custou duzentos réis.

O meu avô retirou a cinta da cintura e espancou-a. Dizia: - É a última vez que a senhora vai fazer compras sem o meu consentimento. Quando quiser sair, peça-me permissão. Quem manda na senhora, sou eu! Se a senhora não sabe obedecer - vai embora! (Jesus, 1986, p. 81).

O relato de Jesus (1986) demonstra que as normativas e os papéis sociais impactaram a vida de homens e de mulheres, independentemente de classe social e raça/etnia, por mais que de formas distintas.

Na obra, exposta a seguir, supomos que Belmiro de Almeida (1858-1935) retrata um desentendimento entre um casal, mostrando uma mulher caída sobre um sofá; já o homem demonstra indiferença; as flores caídas no chão podem simbolizar um conflito entre o casal.

Figura 11*Arrufos (1887) - Belmiro de Almeida*

Nota: Arrufos (2024).

Na Revista Feminina, Pereira (1920) salienta sua indignação com os assassinatos das mulheres e a impunidade dos homens; expõe que, no Brasil, assassinava-se, na época, uma mulher a cada 4 horas²⁸. A autora ressalta a condição a que as mulheres são submetidas:

E aí está porque diariamente se continua no Brasil a matar impunemente e a qualquer propósito, pobres mulheres, muitas delas vítimas da prepotência, da brutalidade, e dos vícios de indivíduos sem alma, sem coração, sem noção de religião ou de moral, verdadeiras feras que entendem que a mulher é um animal doméstico, uma besta de carga do lar, que não merece contemplações ou atenções, e que foi feita apenas para dar ao homem a soma de prazer material e de trabalho útil que ele imponha ao seu cativo (Pereira, 1920, s.p.).

Nessa perspectiva, Malheiros (1919) compara a situação de uma mulher que assassinou o amante porque ele se encontrava com outra mulher; ela foi condenada a dez anos de prisão. A autora compara com o crime passionai em que um homem, ao assassinar uma mulher, justificou que, no momento, estava privado dos sentidos; via de regra, é absolvido pelo júri; já a mulher, em uma mesma situação, apesar de os homens afirmarem que elas são fracas e incapazes, como ressalta o Código Civil, é muito mais penalizada. Contudo, a política, a legislação e o júri são todos compostos por homens, tendo a legislação parâmetros distintos para homens e mulheres.

²⁸ Atualmente, dez mulheres são mortas por dia no Brasil, equivalente a uma mulher morta a cada duas horas e meia (Couto, 2025).

De modo geral, a Revista Feminina (1920) enfatiza que “já não se mata somente a esposa adúltera; mata-se qualquer mulher solteira, casada ou viúva, que não queira corresponder às propostas, desejo ou brutalidade de qualquer homem”.

A partir de 1930, ocorreram mobilizações sociais em prol dos direitos das mulheres. Em 1941, Di Cavalcanti expressou, em pintura, os movimentos sociais das mulheres do período.

Figura 12

Mulheres protestando (1941) - Di Cavalcante



Nota: Mulheres protestando (2024).

O reforço aos papéis sociais femininos era utilizado inclusive para tentar justificar o fato de as mulheres não exercerem o direito ao voto. Em uma reportagem da revista Fon-Fon²⁹ (1932), é ressaltado sobre os motivos pelo qual a mulher não deveria ter o direito ao voto, constando principalmente que a família e a política são incompatíveis com a mulher, pois, como ela é mãe e dona de casa, não tem tempo para se dedicar às questões políticas. Além disso, a mulher que se dedicasse à política, necessariamente, acabaria se descuidando da família e da casa. Dentre esses, são citados diversos tópicos para reforçar o quão incompatível seria o exercício ao voto, como: a mulher não estar a par das questões econômicas e políticas; não

²⁹ Revista criada por um trio de intelectuais masculinos, a saber, Lima Campos, Gonzaga Duque e Mário Pederneiras. Precusores do movimento modernista, eles fizeram uso da literatura, da charge e da fotografia para mostrar, nas páginas da revista, cenas do cotidiano carioca. A revista era dirigida a homens e mulheres, mas também era voltada para direcionar os padrões que as mulheres deveriam seguir. Esteve em circulação de 1907 a 1958 (Silveira, 2020).

realiza questões de finanças; das revistas direcionadas às mulheres não expõem sobre política; que as conferências políticas são compostas majoritariamente por homens; não havia livros de mulheres de doutrinas políticas. Dessa maneira, ainda reforçaria que o interesse da mulher na política seria por conta das exposições, banquetes e casamentos.

f) a mulher julga e age segundo o coração e não segundo a razão, o que implica dizer que dará o seu voto e o seu apoio ao candidato de suas simpatias e não ao que possuir maiores e melhores qualidades para governar e dirigir um povo; g) por motivos psicológicos e patológicos, que tornam a política incompatível com as contingências do sexo (Fon-Fon, 1932, p. 4).

Assim, havia, como motivos para a mulher votar, somente o fato dela administrar a casa e exercer algumas profissões, que antes eram reservadas aos homens (Fon-Fon, 1932). A reportagem dessa revista evidencia que foram utilizadas diversas estratégias para evitar que as mulheres pudessem participar das decisões políticas. Sendo utilizadas, como argumentos, características naturalizadas atribuídas às mulheres e, inclusive, barreiras sociais, como a de não haver mulheres no congresso político, espaço que, normalmente, não lhes era permitido, a exemplo de mais uma forma de legitimar a não concessão do voto das mulheres até então.

Beauvoir (2009) também retrata sobre uma das atas do Senado da França³⁰ justificando serem contrários a votação das mulheres, ficando evidente a opressão contra elas:

gostamos demais das mulheres para deixá-las votar; [...] votando, a mulher perderia seu encanto; está num pedestal, que não desça dele; tem tudo a perder e nada a ganhar tornando-se eleitora; [...] o lugar da mulher é em casa; as discussões políticas provariam a discórdia no lar. [...] votar é uma obrigação, não um direito, as mulheres não são dignas desse dever. São menos inteligentes e menos instruídas do que os homens. Se votassem, os homens se tornaram efeminados. Não têm educação política, votariam em obediência ao marido (pp. 151-152).

A ata da sessão também utiliza como justificativa os locais comumente atribuídos às mulheres, o lar, e a naturalização de uma suposta inferioridade das mulheres como argumento para continuarem restringindo o acesso às mulheres a tais espaços.

Embora houvesse tentativas de impedir a concessão do voto das mulheres, havia pressão popular para maior abertura política a elas (Souza, 2006), de maneira que ocorreram, historicamente, diversos acontecimentos e pessoas que se destacaram na luta pela aquisição do direito ao voto das mulheres desde o final do século XIX no Brasil. Podemos citar a dentista,

³⁰ O voto das mulheres na França foi legalizado somente em 1945 (Beauvoir, 2009).

Isabel de Mattos Dillon (1861-1920), que, em 1885, fez o pedido de alistamento eleitoral, por conta da Lei Saraiva (Decreto N.º 3.029, De 9 De Janeiro De 1881), que previa o direito ao voto a quem possuísse título científico; contudo, seu pedido foi julgado improcedente. No início da década de 1890, ela se apresentou como candidata à deputada, primeira mulher a reivindicar tal direito; entretanto, sua candidatura foi vetada, não conseguindo nem ao menos votar (Schumacher, 2003). Outra mulher que teve papel ativo no que se refere ao direito ao voto foi Leolinda de Figueiredo Daltro (1859-1935), uma das precursoras do movimento feminista no Brasil, a qual fundou, em 1910, o Partido Republicano Feminino, que tinha como objetivo a mobilização das mulheres pelo direito ao voto.

Na década de 1910 e 1920, houve diversas manifestações referentes ao voto (Schumacher, 2003). Em 1922, Bertha Lutz (1894-1976), líder de movimentos sociais, cientista e política, organizou o I Congresso Internacional Feminista, trazendo ao Brasil diversas lideranças internacionais. Posteriormente, no mesmo ano, segundo o jornal *O Momento Feminino* (1947e), foi criada a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, por Bertha Lutz, que, anteriormente, era a Liga para a Emancipação Intelectual da Mulher, criada em 1919. A Federação visava “coordenar e orientar os esforços da mulher no sentido de elevar-lhe o nível de cultura e tornar-lhe mais eficiente a atividade social, quer na vida doméstica, quer na vida pública, intelectual e política” (*O Momento Feminino*, 1947e, s.p.).

Figura 13

Propagandas da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino na campanha de voto na década de 1920



Nota: O Movimento Feminino (1947f).

Pagu (1931d) criticava o movimento feminista elitista da época, observando que, embora lutasse por liberdade sexual, maternidade consciente e direito ao voto, suas demandas contemplavam predominantemente mulheres de classes economicamente favorecidas. Nesse sentido, Pagu (1931d) ressalta que “estas feministas de elite, que negam o voto aos operários e trabalhadores sem instrução” (s.p.), evidenciando a exclusão das mulheres populares das pautas centrais do movimento. Essa crítica foi ilustrada pela revista Fon-Fon, embora fosse uma revista conservadora da época, que realizava crítica ao movimento feminista de modo geral.

Figura 14*O Feminismo no Brasil*

Nota: Revista Fon-Fon (1912).

Nessa perspectiva, Saffioti (2013) também criticou o feminismo elitista, o que ela caracterizava como pequeno-burguês, apontando que, embora reivindicasse igualdade entre homens e mulheres, não propunha a transformação da estrutura social. Tal pretensão, portanto, era puramente utópica, uma vez que os fundamentos da desigualdade permaneceriam inalterados. Conforme Saffioti, esse feminismo funcionava como uma “força de consolidação da sociedade de classes na medida em que permite a esta assumir uma aparência que melhor dissimule suas contradições internas” (2013, p. 194), reforçando, assim, a manutenção das hierarquias sociais.

Em 1927, a Lei Eleitoral do Rio Grande do Norte concedeu o direito ao voto às mulheres, tendo, como as primeiras mulheres a votar, Celina Guimarães Viana (1890-1972) e Júlia Alves Barbosa (1898-1943); ademais, em 1928, Luiza Alzira Teixeira Soriano (1896-1963) tornou-se a primeira prefeita da América Latina. Esses marcos do Rio Grande do Norte abriram brecha para a conquista eleitoral. Além disso, Bertha Lutz fez parte da comissão que elaborou o novo Código Eleitoral Brasileiro (Schumacher, 2003).

Em 1932, foi promulgado o Código Eleitoral que estabeleceu o direito de voto para as mulheres, resultado de intensas mobilizações dos movimentos feministas, por meio do Decreto n.º 21.076 (1932). O artigo 2º previa que eram eleitores todos os cidadãos maiores de 21 anos “sem distinção de sexo”. Contudo, permaneciam excluídas pessoas analfabetas, parcela significativa da população, especialmente mulheres. Essa limitação refletia-se na baixa participação eleitoral: nas eleições presidenciais de 1894, votou apenas 2,2% da população; em

1930, 5,6% (Carvalho, 2002). Além disso, o voto era obrigatório apenas para homens de até 60 anos (Decreto n.º 21.076, 1932), evidenciando que, apesar da conquista formal, a efetiva inclusão política das mulheres permanecia restrita.

Nas eleições de 1933, a primeira deputada federal do Brasil foi Carlota Pereira de Queiroz (1892-1982), elegendo também Almerinda Farias Gama (1899-1999). Bertha Lutz assumiu, em 1936, como deputada federal após o falecimento do deputado titular (Schumacher, 2003).

No *Jornal das Moças* (1947a), são apresentadas informações sobre a concessão do voto das mulheres em diversos países: entre 1893 e 1939, as mulheres conquistaram o direito de votar em 33 países, enquanto, em 18 países, como Argentina, Suíça e Bélgica, ainda permaneciam excluídas do sufrágio. Nessa perspectiva, Bauer (2001) ressalta que o voto das mulheres foi obtido, inicialmente, na Nova Zelândia (1893) e, posteriormente, na Austrália (1901). Na América Latina, até 1948, a maior parte dos países já havia estendido direitos políticos às mulheres, de maneira que várias delas haviam sido eleitas para cargos legislativos e executivos locais, atuando como senadoras, deputadas, vereadoras e conselheiras municipais (*O Momento Feminino*, 1948a).

No *Jornal das Moças* (Dix, 1948b, s. p.), é minimizada a importância do direito ao voto comparado à mulher ter um marido: “Há mulheres que sabem lutar para a obtenção de um posto na política, mas que fracassam na conquista de um esposo. A conquista do voto é uma impiedade comparada com a conquista de um marido”.

Na Constituição Federal de 1934, que colocou fim ao governo provisório de Getúlio Vargas, a proibição do voto às pessoas analfabetas ficou mantido; o voto das mulheres passou a ser obrigatório nos casos em que exercessem função pública remunerada. Assim, na referida Constituição, também, ficou previsto o salário igual para a mesma função sem distinção de sexo, assistência médica e higiênica à gestante, repouso após o parto, sem prejuízo no trabalho (Constituição Da República Dos Estados Unidos Do Brasil, 1934). A assistência a gestantes ficou mantida nas Constituições Federais seguintes.

A Constituição Federal de 1937 apresentou um retrocesso em algumas pautas, pois retirou o tópico sobre remuneração igual para o mesmo trabalho, não havendo distinção de sexo, mas preservou o direito de voto às mulheres (Constituição Dos Estados Unidos Do Brasil, 1937).

As mulheres eram responsáveis por manter a honra da família, respeitando a moral e os bons costumes, pois o comportamento das mulheres implicava a honra do marido (Maluf & Mott, 1998). No Código Penal de 1940, referente ao homicídio e lesão corporal, constava, no

artigo 120, que, em caso do **motivo da violência ou assassinato ter valor social ou moral, ou que tenha ocorrido sob forte emoção**, após injusta provocação da vítima, a pena poderia ser reduzida, conhecido posteriormente como crime passionai³¹ (Decreto-Lei N.º 2.848, 1940). Essa argumentação era utilizada para justificar o assassinato ou agressão de mulheres, por razão de ciúmes, adultério, “legítima defesa da honra”; via de regra, argumentava-se que tais condutas eram toleráveis quando a vítima supostamente tivesse ferido a honra do agressor.

A violência contra as mulheres, como forma de manutenção dos papéis sociais, ficou mantida no decorrer dos anos; naquele período, ainda estavam em vigor os chamados crimes passionais em legítima defesa da honra. Lemos (1950) pontua que a sociedade estimula certos crimes, que, por exemplo, algumas mulheres acabam por importunar os maridos não pelo que são, mas por preceitos do que se diz que todos os homens são e isso gerava várias tragédias no âmbito doméstico. Acrescenta, sobre os crimes passionais, citando Magarinos Torres, que são originados em preconceitos, desequilíbrios sociais e também doenças.

o homem tem a sua tirada de orgulho fátuo: ‘EU SOU HOMEM!’ Isso quer dizer que ele não traz desaforo para casa ou que não pode admitir uma falta grave na mulher, E acaba matando. Por si? Não. Mata por causa dos outros. Mata com a sensibilidade alheia. [...] O homem que recebe uma bofetada, o marido que sabe da mulher infiel, não pode perdoar. Diz-lhe a sociedade, num estribilho que o leva à via-crucis do ridículo: ‘Se fosse um homem de vergonha, já tinha matado’. **E o homem, 9 vezes em 10, mata. Faz a vontade da sociedade** (Lemos, 1950, s.p., grifo nosso).

O trecho evidencia como a violência contra as mulheres funciona como mecanismo de reprodução das relações sociais patriarcais e de controle social. A manutenção dos chamados “crimes passionais” e a legitimação da violência masculina, em defesa da honra, revelam que os comportamentos individuais não podem ser dissociados das pressões sociais e culturais que moldam o patriarcado. Assim, a violência contra as mulheres é um mecanismo de preservação das contradições de classe e de sexo/gênero, o que reforça os papéis sociais tradicionais e a divisão sexual do trabalho.

Rosa (1952) pontua sobre discussões públicas que estão ocorrendo a respeito da soberania do Júri, em que, por vezes, são benevolentes com pessoas que cometeram crimes passionais, principalmente quando a criminosa é uma mulher. Mas acrescenta que não está

³¹ Salientamos que, somente em 2023, o Supremo Tribunal Federal votou como sendo inconstitucional a tese da “legítima defesa da honra”, o que era utilizado em casos de feminicídio ou agressões contra mulher para justificar a conduta do acusado (Supremo Tribunal Federal, 2023).

havendo um aumento de tais crimes, pois eles sempre existiram, havendo somente maior repercussão dos casos.

Pearson (1953) retrata sobre as mudanças que as mulheres tiveram na sociedade, inclusive, mulheres envolvidas com crimes; casos de a esposa ter atentado contra vida do marido, visto que antes elas não realizavam tais comportamentos. A autora expõe uma explicação de Bolton, professor criminalista:

A mulher de hoje é um ser estranho. Quer, em tudo imitar o homem. Usa calças compridas, fuma em casa e em público, entra sozinha num bar ou restaurante, e acha está fazendo bonito quando ordena ao garçom: ‘traga um uísque duplo’. Julga ela que assim procedendo estará reafirmando sua independência e que é livre da influência do marido [...]. Esse modo de vida da mulher que perdeu a feminilidade e converteu-se em um ser inteiramente ‘livre’, conduz, sempre à perda de senso moral e ao embotamento da faculdade de discernir entre o bem e o mal, o que a leva, muitas vezes, a violar a lei (Pearson, 1953, p. 97).

A autora continua afirmando que tais comportamentos geram uma desagregação da família, pois o marido pode largar o lar, de maneira que quem sofre com tais situações são as(os) filhas(os). O professor criminalista também enfatiza que as religiões auxiliam a frear essa desagregação social, assim, as mulheres, que são educadas com os princípios morais e religiosos, dificilmente, irão esquecer suas obrigações e deveres (Pearson, 1953).

Em uma reportagem do Correio da Manhã (1953), foram retratados dois crimes passionais em Porto Alegre: uma mulher degolada pelo marido e outra que era desquitada, a qual foi morta a facadas pelo amante na residência em que ela trabalhava. No final da década de 1960, em uma reportagem sobre agressão contra a mulher, ficaram explicitadas algumas mudanças sociais. A reportagem do Correio da Manhã (1958a) retrata um julgamento de um homem que se dizia amante de uma mulher e a havia agredido com uma navalha. O Juiz o sentenciou por agressão, alegando que não havia provas de que eram amantes e, mesmo se houvesse, ela teria o direito de acabar com a relação amorosa a qualquer momento.

Os crimes sexuais, como estupro, sedução e rapto de mulheres, poderiam ter sua punição extinta caso o agressor se casasse com a vítima, conforme previsto no Código Penal de 1890. Essa previsão se manteve no Código Penal de 1940 e só foi alterada em 2005, por meio da Lei n.º 11.106, 2005, juntamente com a revogação das distinções legais que diferenciavam determinados crimes cometidos contra mulheres consideradas “honestas”. Essa mudança

evidencia como, historicamente, a legislação reforçava a subordinação das mulheres e vinculava a punição criminal à preservação da honra e da moral.

Tabela 5

Crimes contra a Liberdade Sexual

Título VI – Dos Crimes contra os costumes	
Capítulo I - Dos Crimes contra a Liberdade Sexual	
Estupro	Art. 213. “constranger mulher a conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”
Atentado violento ao pudor	Art. 214. “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”
Posse sexual mediante fraude	Art. 215. “ter conjunção carnal com mulher honesta, mediante fraude”
Atentado ao pudor mediante fraude	Art. 216. “induzir mulher honesta, mediante fraude, a praticar ou permitir que com ela se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”
Capítulo II - Da sedução e da corrupção de menores	
Sedução	Art. 217. “Seduzir mulher virgem, menor de dezoito anos e maior de quatorze, e ter com ela conjunção carnal, aproveitando-se de sua inexperiência ou justificável confiança”.
Capítulo III - Do Rapto	
Rapto violento ou mediante fraude	Art. 219. “Raptar mulher honesta, mediante violência, grave ameaça ou fraude, para fim libidinoso”
Rapto consensual	Art. 220. “se a raptada é maior de quatorze anos e menor de vinte e um, e o rapto se dá com seu consentimento”
Título VIII – Da extinção da punibilidade	
VIII – “pelo casamento do agente com a ofendida, nos crimes contra os costumes, definidos nos Capítulos I, II e III do Título VI da Parte Especial”.	

Nota: Adaptada do Decreto-Lei N.º 2.848 (1940).

No que se refere ao aborto, a legislação manteve sua criminalização, mas passou a prever duas exceções: o chamado aborto necessário, realizado para salvar a vida da gestante; e o aborto em casos de gravidez resultante de estupro³², desde que haja o consentimento da gestante ou do responsável legal (Decreto-Lei n.º 2.848, 1940). Apesar dessas exceções, a norma continua refletindo a subordinação da mulher às estruturas legais e sociais, ao condicionar o exercício do direito sobre seu próprio corpo a restrições específicas.

No jornal *O Momento Feminino* (1948b), retratou-se sobre o desamparo das mães solteiras, por conta da moral patriarcal, as quais não recebiam apoio dos próprios pais; quando fossem empregadas domésticas, por vezes, não eram aceitas pelos patrões, ficando na miséria. Gregório Bezerra³³, deputado, fez um discurso em que salientava a preocupação com essa situação, já que, muitas vezes, por falta de dinheiro “não podem recorrer ao médico para encobrir a sua desonra, provocam o aborto criminoso que, na maioria dos casos, as leva a sepultura. Outras, envergonhadas recorrer ao infanticídio, sem recursos, desprezadas pelos pais, pela sociedade e pelo Estado”.

No Código Penal de 1940, a punição pelo adultério passou a ser igualitária, sem distinção entre homens e mulheres, diferentemente do Código Penal de 1890. Em ambos os casos — homem ou mulher —, a pena prevista variava de 15 dias a seis meses de detenção (Decreto-Lei n.º 2.848, 1940).

A naturalização da infidelidade masculina ficou explicitada em um teste do *Jornal das Moças* (1952a), com a hipótese de que a mulher sabia que o marido a enganava, porém, a situação era somente uma “aventura banal, como há tantas na vida dos homens”, havendo três comportamentos possíveis para a esposa: 1) que a mulher faria uma cena de ciúmes; 2) que ela buscaria ignorar a situação e se preocuparia com o próprio cuidado para atrair o marido novamente; 3) iria embora da casa. Sobre as respostas:

a primeira resposta revela um temperamento incontrolado e, com isso, arrisca-se a perder o marido, que, após uma dessas pequenas infidelidades, volta mais carinhoso e com um certo remorso. A segunda resposta é a mais acertada. Com isso, atrairia novamente seu marido e tudo se solucionaria inteligentemente. A terceira resposta é a mais insensata. Qual é a mulher inteligente que deixa o marido só porque sabe de uma infidelidade? O temperamento poligâmico do homem é uma verdade; portanto, é inútil

³² Está em tramitação um Projeto de Lei 1904/2024 que visa criminalizar a gestante que realizar aborto, mesmo nos casos de estupro (Projeto de Lei 1904/2024).

³³ O deputado apresenta o projeto de lei 1.555 de 1947 para determinar a criação de creches e berçários em todo o território nacional, destinado a filhas(os) de mulheres que realizam atividades remuneradas fora do lar (*O Momento Feminino*, 1948b).

tentar combatê-lo. Trata-se de um fato biológico que para ele não tem muita importância (Jornal das Moças, 1952a).

Em outra coluna do Jornal das Moças (1946, s.p.), o Traços e Troços, que era uma coluna de piadas, também ficou explicitada a naturalização da infidelidade masculina. Na coluna, a esposa perguntava ao marido: “hoje, que é dia do teu aniversário, não dás um beijo à tua mulherzinha?”; e, então, o marido respondia: “sim, querida... Mas não sei a qual das duas hei de dá-lo...”.

Em comparação com o que estava retratado e naturalizado no Jornal das Moças sobre a traição masculina, o simples fato de a esposa falar com as amigas sobre questões particulares e o esposo já seria considerado uma traição (Dix, 1948c). Para exemplificar os comportamentos distintos permitidos aos homens e às mulheres, Dix (1951b), na sua coluna sobre o Carnet das Jovens, publica, concomitantemente, duas reportagens: “Todos os esposos necessitam de liberdade” e, em seguida, “Toda mulher deve fazer grande sacrifício para ser uma boa mãe”.

As reivindicações pela emancipação das mulheres ocasionaram uma nova dimensão aos enfrentamentos passados: “as mulheres tiveram de compartilhar uma posição subordinada em todas as classes sociais, sem exceção, o que tornava inegável (até pelas forças conservadoras mais extremadas) que sua demanda pela igualdade não poderia ser atribuída a uma ‘particular inveja de classe’ e assim descartada” (Mészáros, 2011, p. 286).

Segundo Beauvoir³⁴ (2009, p. 17), a “ação das mulheres nunca passou de uma agitação simbólica; só ganharam o que os homens concordaram em lhes conceder; elas nada tomaram; elas receberam”. A autora ressalta que, historicamente, a mulher permaneceu subjugada ao homem, na melhor das hipóteses, como subordinada. Embora, em alguns países, a condição das mulheres tenha apresentado avanços, poucos alcançaram igualdade jurídica mínima em relação aos homens e, em diversos contextos, a legislação ainda visava restringir os direitos das mulheres. Além disso, mesmo quando os direitos formais são reconhecidos, os costumes e hábitos sociais continuam a impedir sua plena efetivação, evidenciando que a igualdade jurídica isolada não garante a transformação da estrutura social.

Por conta dos desastres ocasionados pela Segunda Guerra Mundial, foi realizada, em 1945, uma Conferência das Nações Unidas sobre a Organização Internacional, em São Francisco, visando tratar sobre a igualdade entre as pessoas e a luta pela paz. Após o término da

³⁴ Em 1949, foi publicado o livro *O segundo sexo*, por Simone de Beauvoir (1908-1986), o qual se tornou referência mundial para o movimento feminista, principalmente, na segunda onda do feminismo, na década de 1960. Entretanto, muitas feministas apropriaram-se somente de partes da obra de Beauvoir, retirando os pressupostos marxistas, e de estratégias de superação da opressão das mulheres, como a construção do socialismo (Souza, 2010).

conferência, foi assinada, por diversos países, inclusive o Brasil, uma Carta das Nações Unidas comprometendo-se em buscar a paz, progresso econômico e social para todos os povos (United Nations Children's Fund [UNICEF], 1945).

Segundo Vieira (1996), a modernização brasileira comumente é imposta por outros países, assim, as Constituições Federais surgem sempre atrasadas. Na Constituição Federal de 1946, manteve-se a exclusão do direito de voto para pessoas analfabetas³⁵. Contudo, passou a ser estabelecida a obrigatoriedade do voto para ambos os sexos, não sendo obrigatório apenas a mulheres em função pública remunerada (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1946). Essa obrigatoriedade adquiriu relevância, pois o exercício do voto das mulheres ainda era socialmente estigmatizado e frequentemente desvalorizado, podendo, anteriormente, o marido, inclusive, impedir que a esposa participasse do sufrágio.

Além disso, a Constituição reitera sobre a Consolidação das Leis do Trabalho (1943), da proibição de distinção de salário para o mesmo trabalho, sem distinção de sexo, e da assistência à maternidade em todo o território nacional (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1946). Cortês (2018) pontua que, ao retirar a expressão "sem distinção de sexo", quando se refere que todos são iguais perante a Lei, apresenta-se um retrocesso em relação à Constituição anterior, visto que a lei se torna ampla e vaga.

No Brasil, Eneida (1947a) destaca que as conquistas das mulheres têm sido lentas, observando que elas ainda não recebem salário equivalente ao dos homens, “sem garantias constitucionais, porque o governo do general Dutra não respeita a constituição” (p. 210). A autora enfatiza, porém, que a garantia de direitos, como assistência à maternidade e educação universal, depende da união das mulheres. Nesse sentido, afirma que “no Brasil haja Democracia, vamos nos unir para liquidar o fascismo” (p. 210), ressaltando ainda que a mulher é uma das maiores vítimas dos sistemas autoritários e fascistas.

A capa da revista *O Momento Feminino*, reproduzida a seguir, faz alusão ao que Eneida reforça no jornal sobre a necessidade da defesa da Constituição Federal e dos direitos, que, no governo de Dutra, não eram respeitados.

³⁵ As pessoas analfabetas puderam votar somente a partir de 1985, por meio da Emenda Constitucional N.º 25 (1985), mantendo-se que as pessoas analfabetas seriam inelegíveis.

Figura 15*Capa da Revista O Momento Feminino*

Nota: O Momento Feminino (1947a).

Eneida (1947b) ressalta que as mulheres no Brasil foram sempre lutadoras, embora, por vezes, ficassem somente no discurso “esquecemos que os vultos femininos do passado são como lições que não bastam ser aprendidos, precisam ser realizados” e somente com a união das mulheres será possível. A autora chamava a atenção para o fato de que o direito ao voto, há pouco conquistado, já estaria ameaçado, pois todos os direitos estavam sendo ameaçados a cada dia, assim como havia o aumento do custo de vida.

Em entrevista realizada com Bertha Lutz, presidente da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, em 1947, a líder destacou três principais desafios enfrentados pelas mulheres: a inferioridade legal conferida pelo Código Civil, que mantinha o pátrio-poder — de modo que, em caso de novo casamento, a mulher perdia autoridade sobre as(os) filhas(os); as barreiras ao desenvolvimento pessoal e profissional, que impediam sua atuação como elemento ativo na sociedade; e a necessidade de maior participação das mulheres na vida política e pública. Apesar da conquista do direito ao voto, Lutz observava que não havia organização suficiente para assegurar a participação efetiva das mulheres na política. Além disso, persistiam diferenças salariais e restrições de acesso a cargos de responsabilidade: no Banco do Brasil,

mulheres eram preteridas em funções de liderança e, no Itamaraty, não eram sequer aceitas para cargos diplomáticos (O Momento Feminino, 1947f).

Em 1948, foi estabelecida a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, como ideal a ser atingido por todos os povos e nações, considerando a igualdade e liberdade de todas as pessoas, o que impactou, inclusive, o ideal de igualdade entre homens e mulheres (UNICEF, 1948):

Ar. 2º 1. Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. [...] Art. 16º 1. Os homens e mulheres de maior idade, sem qualquer restrição de raça, nacionalidade ou religião, têm o direito de contrair matrimônio e fundar uma família. Gozam de iguais direitos em relação ao casamento, sua duração e sua dissolução.

Em 1948, em Bogotá, ocorreu o IX Conferência Interamericana de Mulheres (posteriormente, houve várias Comissões interamericanas das mulheres, como em 1951, no Chile, e em 1952, no Rio de Janeiro), sendo recomendados pela assembleia alguns princípios básicos a todos os países americanos como: “conceder direitos iguais aos homens e mulheres, durante a vigência e a dissolução do matrimônio; assegurar à mulher que contrair novas núpcias o pátrio poder sobre os filhos do casamento anterior”. Na América Latina, os países, como Cuba, Guatemala, México e outros, em que ainda havia alguma restrição em relação às mulheres, fizeram uma correção em relação a isso, com exceção ao Brasil. Na Argentina, por exemplo, as mulheres podiam realizar qualquer profissão, ter herança e administrar bens, desde 1926. Para além do âmbito jurídico, segundo a reportagem, havia países em que a igualdade entre homens e mulheres era uma realidade, como a Suécia, União Soviética, Cuba, Uruguai e Israel (Correio da Manhã, 1958b).

Soihet (2020) retrata que o casamento formal ocorria geralmente para as classes dominantes, como forma de legitimação e manutenção da propriedade privada. Já nas classes pobres, o casamento formal acontecia em menor proporção, pois era um processo burocrático e não havia propriedades para a manutenção. Além disso, como os homens, muitas vezes, não conseguiam manter o papel de provedor, papel reforçado nas relações burguesas, algumas mulheres preferiam a autonomia, havendo, por vezes, maior liberdade sexual das mulheres populares. Nessa perspectiva, segundo Fonseca (2020), os casamentos, por vezes, não eram legalizados, não havendo dados se uma pessoa casou uma, duas ou três vezes; também, era

comum o não registro das crianças. A autora salienta que, nos censos de algumas cidades do século XX, constava que até 40% das mulheres eram chefes de família.

Na Constituição Federal (1946), apareceu a noção de casamento como vínculo indissolúvel³⁶. Jean (1952), em uma reportagem sobre uma entrevista realizada com o professor Hélio Gomes, pontuava que o divórcio um dia chegaria ao Brasil, pois onde ele já existia só se recorria ao divórcio em casos excepcionais. Na reportagem, também se retratavam os crimes passionais, os quais ocorriam em grandes números; assim, o divórcio poderia impedir boa parte desses crimes.

Na coluna Feminismo a Varejo (Jornal das Moças, 1958a), foi relatado que, em Paris, havia sido criado um instituto destinado a reconciliar casais em conflito, sendo que, em pelo menos 50% dos casos, as brigas eram atribuídas ao comportamento das mulheres. Para isso, foi desenvolvido um curso que ensinava às esposas como tratar os maridos. No Japão, o divórcio era legalmente mais facilitado, exigindo apenas a assinatura de ambas as partes e o pagamento de uma taxa. Entretanto, o país apresentava uma taxa relativamente baixa de divórcios, com média de quinze mil anuais para uma população de cem milhões, em comparação aos Estados Unidos, que registraram cerca de quatrocentos mil divórcios para 170 milhões de habitantes. A explicação atribuída a esse fenômeno era de que as esposas japonesas seriam mais pacientes e não dariam “exagerada importância aos ‘casos amorosos’ dos maridos, procurando, assim, viver em paz com eles”. Na Polônia, conforme o Jornal das Moças (1958b), também houve aumento significativo de divórcios, com crescimento de 20% entre 1952 e 1956. Em contraste, na Babilônia, era realizado um leilão anual de jovens solteiras para o casamento.

Os ideários da submissão das mulheres no Código Civil de 1916 eram tanto criticados quanto reforçados pelos jornais da época. No texto “consentimento para casar”, de 1947, do jornal O Momento Feminino (1947g), criticava-se o Código Civil que, ainda, regia a família. Na reportagem, explicitava-se a opinião sobre o casamento de filhas(os) menores de idade, visto que sempre prevalecia a opinião do pai, pois era o chefe de família. O texto pontuava a necessidade de abolir essas distinções dos papéis femininos e masculinos na legislação.

Já no Jornal das Moças (1950, s.p.), foram evidenciados dez conselhos para a esposa perfeita, dentre eles: “concede a teu esposo amplos direitos como chefe de família”; “pede sempre a opinião de seu marido sobre qualquer assunto”; “os homens se sentem atraídos pelas mulheres bonitas que o elogiam e o divertem, e não admiram as esposas negligentes, que se descuidam de sua aparência e de sua inteligência”; “repete a teu esposo, todos os dias, que o

³⁶ O divórcio foi legalizado no Brasil somente em 1977, pela Emenda Constitucional n.º 9 (1977).

amas, que o admiras e que agradeces seus esforços para dar-te uma vida cômoda tranquila. Enquanto um homem sentir que é o centro do universo de sua esposa, tudo estará bem e não existirá o perigo da ‘outra mulher’”.

Jordan (1958) retrata sobre um especialista norte-americano, o qual tratava sobre o divórcio salientando que a felicidade de um casal depende tanto do homem quanto da mulher. Em contraposição, um médico francês disse que a felicidade conjugal dependia das habilidades na cozinha por parte da esposa. A autora frisa a segunda opinião e que uma esposa precisaria ser, antes, uma boa cozinheira. Dix (1948d), ao escrever sobre o matrimônio, pontua que nem todas as mulheres estariam preparadas para ser esposas, donas de casa e mães, devendo avaliar se devem se casar; caso não fossem capazes de assumir tais papéis, o melhor seria permanecerem solteiras.

As reportagens do *Jornal das Moças* buscavam reafirmar a figura do homem como chefe de família, conforme estabelecido pelo Código Civil da época, recorrendo a um discurso moralista para censurar as mulheres que não adotavam uma postura submissa em relação ao marido. Assim, Torres (1955a) explica o que seria uma mulher masculinizada: “mulheres do tipo varonil, gesto duro e palavras sibilantes como um látego, que reduzem o marido a um ser secundário, atemorizam os filhos e dominam os vizinhos”; ademais, acrescenta que essas mulheres transformam o lar em “um verdadeiro inferno”. Em outra reportagem, Torres (1955b) descreve que, quando a esposa buscava dominar o marido e assumir uma postura autoritária, poderiam ocorrer duas situações: o marido poderia renunciar ao papel de chefe da família, deixando a responsabilidade nas mãos da mulher — que, embora alcançasse o que deseja, iria se tornar infeliz, visto que perderia o respeito e o afeto do esposo —, ou ele poderia reagir com violência diante da autoridade da esposa, resultando em conflitos conjugais. Assim, conclui-se que, para evitar tais situações, a mulher deveria recorrer à sua feminilidade, uma vez que, segundo essa visão, a harmonia conjugal dependeria de cada um ocupar o papel que lhe foi socialmente designado.

No final da década de 1960, ocorreram alguns protestos das mulheres sobre as injustiças que constavam no Código Civil brasileiro, visando revogar as legislações que definiam a situação da mulher, tendo em vista as alterações no papel feminino, principalmente após a Segunda Guerra Mundial. Na reportagem, explicitavam que, por mais que a mulher já pudesse votar e ser votada para algum cargo político, só poderia exercer caso o marido autorizasse. Ressaltava-se a “tese degradante da inferioridade da mulher em relação ao homem”. Logo, as

mulheres estavam sujeitas sempre à vontade do homem, do pai ou do marido (Correio da Manhã, 1958b).

Os protestos das mulheres sobre a alteração do Código Civil tiveram mais repercussão após um deputado apresentar um projeto, em 1950, que visava extinguir as restrições impostas às mulheres casadas; dois anos depois, era inserido novo projeto com a mesma pauta. Em 1952, Mozart Lago (1888-1974), deputado federal, apresentou novo projeto sobre a temática, e, no mesmo ano, a deputada federal Nita Costa (1907-1963) apresentou outro projeto sobre a temática. Os movimentos das mulheres, como a União Universitária Feminina, criada em 1929, e a Comissão Nacional de Mulheres, expuseram, na Comissão do Senado, pautas a serem aprovadas na nova legislação, como: extinção de artigos que restrinjam as mulheres; “que seja reconhecida juridicamente a igualdade plena entre marido e mulher no exercício do pátrio poder; que a chefia da sociedade conjugal possa ser exercida por ambos, indistintamente; que a mulher casada possa exercer, enfim, livremente, os seus direitos civis” (Correio da Manhã, 1958a).

Somente em 1962 foi criado o Estatuto da Mulher Casada, que modificou alguns dispositivos do Código Civil de 1916. Entre as principais alterações (expressas na Tabela 6), destacam-se: a revogação de que a mulher seria considerada incapaz; a eliminação da necessidade de autorização do marido para o exercício de uma profissão; e a garantia de que a mulher não perderia o pátrio poder sobre as(os) filhas(os) de casamento anterior, quando se casava novamente. Ainda assim, o marido continuava a ser reconhecido legalmente como chefe da sociedade conjugal, embora a legislação passasse a prever que tal função deveria ser exercida em colaboração com a esposa (Lei n.º 3.071, 1916; Lei n.º 4.121, 1962).

Tabela 6*Alterações do Código Civil de 1916*

Código Civil de 1916	Estatuto da Mulher Casada de 1962
Art. 6. São incapazes , relativamente a certos atos (art. 147, n. 1), ou à maneira de os exercer: II. As mulheres casadas , enquanto subsistir a sociedade conjugal.	Art. 6. Retirada o inciso II, das mulheres de serem incapazes.
Art. 233. O marido é o chefe da sociedade conjugal , dentre as competências, consta: IV. O direito de autorizar a profissão da mulher e a sua residência fora do teto conjugal.	Art. 233. O marido é o chefe da sociedade conjugal, função que exerce com a colaboração da mulher . Retirado o inciso IV, sobre o marido necessitar autorizar a mulher a exercer profissão.
Art. 242. A mulher não pode , sem autorização do marido: VII. Exercer profissão .	Art. 242. É retirada o inciso VII, da necessidade da mulher de precisar de autorização do marido para exercer a profissão.
Art. 393. A mãe, que contrai novas núpcias, perde , quanto aos filhos do leito anterior, os direitos do pátrio poder; mas, enviuvando, os recupera.	Art. 393. A mãe que contrai novas núpcias não perde , quanto aos filhos de leito anterior os direitos ao pátrio poder, exercendo-os sem qualquer interferência do marido.

Nota: Adaptado da Lei N.º 3.071 (1916) e Lei No 4.121 (1962).

Por conta das contradições do sistema capitalista, foi necessária a modificação e adaptação da família às demandas do capitalismo, principalmente pela crescente necessidade de incorporação da força de trabalho das mulheres. Com isso, algumas aquisições, como direito ao voto, maior inserção das mulheres em cargos políticos e gerenciais, legislações contra a violência doméstica, dentre outras, são decorrentes somente de necessidades do próprio sistema capitalista (Lessa, 2012).

Nessa perspectiva, Mészáros (2011) também ressalta que, no século XIX e XX, mesmo que, principalmente no âmbito legal, tenham acontecido avanços em relação à emancipação das mulheres, tais mudanças não impactaram significativamente as relações hierárquicas da desigualdade estrutural. Isso porque a emancipação das mulheres não pode ser alcançada sem uma igualdade verdadeira, o que, no sistema capitalista, não pode ser atingido. A igualdade na família só seria possível se houvesse mudança em toda a estrutura social, pois a família também está a serviço da reprodução dos valores do sistema dominante.

[...] em virtude de seu papel decisivo na família nuclear, as exigências que são (e continuarão a ser) jogadas em cima das mulheres são cada vez mais difíceis de satisfazer no cenário social mais amplo, contribuindo para que qualquer ‘disfunção social’ seja associada à crescente instabilidade da família [...]. Quanto maiores as ‘disfunções sociais’, maiores as cargas e as exigências impostas às mulheres como eixo da família nuclear; quanto maiores esses pesos, menores as suas condições de lidar com eles, além de seu papel de ganha-pão do ‘segundo turno’ depois do trabalho e afins (Mészáros, 2011, p. 305).

Conforme salienta Marx (2010b), a emancipação política, apesar de necessária, é abstrata e limitada, não chegando a ser a emancipação humana de modo geral, mas “constitui a forma definitiva da emancipação humana *dentro* da ordem mundial vigente até aqui” (itálico do autor, p. 41). Assim, apesar de insuficiente, a emancipação política se faz necessária para sua superação e alcance da emancipação humana:

A emancipação política é a redução do homem, por um lado, a membro da sociedade burguesa, a indivíduo egoísta independente, e, por outro, a cidadão, a pessoa moral. Mas a emancipação humana só estará plenamente realizada quando o homem individual real tiver recuperado para si o cidadão abstrato e se tornado ente genérico na qualidade de homem individual na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas suas relações individuais, quando o homem tiver reconhecido e organizado suas “forces propres” [forças próprias] como forças sociais e, em consequência, não mais separar de si mesmo a força social na forma da força política (Marx, 2010b, p. 54).

Nessa perspectiva, sem a consolidação de um modo de reprodução com base em uma verdadeira igualdade, ou seja, de uma igualdade substantiva, as iniciativas voltadas para a emancipação das mulheres não têm garantias materiais (Mészáros, 2011, p. 305).

Ao longo do século XX, ainda que algumas conquistas legais tenham modificado a posição das mulheres na sociedade brasileira, a estrutura de dominação patriarcal e capitalista permaneceu praticamente inalterada. A naturalização dos papéis sociais atribuídos às mulheres tem sido mobilizada, por vezes sob a forma de aparentes ou limitados avanços, como estratégia de legitimação da exploração. Tais concessões, longe de representarem rupturas estruturais, operam de maneira ambígua: ora se apresentam como conquistas parciais resultantes das lutas sociais e de classe, ora são reabsorvidas pelo próprio capital como mecanismos de intensificação da exploração. Nesse sentido, ao agir permanentemente para a valorização do valor, o capital tende a converter avanços obtidos por meio das lutas coletivas em novas formas de extração de

mais-valor, assegurando, assim, a reprodução das hierarquias sociais que sustentam a ordem vigente. Nesse cenário, o que se definia como conduta “normal” ou “anormal” estava diretamente atrelado às normas e expectativas impostas às mulheres, regulando suas possibilidades de vida. Essa lógica também se expressou no campo educacional, sobretudo na metade do século XX, quando o acesso das mulheres à escola e ao ensino superior passou a refletir tanto as conquistas formais de direitos quanto as contradições persistentes de uma sociedade que limitava sua emancipação, conforme será discutido no tópico seguinte.

3. 3 As mulheres no âmbito educacional

Na metade do século XX, o sistema educacional brasileiro foi marcado por profundas desigualdades de classe e entre homens e mulheres, operando como instituição voltada não apenas à formação da força de trabalho para o capital, mas também à naturalização da subordinação das mulheres. Às mulheres, era reservado um acesso restrito, orientado por currículos e práticas pedagógicas que reforçaram sua destinação ao espaço doméstico e às ocupações consideradas auxiliares, enquanto, aos homens, se abriam as possibilidades de ascensão profissional e intelectual. Examinar esse processo é fundamental para compreender como a educação, longe de ser neutra, desempenhou papel ativo na manutenção da ordem vigente.

No final do século XIX, a crescente demanda por trabalho especializado, impulsionada pelo avanço tecnológico, gerou a necessidade de maior investimento educacional. Nesse contexto, a inserção da força de trabalho das mulheres mostrou-se estratégica, uma vez que era mais barata e já trazia consigo experiências socialmente atribuídas ao cuidado e à educação de crianças, reduzindo os custos de formação para o magistério. Embora o acesso a essa profissão tenha sido majoritariamente restrito às mulheres de classe média, sua presença no magistério contribuiu para modificar, ainda que parcialmente, a percepção social sobre o trabalho das mulheres em geral (Souza, 2006).

A primeira legislação referente à educação data de 1827, a qual estabelece que o ensino destinado às meninas deveria priorizar prendas e economia doméstica (Lei de 15 de outubro de 1827). Em 1879, essa norma foi reformulada, alterando o ensino primário e secundário no Rio de Janeiro e o ensino superior em todo o Império. As distinções entre a educação de meninas e meninos tornaram-se ainda mais evidentes: além das disciplinas comuns, no ensino de primeiro grau, as meninas tinham aulas de costura simples; já no segundo grau, os meninos estudavam noções de economia social e prática manual de ofícios, enquanto as meninas eram direcionadas

à economia doméstica e ao trabalho de agulha. Outra alteração importante com esse decreto foi que o ensino passou a ser obrigatório, salvo os casos em que se estudava em escola particular ou em domicílio, de residirem a mais de um quilômetro da escola, para as meninas, e um quilômetro e meio, para os meninos (Decreto n.º 7.247, 1879).

Considerando as distinções no ensino das mulheres, Louro (2020) aponta que a educação destinada a elas recaía principalmente em questões morais, na formação do caráter, ficando em segundo plano a instrução de outras temáticas, visto que a função das mulheres era de ser mãe e esposa, não necessitando de muitas informações ou conhecimentos, somente do necessário para cumprir seu papel de educar as(os) filhas(os).

Nessa época, existia um alto índice de analfabetismo, já que, no final do século XIX, somente 15% da população era alfabetizada (Carvalho, 2002). Tal alto índice de analfabetismo pode ser explicado com base em diversos fatores, dentre eles, a miséria da população; necessidade de trabalho para sobrevivência; ademais, nessa época, ainda havia pessoas escravizadas; a maioria da população ainda vivia na área rural; e existiam poucas unidades escolares; em 1871, havia somente 4.046 unidades escolares no Brasil (Anuário Estatístico do Brasil & Serviço Estatístico da Educação e Saúde, 1953).

A escola possuía função contraditória que ora rompia com o ensino doméstico, possibilitando outros conhecimentos, ora legitimava a função da mulher na casa e seu papel materno. De modo geral, a escola buscou manter a hierarquia familiar, em que o homem era diretor e a mulher executava as funções imediatas, como professora, com exceção das escolas religiosas que eram mantidas por madres (Louro, 2020). Em razão do processo de urbanização e industrialização, muitos homens que antes atuavam como professores buscaram novas oportunidades de trabalho, o que resultou na feminização do magistério no final do século XIX. Apesar disso, havia opiniões divergentes sobre a presença das mulheres nas salas de aula: alguns consideravam inconcebível que mulheres exercessem a docência, alegando que possuíam “cérebros pouco desenvolvidos” (Louro, 2020, p. 449) e, portanto, não seriam aptas a formar crianças. Outros, porém, defendiam que, por desempenharem naturalmente o papel materno, o magistério seria uma extensão da maternidade.

Além disso, o fato de o trabalho docente ocorrer em apenas um turno era visto como uma vantagem, pois permitia às mulheres cumprir suas obrigações domésticas no restante do dia — argumento que também servia para justificar os baixos salários. De modo geral, o exercício do magistério era mais aceito para mulheres solteiras ou viúvas, sendo desaconselhado após o casamento. Ainda assim, à medida que crescia a necessidade do trabalho das mulheres

para o sustento das famílias, aumentava também a procura das mulheres pelo magistério (Louro, 2020).

Mészáros (2008) enfatiza a respeito do papel da educação na sociedade capitalista, o qual tem como principal finalidade a reprodução da ideologia dominante, para a manutenção da ordem social vigente; além disso, a educação formal faz-se necessária para a capacitação da força de trabalho das(os) trabalhadoras(es).

Após a década de 1930, o Brasil passou por mudanças estruturais, caracterizadas por aceleração do sistema capitalista, o que implicou a superestrutura do país, logo, na educação. Dessa maneira, ocorreu a transição do modo econômico “agrário-exportador para industrial-urbano” (Bittar & Bittar, 2012, p. 158), a qual durou algumas décadas, até 1964. Além disso, ocorreram disputas ideológicas no âmbito educacional:

A educação, por exemplo, foi palco de manifestações ideológicas acirradas, pois, desde 1932, interesses opostos vinham disputando espaço no cenário nacional: de um lado, a Igreja Católica e setores conservadores pretendendo manter a hegemonia que mantinham historicamente na condução da política nacional de educação; de outro setores liberais, progressistas e até mesmo de esquerda [...] (Bittar & Bittar, 2012, p. 158).

A Constituição Federal de 1934 garantiu a oferta gratuita da educação formal a todas(os) as(os) brasileiras(os) (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1934). Entretanto, a efetivação desse direito encontrou inúmeros obstáculos, refletidos nos elevados índices de analfabetismo da época: em 1940, apenas 44% da população era alfabetizada (Nery, 2024). Como o país ainda possuía uma estrutura majoritariamente agrária, com grande parte da população vivendo em áreas rurais, a ausência de escolas era pouco percebida (Bittar & Bittar, 2012).

Tabela 7

Instrução no Brasil em 1940

	Sabem Ler e Escrever	Não sabem Ler nem Escrever	Sem informação da instrução
Mulheres	17%	32%	0,59%
Homens	21%	28%	

Nota: Adaptado do Serviço Nacional de Recenseamento (1953).

As mulheres eram a minoria das pessoas que sabiam ler e escrever. Essa distinção estava presente na quantidade de matrículas, em 1942, no Ensino primário comum, visto que, de 3.094.868 matrículas, 51% eram de meninos e 49% eram de meninas (Serviço de Estatística da Educação e Saúde, 1946a). Já em relação ao corpo docente do ensino primário, 91% eram de mulheres (Serviço de Estatística da Educação e Saúde, 1946b). O ensino primário era majoritariamente público, já que existiam, na época, 39.142 estabelecimentos e, desses, somente 20% eram particulares (Serviço de Estatística da Educação e Saúde, 1946c). Apesar de reproduzir os ideais da época, a educação contribuía para o desenvolvimento humano — inclusive para a efetivação de alguns direitos, como o exercício do voto, vedado às pessoas analfabetas —, contudo, ainda se mantinham distinções no ensino de meninas e meninos, reforçando os papéis sociais.

O ensino industrial, um dos cursos técnicos do ensino médio, era destinado à preparação profissional dos trabalhadores da indústria, transporte, comunicações, pesca e atividades artesanais, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 4.073 (1942). Nessa legislação, ficou retratado que os homens e mulheres possuíam direito de ingressar no ensino industrial, contudo, ainda houve algumas distinções em relação ao ensino das meninas e meninos:

§ 1º Aos alunos do sexo masculino se dará ainda a educação premilitar, até atingirem a idade própria da instrução militar.

§ 2º As mulheres se dará também à educação doméstica, que consistirá essencialmente no ensino dos misteres próprios da administração do lar (Decreto-Lei n.º 4.073, 1942, art. 26).

Em 1942, foram alteradas as legislações sobre o ensino secundário, destinado aos adolescentes, em sequência ao ensino primário, uma vez que, com ele, era possível o ingresso no ensino superior, porém, era necessário passar em uma prova para ingressar no ensino secundário (Decreto Lei n.º 4.244, 1942). Em 1945, foram alterados alguns artigos; de modo geral, o ensino secundário ficou dividido em ginásio e colégio (Decreto Lei n.º 8.347, 1945, art.º 25). No ensino secundário, estava prevista a educação moral e cívica das(os) alunas(os) com base no patriotismo e continuidade do povo brasileiro (Art. 22). Além disso, também se previa o ensino especificamente às meninas:

1. É preferível que a educação secundária das mulheres se faça em estabelecimentos de ensino de exclusiva frequência feminina. 2. Nos estabelecimentos de ensino secundário frequentados por homens e mulheres, será a educação destas ministrada, sempre que possível, em classes exclusivamente femininas. 3. Incluir-se-á, na terceira e na quarta

série do curso ginásial, a disciplina de economia doméstica. 4. A orientação metodológica dos programas terá em **mira a natureza da personalidade feminina** e bem assim a **missão da mulher no lar** (Decreto Lei n.º 8.347, 1945, art.º 25, grifo nosso).

O ensino secundário, de modo geral, destinava-se às pessoas que pretendiam prosseguir com os estudos, perspectiva que não era incentivada no caso das mulheres. Além disso, a própria legislação impunha obstáculos à sua formação. Saffioti (2013) destaca o retrocesso dos decretos de 1942 e 1945, uma vez que, embora o ensino secundário servisse como preparação para o ingresso direto no ensino superior, quando voltado às mulheres, ele se orientava para a “missão da mulher no lar” e para a “natureza da personalidade feminina”, logo, o objetivo era restringir as possibilidades de inserção acadêmica e profissional das mulheres, tendo como foco somente o lar.

Conforme aconteceu uma maior urbanização e industrialização no Brasil, principalmente no século XX, aumentou-se a exigência sobre a instrução da população, “difundia-se o entendimento do analfabetismo como uma doença, uma vergonha nacional, que devia ser erradicada” (Saviani, 2008, p. 6). Não era por acaso que a burguesia visava à escolarização obrigatória e universal, como constava na Constituição Federal de 1946, em que a educação apareceu como direito de todos e o ensino primário como obrigatório e gratuito, porém, não foi concretizado esse direito. Como salienta Saviani (2008, p. 3): “para ser cidadão, isto é, para participar ativamente da vida da cidade, do mesmo modo que para ser trabalhador produtivo, é necessário o ingresso na cultura letrada”.

De acordo com Saviani (2008, p. 192), a educação primária pública era organizada e idealizada pela classe burguesa para “converter os súditos em cidadãos”, logo, visava à adequação dos indivíduos às novas formas de dominação que emergiam com o capitalismo. Assim, a cidadania formal e restrita é que garantiria igualdade jurídica abstrata, mas sustentando, na prática, a desigualdade material. A educação, de modo geral, era dividida entre, de acordo com Saviani (2008):

1. Ensino Primário: quatro anos de ensino, obrigatório para crianças de 7 a 12 anos;
2. Ensino Médio: sete anos de ensino, para adolescentes; Havendo três ramificações: ensino secundário; ensino normal; ensino técnico (ensino industrial; ensino comercial; ensino agrícola). Cada um desses ensinos era subdividido em dois ciclos: o ginásio (quatro anos) e colegial (três anos).

Em 1946, foi criado o Decreto-Lei n.º 8.529 (1946), o qual alterou o ensino primário, tendo duas categorias: o ensino primário fundamental, total cinco anos de estudos, para crianças de 7 a 12 anos; ensino primário supletivo, total dois anos de estudos, direcionado para adolescentes e adultos. Tanto no ensino primário fundamental quanto no supletivo, além das disciplinas comuns, estava a disciplina direcionada especificamente para as meninas de economia doméstica e puericultura (Decreto-Lei n.º 8.529, 1946).

Em 1946, no ensino primário, 50,68% das matrículas eram de meninos e 49,31% de meninas, assim, no primário, não havia mais tanta discrepância entre meninos e meninas matriculadas, embora ainda fossem poucas pessoas que conseguiam ter acesso à educação; dos que conseguiam, ainda havia um alto índice de abandono escolar, sendo poucos os que concluíam o ensino. De 1946 a 1950, houve um aumento no número de matrículas no ensino primário, conforme tabela 8, contudo, somente 8% concluíram o ensino, em 1946, e, em 1950, foram 9% (Serviço de Estatística da Educação e Saúde, 1951a, 1951b).

Tabela 8

Ensino primário comum e supletivo

	Unidades Escolares	Matrícula geral	Conclusão de curso
1946	46.315	3.704.210	286.702
1950	78.340	5.175.887	472.611

Nota: Adaptado do Serviço de Estatística da Educação e Cultura (1951b).

O ensino normal era direcionado para formação de professoras(es) para o ensino primário e administradores de escolas, regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 8.530 (1946). Para a admissão no ensino normal, dentre os critérios, constava (art. 20): “[...] b) sanidade física e mental; [...] d) bom comportamento social”. A escola normal surgiu com o objetivo de ser uma opção profissional e uma das poucas oportunidades que as mulheres tinham de estudos, além de servir ao interesse das mulheres que desejavam se dedicar ao casamento e ao lar, pois aliava a formação profissional com as funções de ser uma boa dona de casa e mãe (Saffioti, 2013).

Saffioti (2013) reitera que, como o ensino normal objetivava a qualificação profissional para o ensino primário, pode-se afirmar que era destinado principalmente para camadas pobres. Contudo, “num país de alto índice de analfabetismo, não aspiram à instrução como veículo de

ascensão social, só vindo a fazê-lo quando os efeitos da industrialização e da urbanização intensa se tornaram presentes” (p. 282).

Em 1950, entre as pessoas com mais de cinco anos de idade, 57% não sabiam ler nem escrever, sendo a maior parte mulheres (30%) em comparação aos homens (26%) (Serviço Nacional de Recenseamento, 1953). Em 1955, esse índice caiu para 51,65%, embora ainda representasse a maioria da população, distribuída entre 28,21% de mulheres e 23,44% de homens (Saffioti, 2013). A elevada taxa de analfabetismo impactava diretamente a efetivação do direito ao voto, já que apenas pessoas alfabetizadas podiam exercer esse direito. Nesse sentido, o jornal *O Movimento Feminino* (1954b) lançou um apelo às vésperas das eleições para a Câmara Federal, Senado e Câmaras Municipais, sugerindo a organização de cursos de alfabetização. A revista inclusive publicava aulas simples que poderiam ser ministradas, destacando que cada pessoa alfabetizada contribuiria para o progresso coletivo. Além disso, enfatizava que o voto não era apenas um direito, mas também um dever do cidadão e que deveria ser exercido de forma secreta.

Com base nos dados do Serviço de Estatística da Educação e Cultura (1958a, 1962), verificou-se um aumento no número de alunos matriculados no ensino primário entre 1955³⁷ e 1960³⁸. Embora os meninos ainda representassem a maioria das matrículas, a diferença em relação às meninas era relativamente pequena, conforme demonstra a tabela 9. É importante destacarmos que apenas o ensino primário era considerado obrigatório e gratuito, o que limitava diretamente o acesso ao ensino médio, cujo ingresso exigia a aprovação em exame seletivo. No ensino médio, observa-se uma maior disparidade entre meninas e meninos, especialmente no ciclo colegial — os últimos anos do ensino médio — em que as mulheres representavam apenas 25% das matrículas. No ensino técnico, voltado às áreas comercial, industrial e agrícola, a participação masculina predominava, enquanto o ensino normal, destinado à formação de professoras para o ensino primário, apresentava composição majoritariamente de mulheres (Serviço de Estatística da Educação e Cultura, 1955a, 1955b, 1955c, 1956a, 1956b, 1958a, 1960a, 1960b, 1960c, 1960d, 1960e).

³⁷ Total de meninos matriculados, em 1955, no ensino primário era de 2.868.605 e de meninas 2.749.044 (Serviço de Estatística da Educação e Cultura (1958a).

³⁸ Total de meninos matriculados, em 1960, no ensino primário, era de 3.798.467 e meninas 3.659.535 (Serviço de Estatística da Educação e Cultura (1962).

Tabela 9*Alunas(os) matriculados e docentes do ensino primário e médio*

	1955		1960	
	Alunas (Mulheres)	Alunos (Homens)	Alunas (Mulheres)	Alunos (Homens)
Ensino Primário	49%	51%	49%	51%
Ensino Secundário	46%	54%	48%	52%
Ensino Secundário: Ginásio	49%	51%	50%	50%
Ensino Secundário: Colegial	25%	75%	30%	70%
Ensino Normal	87%	13%	91%	9%
Ensino Técnico: Comercial	28%	72%	31%	69%
Ensino Técnico: Industrial	25%	75%	3%	97%
Ensino Técnico: Agrícola	5%	95%	5%	95%

Nota: Adaptado do Serviço de Estatística da Educação e Cultura (1955a, 1955b, 1955c, 1956a, 1956b, 1958a, 1960a, 1960b, 1960c, 1960d, 1960e).

O número de pessoas inseridas no ensino secundário estava diretamente relacionado à disponibilidade de unidades escolares e ao interesse público em expandir esse nível de ensino, uma vez que apenas o ensino primário era considerado obrigatório e gratuito. No caso do ensino secundário, que oferecia acesso ao ensino superior, a maioria das escolas (73%) era privada, o que dificultava o ingresso da população da classe trabalhadora, conforme demonstram os dados apresentados na tabela a seguir. Em contraste, os ensinos industrial e agrícola, voltados diretamente à formação da força de trabalho, eram majoritariamente oferecidos em instituições públicas, embora a quantidade dessas escolas técnicas ainda fosse bastante limitada.

Tabela 10*Unidades escolares de 1955*

	Ensino Secundário	Ensino Normal	Ensino Comercial	Ensino Industrial	Ensino Agrícola
Quantidade Unidades escolares	2.589	1.075	877	356	36
Porcentagem Estabelecimento Particular	73%	62%	95%	11%	0%
Porcentagem Estabelecimento Público	27%	38%	5%	89%	100%

Nota: Adaptado do Serviço de Estatística da Educação e Cultura (1955d, 1955e, 1955f, 1955g, 1955h).

Sobre a educação para a força de trabalho, Saviani (2008) enfatiza que a educação que a burguesia concebeu e realizou sobre a base do ensino primário comum não passou, nas suas formas mais avançadas, da divisão dos homens em dois grandes campos: aquele das profissões manuais para as quais se requeria uma formação prática limitada à execução de tarefas mais ou menos delimitadas, dispensando-se o domínio dos respectivos fundamentos teóricos; e aquele das profissões intelectuais para as quais se requeria domínio teórico amplo a fim de preparar as elites e representantes da classe dirigente para atuar nos diferentes setores da sociedade (p. 193).

As diferenças na quantidade de meninos e meninas inseridos na educação também se refletiam na composição do corpo docente. No ensino normal, voltado à formação de professoras para o magistério, as alunas eram a maioria, assim como na docência do ensino primário e normal. Em contraste, no ensino secundário e, sobretudo, no ensino técnico, os docentes eram majoritariamente homens, conforme demonstram os dados apresentados na tabela a seguir. Essa distribuição evidencia como a desigualdade entre homens e mulheres influenciavam não apenas o acesso ao ensino, mas também a definição das ocupações profissionais dentro do sistema educacional, reforçando a divisão sexual do trabalho e a reprodução de papéis sociais historicamente atribuídos a homens e mulheres.

Tabela 11*Corpo Docente no Brasil*

		1955		1960	
		Professoras (Mulheres)	Professores (Homens)	Professoras (Mulheres)	Professores (Homens)
Ensino Primário		93%	7%	93%	7%
Ensino Geral	Secundário	47%	53%	46%	54%
Ensino Ginásio	Secundário:	48%	52%	50%	50%
Ensino Colegial	Secundário:	33%	67%	33%	67%
Ensino Normal		65%	35%	67%	32%
Ensino Comercial	Técnico	21%	79%	21%	79%
Ensino Industrial	Técnico	36%	63%	35%	65%
Ensino Agrícola	Técnico	11%	89%	20%	80%

Nota: Adaptado do Serviço de Estatística da Educação e Cultura (1956a, 1956b, 1955h, 1955f, 1958b, 1960a, 1960c, 1960f, 1960g, 1960h).

A dificuldade de acesso ao ensino secundário, somada às discrepâncias nas matrículas entre meninas e meninos, nesse nível de ensino, repercutia diretamente nas possibilidades de ingresso das mulheres no ensino superior, o qual era frequentado majoritariamente por homens (Serviço Nacional de Recenseamento, 1954; Serviço de Estatística da Educação e Cultura, 1957). As escolhas dos cursos também refletiam os papéis sociais atribuídos a homens e mulheres.

As dificuldades de acesso ao ensino secundário, bem como as discrepâncias nas matrículas entre meninas e meninos no colegial repercutiam diretamente no ingresso das mulheres no ensino superior, frequentado majoritariamente por homens (Serviço Nacional de Recenseamento, 1954; Serviço de Estatística da Educação e Cultura, 1957). Além disso, a escolha dos cursos por homens e mulheres refletia os papéis sociais, como evidenciado na tabela

12, que demonstra a influência das normas sociais na orientação das trajetórias acadêmicas e profissionais.

Tabela 12

Ensino Superior

Mulheres		Homens	
1950	1957	1950	1957
8,7%	21%	91,3%	79%
Principais cursos inseridos em 1957			
1º pedagogia (1888)		1º medicina (9.113)	
2º letras neolatinas (1.515)		2º odontologia (4.054)	
3º professores secundários (1.328)		3º farmácia (1.053)	

Nota: Adaptado do Serviço Nacional de Recenseamento (1954) e do Serviço de Estatística da Educação e Cultura (1957).

Em relação às pessoas diplomadas no Brasil, as mulheres representavam 26% e os homens 73% (Serviço de Estatística da Educação e Cultura, 1960h).

Dix (1948f) retrata que as jovens que desejavam estudar deveriam terminar os estudos antes de se casar, pois, após o casamento, o interesse pelos estudos cessaria, por conta dos deveres que necessitavam realizar no lar. No *Jornal das Moças* (1952b), foi salientado que muitas mulheres, após terminar os estudos, buscavam um emprego, entretanto, a graduação por vezes não era suficiente, como para o cargo de secretária, muito almejado, principalmente antes do matrimônio. Contudo, para o jornal, o emprego visava satisfazer somente caprichos, assim, ele seria mais útil para pais de família que necessitavam sustentar uma família.

Em 1961, foi promulgada a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.º 4.024, 1961), que estabeleceu e organizou o ensino em âmbito nacional, reconhecendo a educação como um direito de todos. Além disso, permitia que a educação fosse oferecida na escola ou no domicílio, cabendo à família decidir a forma de instrução. A estrutura educacional manteve-se basicamente a mesma, com a incorporação de um novo segmento: a Educação Pré-

Primária, voltada a crianças menores de sete anos, incluindo escolas maternais e jardins de infância. O artigo 24 ainda estimulava que empresas com mães de crianças nessa faixa etária organizassem, por iniciativa própria ou em parceria com o poder público, instituições de educação pré-primária.

O ensino normal passou a ser formalmente definido como formação para o magistério. Outra mudança significativa foi permitir que alunos do ensino normal ou técnico (agrícola, comercial ou industrial) pudessem ingressar no ensino superior mediante aprovação em vestibular, direito anteriormente restrito apenas aos que concluíssem o ensino secundário (Saviani, 2008).

Desta forma, Rosemberg (2018) aduz sobre o ensino das mulheres no século XX: sustentou-se a necessidade de se educar as mulheres (comedidamente, porém) porque elas seriam ‘educadoras de homens’, necessários à nação. Defendeu-se a educação diferenciada, porque mulheres eram tidas como menos inteligentes e mais frágeis que os homens. Incluiu-se Economia Doméstica em seu currículo, porque ‘a mulher é rainha do lar’. Criticou-se a escola mista, por ser ‘promíscua’. Estimulou-se a formação de professoras, porque elas, ‘verdadeiras mães’, têm ‘vocação para o sacerdócio’ que é o magistério. Combateu-se a educação diferenciada, como argumento de que servia para relegar a mão de obra das mulheres ao ‘exército de reserva’, fazendo com que ocupassem postos com menor remuneração que os ocupados pelos homens no mercado de trabalho [...]” (pp. 338-339).

Portanto, os papéis sociais femininos e masculinos foram historicamente reforçados pelo capital e estrutura patriarcal conforme suas necessidades e interesses, o que impactou o trabalho, o direito e a educação. Com o advento da propriedade privada, os homens passaram a dominar socialmente as mulheres, cabendo a elas a submissão. Embora, em outras formas de organização social, as mulheres já desempenhassem trabalhos domésticos, o surgimento do capitalismo consolidou a divisão sexual do trabalho e a separação geográfica entre os trabalhos reprodutivos e produtivos, aumentando a dependência das mulheres. Às mulheres, cabia exercer os trabalhos reprodutivos, voltados ao âmbito doméstico, desvalorizados e naturalizados, enquanto, aos homens, eram atribuídos os trabalhos produtivos, consolidando seu papel de provedores.

Dessa forma, tanto a legislação quanto a educação atuaram como instrumentos de legitimação da ideologia dominante, reforçando a estrutura patriarcal e capitalista, o que naturalizava os papéis sociais. Embora, ao longo do processo histórico, as mulheres tenham

conquistado algumas formas de emancipação, elas restringiam-se, em grande parte, à emancipação formal, sem alterar a base estrutural da sociedade. Esses fatores repercutiram diretamente na saúde mental da época, influenciando tanto a definição do que era considerado “doença mental” quanto as diferenças nas classificações diagnósticas e nos tratamentos aplicados a homens e mulheres, tema que será aprofundado no capítulo seguinte.

4. TRISTE, LOUCA OU MÁ: AS MULHERES NO SÉCULO XX NO BRASIL

*“Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal
A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina”
(Francisco El Hombre, 2016).*

Historicamente, as ciências, de modo geral, buscaram a causalidade dos fenômenos, levando as ciências da saúde a buscarem respostas (causas) no “organismo” dos sujeitos, seja em sua corporeidade biológica, seja em aspectos psicológicos associados à moralidade. Amarante e Torre (2010, p. 153) afirmam que o termo “doença mental” (p. 153) é, em geral, utilizado para nomear a diversidade, o diferente, ações de rebeldia ou para invalidar a luta de pessoas e coletivos. Por isso, a importância de utilizar o termo “doença mental” entre parênteses, pois

significa a negação, isto sim, da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento; significa realizar uma operação prático-teórica de afastar as incrustações, as superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição manicomial, em decorrência da condição do estar institucionalizado, quanto no mundo externo, em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico. Em outras palavras, o colocar entre parênteses 'não significa a negação da doença mental', mas uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura! (Amarante, 1996, p. 80).

Cunha (1986), ao analisar os preceitos psiquiátricos em relação à “loucura”, pontua que historicamente ela é tida como a-histórica, constante e universal. No processo histórico da ciência psiquiátrica, a autora enfatiza três principais tendências, a partir do século XIX: a primeira, que tem como principal representante o médico Philippe Pinel (1745-1826), que definia a “loucura” como a falta da razão e inteligibilidade; a segunda, pautada na medicina alienista, que atribui as patologias às origens fisiológicas; e a terceira, a qual tem como principal representante o Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), que atribui a “loucura” ao desvio dos

comportamentos e desajuste social. A partir do século XIX, de acordo com Amarante (1998), a “loucura” foi transformada em objeto da medicina mental.

A psiquiatria utilizou as classificações diagnósticas, sendo atribuídos rótulos, juízos de valores, por meio de termos técnicos e excluindo aqueles que não se adequaram ao sistema. Assim, “O diagnóstico assume, doravante, o valor de um rótulo que codifica uma passividade dada por irreversível” (Franco Basaglia, 1985, p. 108) e, dentro de um hospital psiquiátrico, existe uma explicação científica e uma razão psicopatológica para cada comportamento e acontecimento (Franco Basaglia, 1985). Desta forma, segundo Ferreira (2011, p. 81), “padrões de comportamento anteriormente considerados desviantes ou socialmente problemáticos, passaram a ser reconhecidos como categorias diagnósticas e codificados como perturbação mental”.

Considerando tais fatores, este capítulo foi estruturado em três tópicos principais, a fim de analisar a historicidade das atribuições das “doenças mentais”, as internações psiquiátricas e as formas de tratamento, articulando esses elementos com produções científicas da época, matérias da imprensa e, sobretudo, com os dados dos 170 prontuários do CPN, entre 1946 e 1962. No primeiro tópico, **Hospitais Psiquiátricos: Centro Psiquiátrico Nacional**, discutiu-se o processo histórico dos hospitais psiquiátricos no Brasil, em especial, a trajetória do CPN, bem como o perfil das pessoas internadas. No segundo, **As “etiquetas científicas” atribuídas às mulheres**, foram problematizadas as “doenças mentais” direcionadas prioritariamente às mulheres, mas também os diagnósticos atribuídos aos homens, com foco na metade do século XX, relacionando legislações, a imprensa e os dados dos prontuários. Por fim, o terceiro tópico, **Tratamentos: formas de “endireitar uma árvore que tivesse crescido defeituosa”**, abordou as formas dos considerados tratamentos então utilizados nas pessoas consideradas com “doença mental” no período, articulando com os registros do CPN. Nesse último tópico, houve ainda uma subdivisão dedicada à discussão da **Arte como instrumento terapêutico**, igualmente articulada com os dados documentais analisados.

4. 1 Hospitais Psiquiátricos: Centro Psiquiátrico Nacional

Considerando que o CPN foi um dos principais complexos hospitalares brasileiros do século XX, que expressava de forma singular a lógica manicomial vigente, este tópico dedica-se a discutir a assistência em saúde mental no Brasil, buscando compreender as relações entre essa particularidade institucional e o contexto nacional. Para tanto, abordamos sobre os hospitais psiquiátricos de modo geral, com ênfase na trajetória histórica do CPN, nos ideários

que sustentaram suas práticas e no perfil das pessoas internadas. Assim, foram analisados alguns dados extraídos dos prontuários de mulheres e homens que estiveram internados entre 1946 e 1962, como idade, raça/etnia, estado civil, responsável pela internação, tempo e número de internações, além do motivo da saída hospitalar.

Os hospitais psiquiátricos foram criados com o objetivo de cura, especificamente das pessoas incompatíveis com as disciplinas exigidas na sociedade burguesa, tecendo a psiquiatria um discurso competente criando a “loucura”. Os hospícios eram destinados a “conter todo tipo de violação das normas ou de transgressão contra o trabalho, a família, a moral e a ordem social” (Cunha, 1986, p. 87).

De acordo com Cunha Lopes (1939), o histórico da assistência às pessoas com “doenças mentais” iniciou no Distrito Federal. No período colonial, especificamente no início do século XIX, não existia nenhuma assistência aos “doentes mentais”, havendo preocupações de que as pessoas consideradas “loucas” perambulavam pelas ruas do Rio de Janeiro, sendo utilizado, por vezes, o tronco para prendê-las. Nesse período, as pessoas diagnosticadas com “doenças mentais” ficavam reclusas no Hospital da Santa Casa da Misericórdia, embora não fosse um hospital específico para isso.

Em meados do século XIX, as pessoas consideradas com “doenças mentais” já vivenciavam práticas de exclusão social; como nem todo comportamento que feria a moral e as normas sociais era passível de criminalização, foi necessário criar um espaço de exclusão e de controle das pessoas que tinham comportamentos considerados inadequados; assim, a medicina ocupou-se desse espaço. Os hospícios eram voltados não somente para os “doentes mentais” delirantes, agressivos, ou com problemas orgânicos, mas também para os “loucos invisíveis, degenerados em diversos graus, que constituem, na opinião dos próprios alienistas, os casos mais ‘difíceis’” (Cunha, 1986, p. 112).

Somente em 1852, passou a funcionar o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício Pedro II, criado pelo Decreto n.º 82 (1841), assinado por D. Pedro II, que, em 1854, já havia excedido a sua lotação. Em 1890, sua denominação passou a ser Hospício Nacional de Alienados (HNA) (Cunha Lopes, 1939).

A primeira regulamentação nacional sobre a assistência às pessoas consideradas com “doenças mentais” é de 1890, sendo o caráter moral da internação evidenciado na legislação:

Art. 13. Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, **perturbarem a tranquilidade pública, ofenderem a moral e os bons costumes**, e por atos atentarem contra a vida de outrem ou contra a própria, deverão ser colocadas em

asilos especiais, exclusivamente destinados à reclusão e ao tratamento de alienados (Decreto n.º 206-A, 1890, grifo nosso).

Em 1903, Juliano Moreira (1873-1933), professor de psiquiatria, ficou encarregado de reorganizar a Assistência a Alienados. Assim, em 1903, foi criado o Decreto n.º 1.132 com essa finalidade: “Art. 1º O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, **comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas**, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (Decreto n.º 1.132, 1903, grifo nosso). O decreto também estabeleceu que, no HNA, haveria quatro classes de pacientes pensionistas, sendo que a primeira classe possuía o valor da diária mais alto e a quarta classe, o mais baixo, o que evidenciava a distinção de classes sociais correlatas a melhores condições de tratamentos e estadia:

Os enfermos de 1ª classe terão direito a um quarto mobiliado com o possível conforto e a um criado exclusivamente ao seu serviço;

Os de 2ª classe terão um quarto mobiliado com um só leito;

Os de 3ª classe serão acomodados, sempre que não houver inconveniente, em quartos com dois leitos;

Os de 4ª classe ocuparão dormitórios especiais de oito a 16 leitos (Decreto n.º 1.132, 1903, art. 110).

Lima Barreto (1881-1922), escritor e jornalista, que esteve internado no HNA entre 1919 e 1930, retrata que “Ali, não se trata da alma dos doentes; trata-se apenas de os manter presos, de evitar escândalos e incômodos aos seus parentes. É uma prisão legal, dada como filantrópica” (Barreto, 1993, p. 65). Barreto (1993, p. 73) também explicita sobre o sentimento de ter sido internado por ser um incômodo para a sociedade: “Eu estava internado não por ser perigoso a mim ou aos outros, mas por ser incômodo”.

Segundo Portocarrero (2002), no início do século XX, houve alterações na organização psiquiátrica, inclusive sob influência de Juliano Moreira, com a criação de diversos locais para a intervenção psiquiátrica. Dentre as criações, “instituiu colônias agrícolas para epiléticos e alcoólatras, manicômio judiciário para o criminoso louco, assistência familiar para os alienados que já estão em fase de reintegração na sociedade” (p. 110); além disso, a psiquiatria ditava normas para a família e escola, bem como auxiliava a fazer a seleção de pessoas, como soldados e migrantes internacionais.

A primeira instituição psiquiátrica destinada a mulheres no Brasil foi criada em 1911, com a denominação de Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, que visava ampliar a

assistência a alienados e receber mulheres do HNA (antigo Hospício Pedro II), que estava com superlotação (Cunha Lopes, 1939). De acordo com o Decreto n.º 8.834 de 1911, o art. 74 “As colônias são reservadas a alienados indigentes, transferidos do Hospital Nacional e capazes de entregar-se à exploração agrícola e a outras pequenas indústrias”. O primeiro diretor dessa colônia foi o médico Simpício de Lemos Braule Pinto (1865–1918), que havia trabalhado no HNA, o qual faleceu em 1918 (Rezende, 1943).

Quem assumiu a direção da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, de 1918 a 1932, foi Gustavo Riedel (1887-1934), o qual foi presidente de 1923 a 1925 da Liga Brasileira de Higiene Mental³⁹ [LBHM] (Rezende, 1943). A LBHM foi criada em 1923; no seu estatuto, está definido como finalidade a prevenção das “doenças mentais” e nervosas; a proteção e também o amparo às pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e aos “doentes mentais”, que poderiam ser internados; a melhoria nos tratamentos desses doentes; e também a realização de programas de Higiene Mental e Eugenia, desde o âmbito individual, escolar, profissional e social (Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, 1925a).

Enquanto Gustavo Riedel estava na direção da Colônia, realizou as seguintes medidas:

- 1º) Rastreio dos pequenos psicopatas e profilaxia mental - Serviço de Ambulatório, dispensário psiquiátrico, instrumento a profilaxia e de educação.
- 2º) Instituto de Psicologia, em que, além das pesquisas psicológicas, seriam feitas a orientação e a seleção profissionais.
- 3º) ‘Serviço aberto’ para hospitalização dos psicopatas agudos.
- 4º) Serviço fechado para receber os psicopatas crônicos submetê-los à praxiterapia em ambiente adequado, em que se completavam boa alimentação, conforto e carinho.
- 5º) Serviço de Assistência Hétero-Familiar para readaptação social dos que recuperavam o uso da razão.
- 6º) Escola de Enfermeiros [...] (Rezende, 1943, p. 288).

Em 1919, foi inaugurado, na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, o Ambulatório Rivadávia Correia⁴⁰, em homenagem ao ministro que institui a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, sendo o primeiro Instituto de Profilaxia Mental da América

³⁹ A LBHM foi reconhecida como utilidade pública pelo Decreto n.º 4.778 de 1923. Em diversos estados, surgiu a Liga de Higiene Mental, como em São Paulo, Recife, Salvador etc. (Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, 1925a).

⁴⁰ Primeiro ambulatório da América Latina para alienados (Centro Cultural Do Ministério Da Saúde [CCMS], s.d.). Rivadávia Correa (1866-1920) foi Ministro do Interior e Justiça de 1910 a 1913, nomeado pelo presidente Hermes da Fonseca; posteriormente, foi Ministro da Fazenda de 1913 a 1914, assumindo como prefeito do Distrito Federal em 1914 a 1916 (Lopes, s.d.).

do Sul (Rezende, 1943). Gustavo Riedel salienta que o Ambulatório Rivadávia era um Instituto Eugênico⁴¹, “mais prático para a divulgação das noções eugênicas, porque aproveita a oportunidade da consulta e da medicação gratuitas aos necessitados, na maioria analfabetos, para mostrar-lhes o quadro mórbido das doenças capazes de o atirarem a si ou a sua descendência a invalidez da loucura” (Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria, 1920, p. 192). Assim, a eugenia, segundo Gustavo Riedel, seria o “aperfeiçoamento moral, físico e mental da espécie humana” (Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria, 1920, p. 190); além disso, ele acrescenta que:

O Brasil possui o meio físico-químico adequado ao futuro de uma grande raça, e altas razões sociais e biológicas são de natureza a promoverem entre nós a imediata execução dos princípios eugênicos, inculcando-se na alma popular a noção descendência sadia, notadamente da procriação consciente e responsável (Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria, 1920, p. 191).

A Assistência Hetero-Familiar na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro foi criada por Gustavo Riedel, em 1921, visando ao tratamento de pacientes para serem cuidadas(os) por famílias de trabalhadoras(es) da Colônia, sendo destinados prédios para tais cuidados (Lopes, 1942). Lopes (1942) cita alguns exemplos da efetivação dessa assistência, como o vínculo com a família, havendo um caso que ficou até 14 anos sob os cuidados da família de uma funcionária, mas, dessa forma, havia casos em que a(o) paciente retornava para sua própria família.

Também, foi criado o Laboratório de Psicologia Experimental, em 1924, impulsionado por Gustavo Riedel, o qual visava à profilaxia das “doenças mentais” (CCMS, s.d.). Rezende (1943) salienta que Gustavo Riedel “lançou as bases da higiene mental no Brasil” (p. 289). Em março de 1932, foi publicado o Decreto n.º 21.173, que converteu o Laboratório de Psicologia da Colônia de Psicopatas, no Engenho de Dentro, em Instituto de Psicologia (Decreto n.º 21.173, 1932). Dessa forma, tinha como objetivo:

a) coordenar estudos e pesquisas de psicologia geral e aplicada; b) servir como centro de aplicação das técnicas de diagnose psicológica, para os serviços de orientação e seleção profissionais; c) contribuir para os estudos de aplicação da psicologia à pedagogia, medicina, técnica judiciária e racionalização do trabalho industrial; d)

⁴¹ Sampaio (1928) retrata sobre o processo histórico da eugenia, fundamentado nos estudos de Charles Darwin (1809-1882), na teoria da evolução. Francis Galton (1822-1911) é quem primeiro utilizou o termo de eugenia que definiu como “o estudo de fatores submetidos ao controle da sociedade suscetíveis de modificar, para melhor ou para pior, as qualidades da raça - psíquicas ou mentais - das gerações futuras” (Sampaio, 1928, p. 09).

formar psicologistas profissionais, mediante cursos teóricos e práticos, e com estágio obrigatório em seus laboratórios (Decreto n.º 21.173, 1932, art. 2º).

Contudo, sete meses após a criação do Instituto, foi decretada a extinção do Instituto de Psicologia, anexando-se os respectivos serviços, sem aumento de despesa, à Assistência a Psicopatas; os motivos de tal extinção não ficaram explicitados no decreto (Decreto n.º 21.999, 1932). Em 1937, com a Lei n.º 452, que instituiu a Universidade do Brasil, criou-se novamente o Instituto de Psicologia, sendo parte do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (Lei n.º 452, 1937).

Em 3 de julho de 1934, foi criado o Decreto n.º 24.559, que visava à profilaxia mental, à assistência e proteção aos “psicopatas” e à fiscalização dos serviços psiquiátricos, o qual tinha como objetivo:

- a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) Dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) Concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial (Decreto n.º 24.559, 1934, art. 1º).

Embora essa legislação ainda estabelecesse que as pessoas consideradas com “doenças mentais” deveriam ser mantidas em estabelecimentos psiquiátricos (públicos ou privados), ela também estipulava a possibilidade da assistência hetero-familiar, ou no domicílio da própria família, quando ela conseguisse prover os cuidados necessários (Decreto n.º 24.559, 1934).

Pinto Cezar (1943) pontua que, em média, 0,1% da população brasileira, da década de 1940, teria alguma “doença mental” que necessitava de internação psiquiátrica. Contudo, não havia vagas suficientes nos hospitais psiquiátricos; segundo o autor, muitas dessas pessoas consideradas “doentes mentais” “são mantidos em seus próprios domicílios, criando permanentemente uma situação de desassossego, não só para os da própria família, como os vizinhos e à sociedade em geral, constituindo elementos de franca periculosidade” (Pinto Cezar, 1943, p. 62); outros acabam sendo presos, privados da assistência médica. Pinto Cezar (1943) relata que, em 1929:

inutilizava-se uma magnífica instalação hospitalar para doentes mentais, superlotando-a de doentes crônicos, ao passo que os doentes agudos⁴², os únicos que poderiam ainda

⁴² Garcia (1954) explicita a distinção entre doentes agudos e crônicos. Nos doentes agudos, a doença teria duração menor que 40 dias. Contudo, sempre há um período agudo quando a pessoa com a “doença mental” passa por modificações na vida e tenta resistir à doença. Já na doença crônica, a pessoa submete-se à doença, tendo duração maior. Assim, os doentes agudos comumente são internados em hospitais e os crônicos em colônias (Garcia, 1954).

recuperar a saúde uma vez assistidos convenientemente, iam para as cadeias esperar que sua doença evoluísse para a cronicidade enquanto aguardavam internação (p. 63).

Entretanto, segundo Pinto Cezar (1943), após a internação, havia outras dificuldades, como a quantidade de pessoas internadas, o que prejudicava a qualidade do trabalho médico, ficando as(os) pacientes longos períodos em observação, sem diagnóstico e tratamento.

Em São Paulo, no Hospital Psiquiátrico do Juquery, a falta de atendimento médico foi explicitada por Cunha (1986), ao retratar que, em 1928, havia quase duas mil pessoas internadas e somente quatro médicos alienistas, a saber, dois internos e um cirurgião. A autora menciona o caso de uma mulher italiana internada em 1908 como indigente, cuja primeira observação clínica foi registrada apenas três anos após sua admissão, sem que houvesse qualquer explicação sobre o motivo de sua permanência tão prolongada no hospital. Somente 27 anos depois foi feita uma nova anotação em seu prontuário. No mesmo hospital, Pinto Cezar (1943) destaca que, em 1941, cada médico era responsável, em média, por acompanhar cerca de 400 pacientes por ano.

Em 1938, foi iniciada a transferência de todas(os) as(os) pacientes do HNA para a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, sendo o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro fechado em 1943, em decorrência do bairro em que era localizado se tornar um bairro residencial “não sendo mais conveniente a localização do hospício no local” (s.p.) (CCMS, s.d.). A Colônia de Alienados do Engenho de Dentro ficava no subúrbio do Distrito Federal. Valente (2020) enfatiza que a transferência dos hospitais psiquiátricos para áreas periféricas ou rurais expressava a exclusão social das pessoas consideradas com “doenças mentais”. No jornal o Correio da Manhã (1944), foi publicado sobre a mudança do antigo prédio HNA, para transformar-se em um local “alegre” e com “vida”, passando a ser a sede da Universidade do Brasil:

Seja como fôr, o ‘suntuoso palácio dos insanos’ é que não tem culpa das reviravoltas do destino. Quando novo, ele foi o refúgio de infelizes que a enfermidade inutilizou; velho, abrigará a mocidade que estuda, vidas em flor, esperanças do Brasil. Trocará os doentes pelos estudantes, o sofrimento pela saúde, e o silêncio pelo ruído. Dentro de pouco tempo, remodelado, rejuvenescido, arejado pela alegria da mocidade, o casarão nem mais se lembrará de que é um velho secular, que nasceu, viveu e envelheceu triste! O destino teve pena dele. Fê-lo agasalhar, durante mais de um século, criaturas que morreram no mundo. Fá-lo-á agasalhar, agora, criaturas que apenas desabrocham para a vida (Correio da Manhã, 1944, s.p.).

De forma romantizada, o hospital ainda é colocado como vítima que acolheu “criaturas que morreram no mundo”, e não como instituição que também foi agente de exclusão e disciplinarização social. Contudo, o destino teria tido pena desse velho prédio, mas não teve pena das pobres criaturas, que foram somente realocadas para um local mais distante da cidade, onde a população não enxergasse o “refúgio de infelizes”. Assim, em 1944, a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro foi reorganizada, fazendo parte do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde; dessa forma, passou a ser denominada como **Centro Psiquiátrico Nacional (CPN)** (Decreto-lei n.º 7.055, 1944). Tendo como finalidade:

- I- Receber, sob regime de internação aberta, doentes nervosos e mentais para observação, exame e tratamento;
 - II- Identificar, admitir e fazer triagem dos psicopatas do Distrito Federal [...];
 - III- Amparar e assistir [...] os egressos dos Órgãos de assistência a psicopatas [...];
 - IV- Cooperar com o serviço de bioestatística no levantamento estatístico e organizar no Distrito Federal (Guanabara), a ficha heredobiológica dos psicopatas// alienados ou não;
 - V- Celebrar, em bases científicas, com outros órgãos, na profilaxia das doenças mentais, bem como estudar suas causas com objetivos sociais e **eugênicos** e realizar estudos e pesquisas sobre as mesmas [...];
 - VI- Realizar serviços de **higiene mental** [...];
 - VII- Receber sob regime de internação mista, para observação e tratamento, psicopatas de ambos os sexos, com perturbações mentais agudas e em estados subagudos [...]
- (Ministério da Saúde, 1964, pp. 11-12).

O CPN era um complexo hospitalar, subdividido em diferentes seções, conforme figura 16⁴³. Como se tratava de um complexo hospitalar, dos 170 prontuários analisados de 1946 a 1962, foi constatado que havia pacientes internados em diferentes seções, como demonstrado no mapa. O principal local de internação era o Hospital Pedro II (HP II), fazendo referência ao primeiro hospital psiquiátrico brasileiro; depois, o Instituto de Psiquiatria (IP); após, acontecia o encaminhamento ao Bloco Médico Cirúrgico (BMC) e, por último, ao Hospital Gustavo Riedel (HGR). Também, ocorriam transferências internas⁴⁴, de forma que havia pacientes que passaram pelo HP II e pelo IP (31% dos prontuários das mulheres e 16% dos homens), que

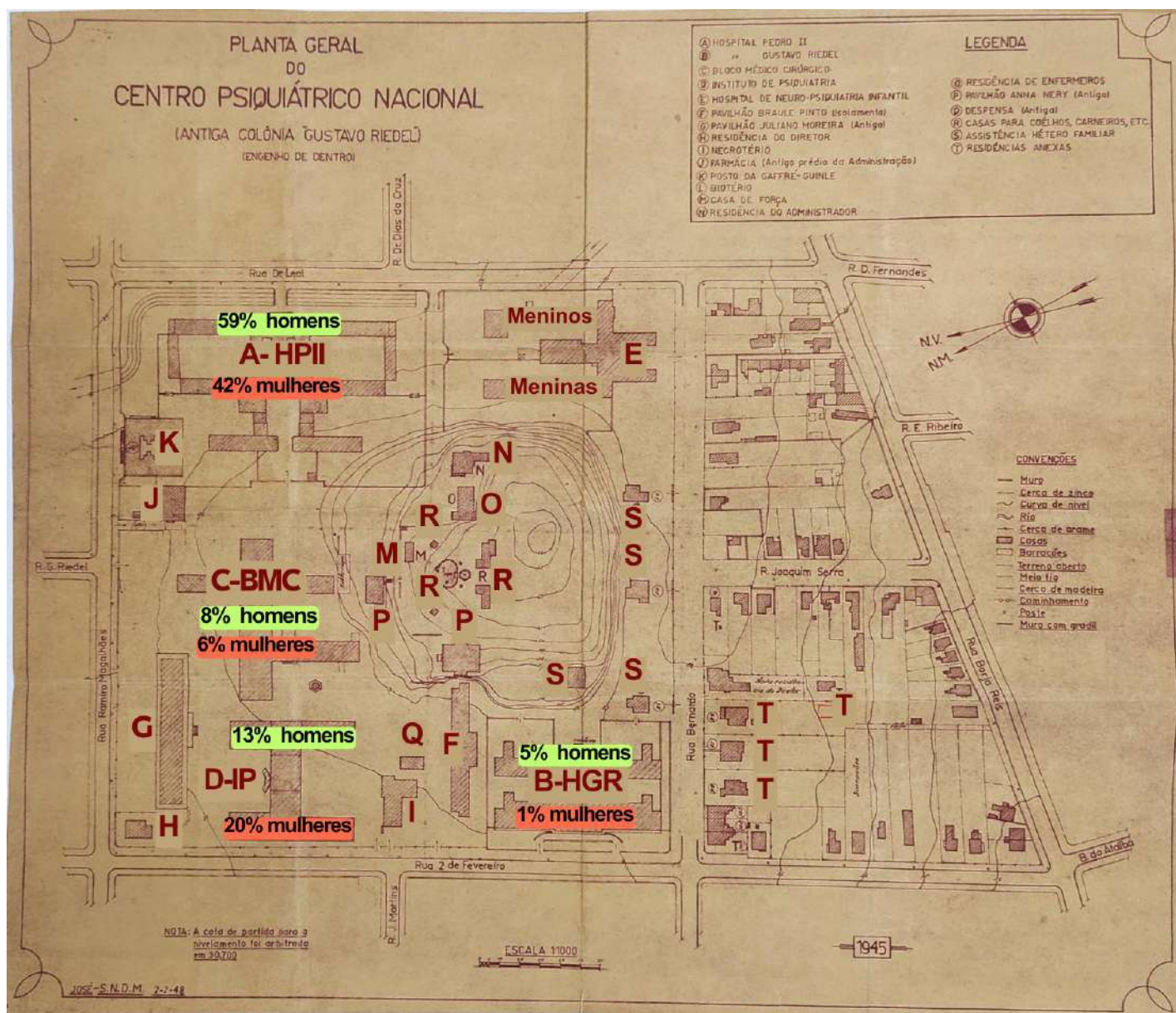
⁴³ O mapa original do CPN e outro mapa do hospital constam no Anexo II.

⁴⁴ No manuseio dos prontuários, observamos que, em algumas seções, as(os) pacientes possuíam prontuários distintos e, por vezes, não foram incorporados de forma conjunta aos arquivos históricos, sendo possível que, conforme os relatos da equipe do IMASNS, algumas informações tenham se extraviado ao longo do histórico.

passaram pelo HP II e pelo HGR (4% dos homens) e somente 2% dos homens que passaram pelo Hospital de Neuro Sífilis.

Figura 16

Planta Geral do Centro Psiquiátrico Nacional (1945) e seções das internações



Nota: Adaptado do Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passos (1945).

Legenda: A) Hospital Pedro II; B) Hospital Gustavo Riedel; C) Bloco Médico Cirúrgico; D) Instituto de Psiquiatria; E) Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil⁴⁵; F) Pavilhão Braule Pinto

⁴⁵ O Hospital de Neuropsiquiatria Infantil foi criado em 1941 para o tratamento de “crianças anormais do ponto de vista neuro-psiquiátrico” até a fase pré-puberal (Decreto n.º 17.185, 1944, art. 27). Já os adolescentes, por sua vez, eram frequentemente internados no mesmo espaço destinado aos adultos, o que representava riscos evidentes para essa faixa etária. Quando alocados junto às crianças, eram vistos como potenciais ameaças a elas. Apenas em

(Isolamento); G) Pavilhão Juliano Moreira (Antigo); H) Residência do Diretor; I) Necrotério; J) Farmácia (Antigo prédio da Administração); K) Posto da Gaffré-Guinle; L) Biotério; M) Casa de Força; N) Residência do Administrador; O) Residência de Enfermeiros; P) Pavilhão Anna Nery (Antigo); Q) Despensa (Antiga); R) Casas para Coelhos, carneiros, etc.; S) Assistência Hétero Familiar; T) Residências Anexas.

A porta de entrada no CPN, normalmente era o IP, responsável por receber “doentes mentais”, realizar triagem, admitir para a observação, realização de exames, tratamentos; além disso, deveria amparar e assistir pessoas egressas da assistência psiquiátrica, estudar “com objetivos sociais e eugênicos” as causas das “doenças mentais” e também realizar serviços de higiene mental (Decreto n.º 17.185, 1944). Nessa mesma seção, constava o Serviço Social Psiquiátrico que tinha como objetivo readaptar o sujeito após alta e “ajudar o doente mental a ajustar-se a si mesmo e ao meio” (Ministério da Saúde, 1964, p. 18). Além disso, podia realizar visitas tanto domiciliares quanto no trabalho da(o) paciente, desde os que foram atendidos no ambulatório, até egressos do hospital, visando “recomendar medidas eugênicas e psico-higiênicas” (Ministério da Saúde, 1964, p. 18). Salientamos que os prontuários analisados, em que havia mais informações da história de vida da(o) paciente, eram os que passaram por atendimento de Serviço Social. No IP, também, havia o Setor de Higiene Mental, que realizava a admissão e triagem, e o Setor de Pesquisas Neuropsiquiátricas, que estudava as causas das “doenças mentais” e visava aprimorar técnicas terapêuticas (Ministério da Saúde, 1964).

O HP II, inaugurado em 1944, tinha o total de 571 leitos, com 7 seções clínicas destinadas a mulheres e 6 destinadas a homens (Ministério da Saúde, 1964). Segundo Paulo Elejaude (1948), o diretor do CPN, a média de permanência das(os) pacientes do HP II, direcionado aos casos agudos, não deveria ser superior a 90 dias.

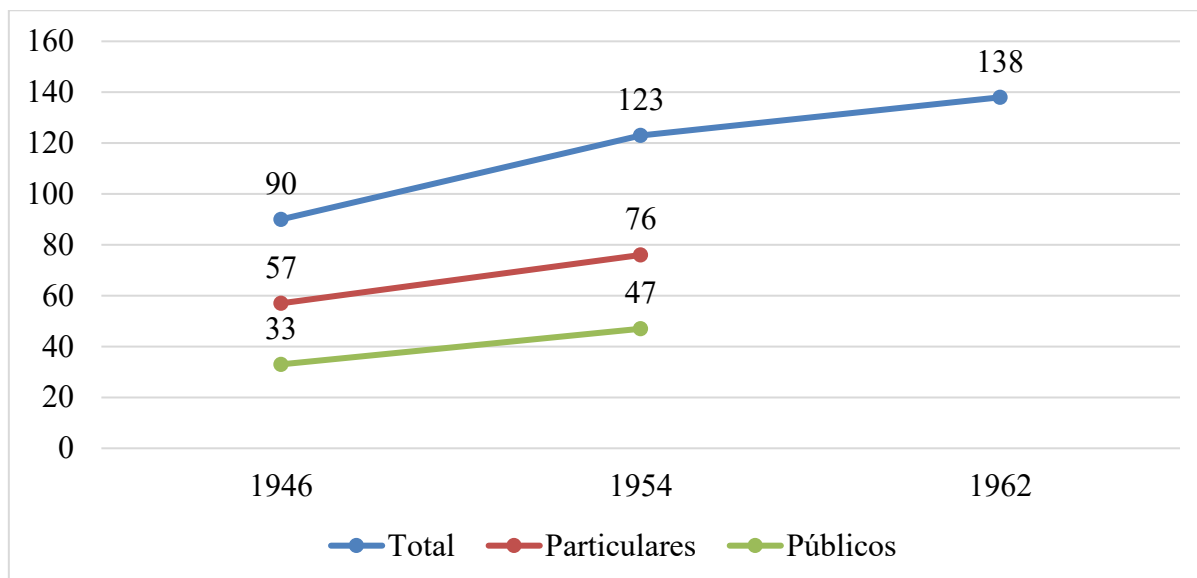
O HGR recebia internações de mulheres e homens, sendo que a maioria das(os) pacientes era composta por pensionistas — aqueles que pagavam diárias — no HNA, totalizando 360 leitos (Ministério da Saúde, 1964). Embora os prontuários analisados não apresentem informações explícitas sobre a classe social das(os) pacientes, o fato de apenas 6% dos 170 registros pertencerem à seção do HGR indica que uma minoria das(os) internadas(os) possuía melhores condições financeiras. Essa distinção de classe social é explicitada por uma fala do diretor do hospital, em 1946: “os pacientes internados no HGR são, em geral, pessoas

1959, foi anunciada a criação de uma ala específica no HP II destinada ao atendimento de adolescentes (Correio da Manhã, 1959).

de bom nível social e cultural (referia-se aos antigos pensionistas, transferidos da Praia Vermelha); nessas condições há de ser lógico pleiteamos para eles o mesmo regime ocupacional em harmonia com as suas peculiaridades sociais e culturais” (Ministério da Saúde, 1964, p. 23), como artes tipográficas, ciências naturais, dentre outros. A fala do diretor demonstra a desigualdade social presente no hospital psiquiátrico, visto que as pessoas pensionistas deveriam ficar em seções separadas e ter tratamentos específicos.

O BMC tinha 300 leitos destinados a receber as(os) pacientes para observação e tratamento, desde demandas médico-cirúrgicas, como a lobotomia, pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, atendimentos odontológicos, dentre outras demandas médicas. Essa seção teve sua construção finalizada em 1946, funcionando com regularidade a partir de 1948. Havia, também, o Laboratório para realizar pesquisas clínicas referentes a diagnósticos, tratamentos e autópsias (Ministério da Saúde, 1964).

Em 3 de janeiro de 1946, foi estabelecido o Decreto n.º 8.550, para autorizar que o Ministério da Educação e da Saúde intensificasse a assistência psiquiátrica no território nacional, cabendo à União e ao Estado a construção, instalação e funcionamento dos hospitais; dessa maneira, havia créditos orçamentários para esse fim, mas também poderiam ser realizados acordos com parcerias (Decreto n.º 8.550, 1946). Assim, houve um aumento na quantidade de estabelecimentos destinados às pessoas consideradas com “doenças mentais” no Brasil, sendo a maioria dos hospitais particulares (63% em 1946, e 61% em 1956).

Figura 17*Estabelecimentos públicos e privados destinados a “doentes mentais” no Brasil*

Nota: Adaptado do Serviço de Estatística da Educação e Saúde (1948, 1956); Serviço de Estatística da Saúde (1965)⁴⁶.

Em 1953, no relatório do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1953), indicava-se que, como estratégia para ampliar a campanha de higiene mental, foram instituídos ambulatórios em diversas capitais brasileiras, dos quais seis se situavam no Distrito Federal. Os dados revelavam maior presença das mulheres nos atendimentos ambulatoriais, enquanto, no caso das internações, a predominância era dos homens. Contudo, algumas pessoas poderiam ter dificuldades no acesso aos ambulatórios, conforme consta no prontuário de Silas/1961 (38 anos, preto, solteiro, operário – epilepsia), que, apesar de ter sido encaminhado para o ambulatório para tratamento, por conta de dificuldades econômicas, não conseguiu frequentar, comparecendo apenas uma vez.

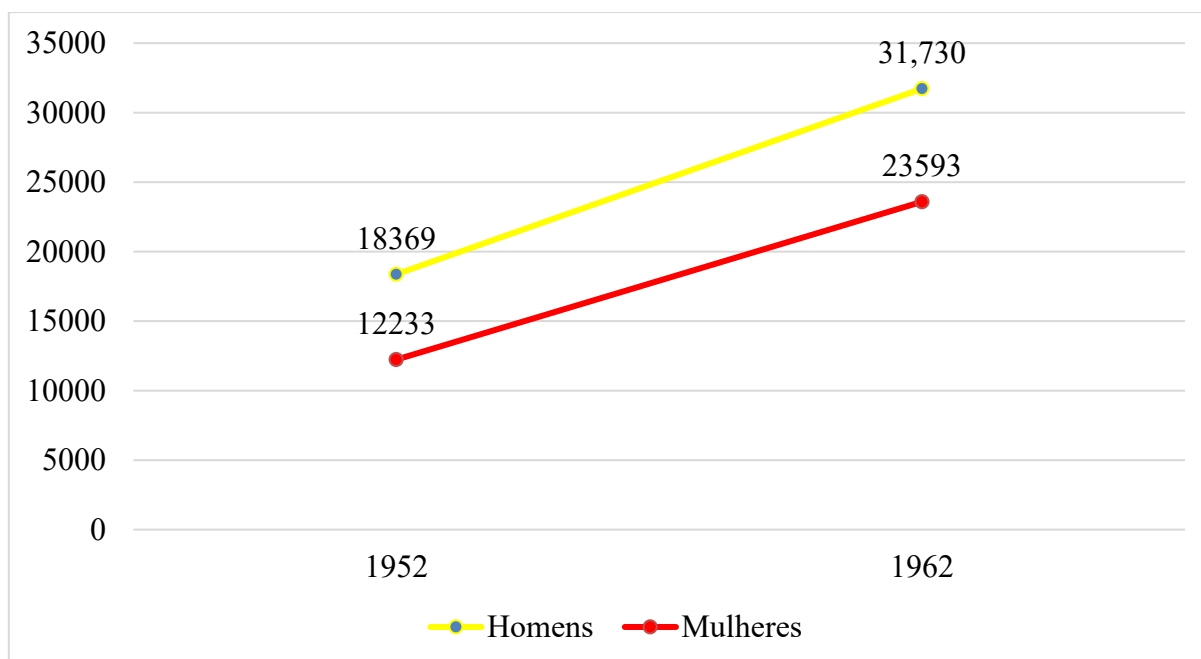
⁴⁶ Não encontramos dados da unidade mantenedora dos hospitais destinados a “doentes mentais” e nervosos do ano de 1962.

Tabela 13*Atendimentos em ambulatórios e internações no Distrito Federal em 1953*

	Mulheres	Homens
Ambulatórios	62%	38%
Internações	40%	60%

Nota: Adaptado do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1953).

Correlato ao aumento dos hospitais psiquiátricos, houve também um aumento das internações psiquiátricas, com base nos dados disponibilizados do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1954a, 1964), sendo que a maioria das internações eram de homens, conforme figura 18.

Figura 18*Internações em Hospitais Psiquiátricos*

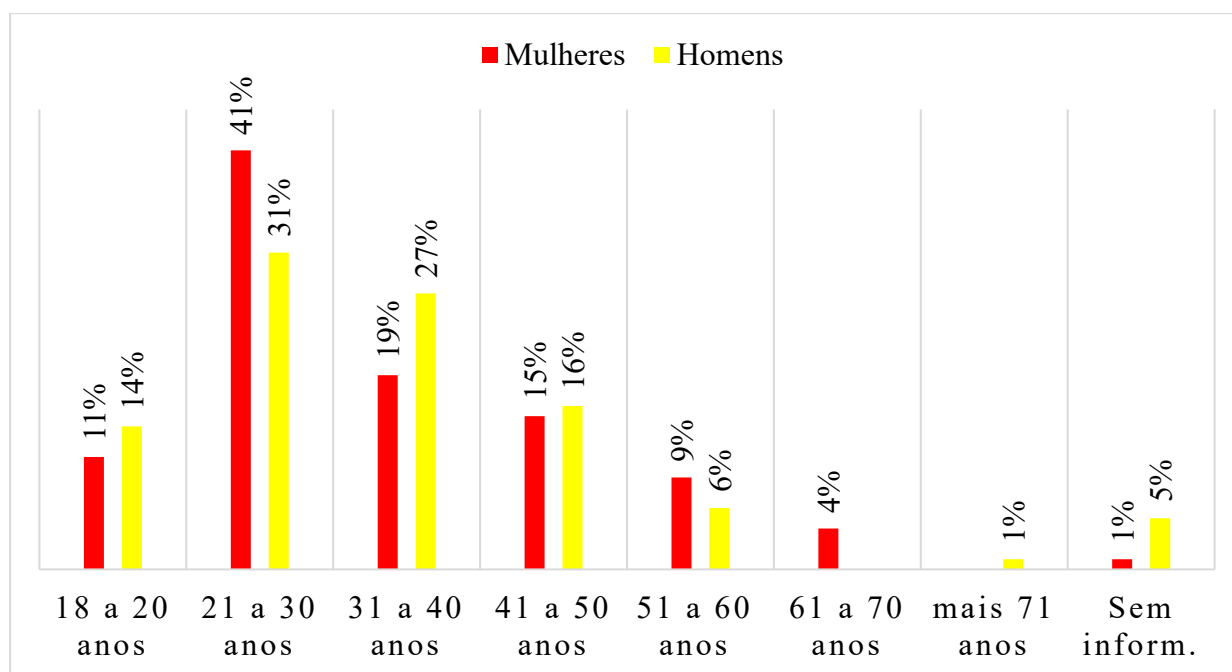
Nota: Adaptado do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1954a, 1964).

Com base nos dados do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1954a, 1958, 1961, 1964), referentes aos anos de 1952, 1956, 1959 e 1962, a maioria das pessoas internadas possuíam entre 20 e 29 anos, além de serem brancas. Em relação à principal faixa etária das pessoas hospitalizadas, também, ficou evidenciado, nos prontuários pesquisados (1946-1962),

que, dos 170 prontuários, a maioria das mulheres e dos homens internadas(os) no CPN possuíam idade produtiva quando foram internados, entre 21 a 30 anos, como consta na figura a seguir.

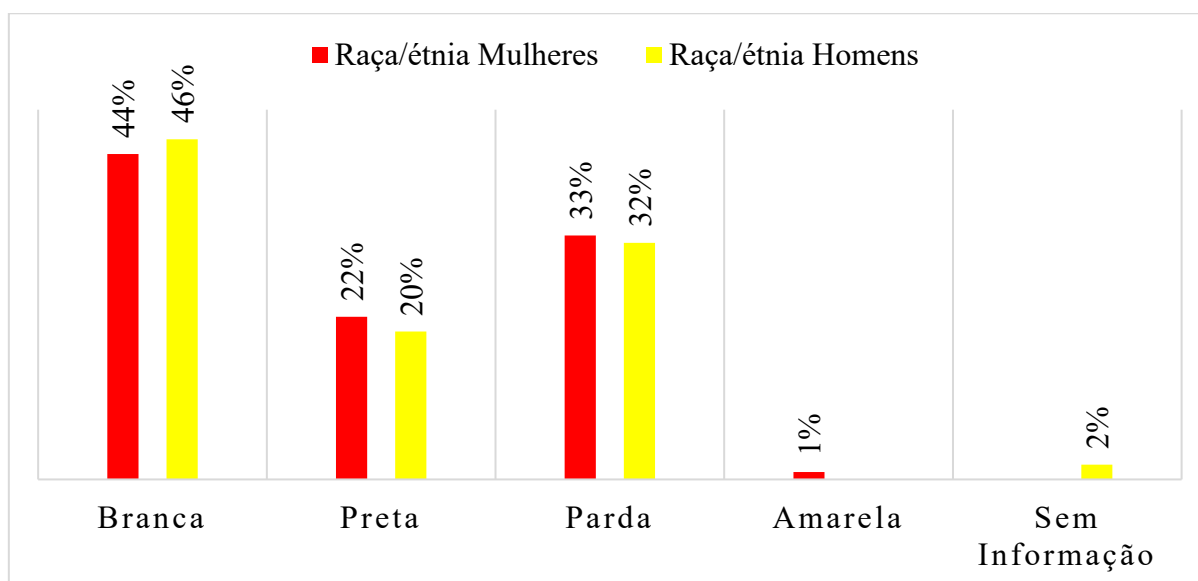
Figura 19

Idade das pessoas internadas



Contudo, ao analisar a raça/etnia das pessoas internadas (ver Figura 20), observa-se que, embora o Serviço Nacional de Doenças Mentais apontasse que a maioria seria composta por pessoas brancas, os prontuários analisados revelam outra realidade: somando-se o número de pessoas pretas e pardas, verifica-se que o grupo de pessoas negras correspondia, na verdade, à maioria das internações (total de 53,5%)⁴⁷. Além disso, no ano de 1950, no Brasil, a maioria da população se identificava como branca, 61%, pardos 26%, e 11% pretos, sendo a porcentagem de pessoas pretas e pardas internadas no CPN superior à média nacional (Segundo dados do Serviço Nacional de Recenseamento, 1954a).

⁴⁷ Com base na foto que constava na capa do prontuário, constatamos que muitas das pessoas consideradas pardas poderiam ser consideradas pretas, mas não sabemos ao certo como era realizada tal distinção, se por autoidentificação ou por avaliação do(a) profissional que preencheu a ficha.

Figura 20*Raça/etnia*

A desigualdade racial impactava a vida da população negra, desde em relação aos empregos para os quais as pessoas pretas e pardas eram contratadas, como também no que se refere ao acesso à educação e nível de instrução, além das violências que sofriam. Schwarcz (1998) retrata que, na metade do século XX, 82,66% dos empregadores eram de pessoas brancas; as pessoas diplomadas com nível superior eram, em sua maioria, brancas, representando 96,87% desse grupo. O preconceito racial impactava principalmente a oferta de serviços às pessoas negras, de forma que foi necessário criar, em 1951, a Lei Afonso Arinos, (Lei n.º 1.390, 1951) para punir o crime de preconceito racial, que passou a considerar uma contravenção penal “a recusa, por parte de estabelecimento comercial ou de ensino de qualquer natureza, de hospedar, servir, atender ou receber cliente, comprador ou aluno, por preconceito de raça ou de cor” (art. 1), e também negar emprego por conta da raça/etnia.

Apesar desta lei, mantinha-se vigente o ideário da eugenia que buscava o melhoramento da “raça”, que considerava as pessoas negras e pardas como inferiores; tal ideário era reforçado nos objetivos do CPN. Cunha-Lopes (1945) enfatiza a necessidade do exame pré-nupcial e alerta para o casamento de pessoas de “raças” diferentes, tendo em vista que havia distinção entre as “doenças mentais” de pessoas brancas e negras, visto que as mulheres negras adoeceriam mais. Segundo Cunha-Lopes (1945): “não resta dúvida que a interdição do casamento entre raças muito diferentes constitui medida eugênica de relevante importância. E tal prática deve ser decretada” (p. 217); assim: “O melhoramento da raça ou aperfeiçoamento etnogênico resulta do

estímulo à reprodução de estirpes sadias e da restrição à fertilidade de estirpes com características hereditárias nocivas e inferior capacidade” (Cunha-Lopes, 1945, p. 211).

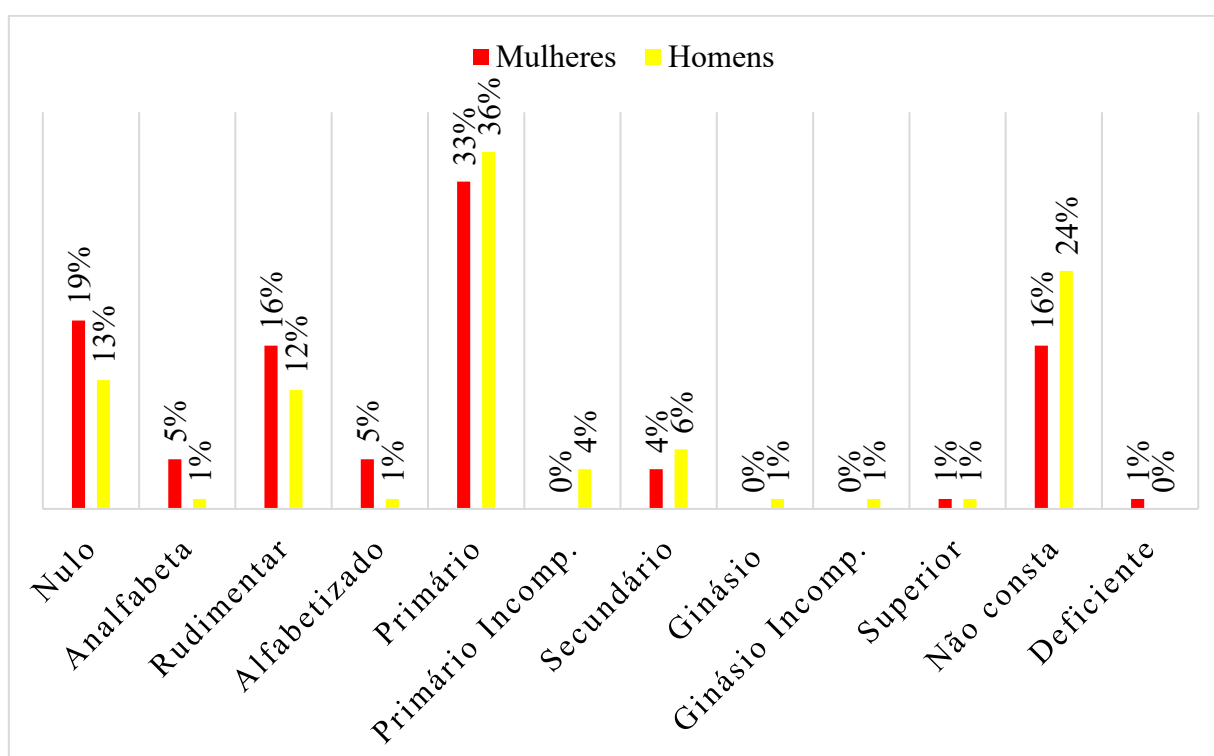
O ideário da eugenia e da higiene mental faziam parte do escopo teórico que embasou a atuação do psiquiatra, sendo ensinado na faculdade de medicina em disciplinas especializadas e eletivas, aplicadas à clínica, além das classificações diagnósticas, teoria freudiana, disciplinas de higiene mental e eugenia (Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 1949).

O ideário da eugenia e o preconceito racial ficaram perceptíveis na história de uma mulher internada no CPN, Julia/1954 (36 anos, preta, solteira, doméstica – esquizofrenia), que vivia com um companheiro; refere que seu sofrimento provém de sua cor “por ser preta e ter que viver com um homem branco e funcionário do Banco do Brasil”, tendo ela que manter atitude discreta. Assim, o fato de as pessoas negras serem a maioria das internações psiquiátricas, também, pode estar relacionado à tripla discriminação que as mulheres sofrem, por conta das opressões sociais decorrentes do racismo, sexismo e elitismo (Gonzalez, 2020).

Outro dado relevante é sobre o acesso à educação formal e o nível de instrução das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, já que os dados do CPN expressam a dificuldade no acesso à educação na época e no acesso a alguns direitos na metade do século XX.

Figura 21

Nível de Instrução



Em 1950, 57% das pessoas com mais de cinco anos não sabiam ler nem escrever, sendo 30% de mulheres e 26% de homens; a maioria dessas pessoas residiam em locais rurais (Serviço Nacional de Recenseamento, 1953). A quantidade de pessoas analfabetas também é reflexo da falta de escolas e da dificuldade no acesso às escolas existentes, embora houvesse um aumento expressivo na quantidade de escolas de 1871 (havia 4.046 unidades escolares) para 1950 (83.870 unidades escolares) (Anuário Estatístico do Brasil & Serviço Estatístico da Educação e Saúde, 1953). Somente na década de 1960, a maioria da população passou a ser alfabetizada (60%) (Ministério da Educação & Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, s.d.).

Alguns registros nos prontuários psiquiátricos auxiliam a compreender sobre as demandas que dificultavam o acesso à educação na época. No prontuário de uma paciente do CPN, consta que concluiu o ensino primário, porém, não seguiu com os estudos “porque não tinha ginásio público no local em que eu morava” (Paloma/1960, 25 anos, branca, casada, doméstica – histeria/esquizofrenia), constando também que: “Seu pai era pobre e não podia pagar colégio ginásial” (Paloma/1960). Outro exemplo é de Jacira/1954 (62 anos, parda, viúva, doméstica – psicose psicogênica de situação e arteriosclerose cerebral), que não frequentou escola, pois morava no interior do Espírito Santo e, desde cedo, realizava as tarefas rurais. Joana/1954 (31 anos, parda, casada, doméstica – esquizofrenia), possui dois filhos dizendo que não os colocou na escola porque “é muito ruim para a criança andar pelas estradas porque podem brigar e mesmo porque o teu dever já vem do berço”, auxiliando a compreender sobre o ideário da época. Silas/1961 estudou até o 3º ano e abandonou por dificuldades socioeconômicas; retornou os estudos dois anos depois, no período noturno, no curso de alfabetização.

Além disso, o baixo nível da educação das mulheres era defendido em nome da moral e preservação familiar (Saffioti, 2013). Mesmo quando as mulheres estavam inseridas no sistema educacional, as disciplinas direcionadas a elas reforçavam os papéis sociais femininos, como de esposas, de mães e de donas de casa, tendo disciplinas sobre a missão da mulher no lar no ensino secundário (Decreto Lei n.º 8.347, 1945). A distinção na instrução de homens e de mulheres pode ter relação com as dificuldades no acesso à educação, principalmente das mulheres, em que a educação não era valorizada, já que a sua principal função estava voltada ao trabalho doméstico.

Apesar das limitações que a educação formal possui na sociedade capitalista, sendo ensinado sobre os princípios da ordem dominante, reiteramos a sua importância para o desenvolvimento do psiquismo e auxílio da transformação social da ordem vigente, podendo ser um importante impulsionador para a transformação.

o papel da educação é soberano, tanto para a elaboração de estratégias apropriadas e adequadas para mudar as condições objetivas de reprodução, como para a *auto mudança consciente* dos indivíduos chamados a concretizar a criação de uma ordem social metabólica radicalmente diferente (Mészáros, 2008, p. 65, *italico do autor*).

A instrução precária das pessoas internadas reflete a realidade da maioria da população brasileira e expressa quem eram as pessoas ali internadas. Além disso, o fato de as pessoas serem analfabetas era um outro limitador do exercício de seus direitos políticos, como do voto, que foi tão árduo de conquistar por parte das mulheres; pelo menos 41% das mulheres não poderiam votar, por possuir instrução nula, analfabeta, rudimentar e deficiente, em comparação com os homens, os quais eram 26% que não poderiam votar, por possuir a instrução nula, analfabeta e rudimentar; ademais, ainda havia aqueles em que a informação não constava no prontuário.

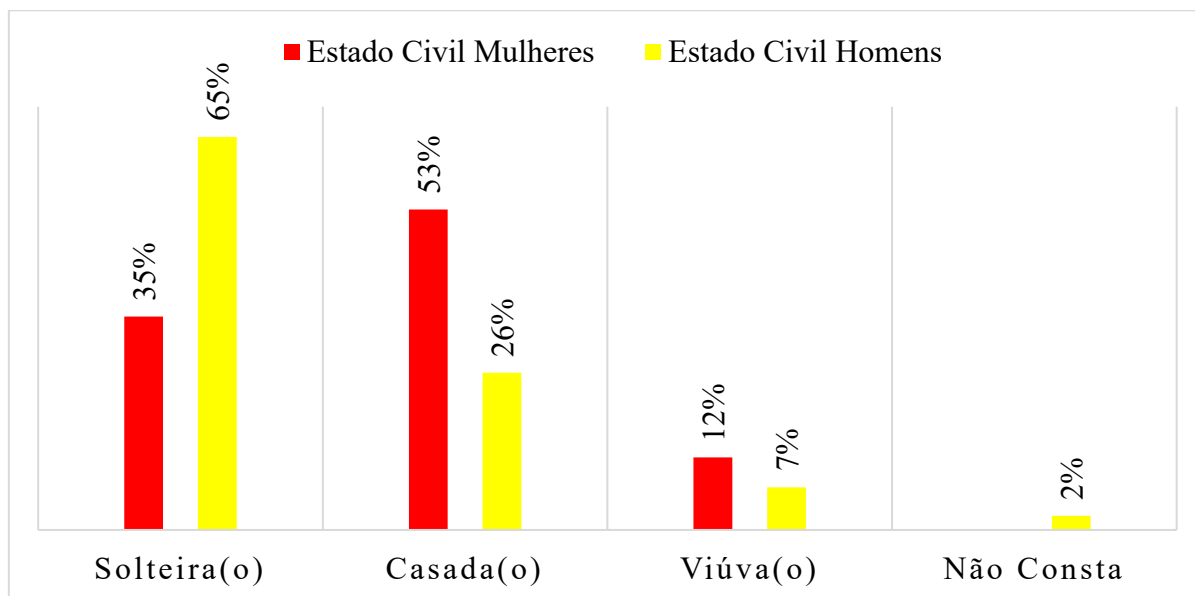
Cunha (1986), a partir de análise de prontuários no Hospital Psiquiátrico do Juquery, cujo prontuário mais antigo é referente a 1901 e o mais recente a 1926, salienta as distinções de homens e de mulheres. Dos homens internados, muitos são migrantes/migrantes internacionais, ou pessoas em constante mudança, ou trabalhadores, ou outras pessoas que já foram escravizadas, em suma, pessoas que lutam todos os dias para a sobrevivência, assim, são pessoas que “buscam no delírio uma espécie de refúgio para uma vida que se tornara insuportável” (p. 142). No caso das mulheres, em geral, eram internadas no Hospital Psiquiátrico do Juquery por distúrbios psíquicos referentes à rigidez dos papéis sociais, como de uma feminilidade ideal, papel de boas esposas, boas mães e boas filhas; já as mulheres negras, eram tratadas com dupla inferiorização por parte dos médicos.

Em sua maioria sob classificações nosográficas derivadas do modelo da ‘afecção’ ou do delírio, ocupam pavilhões e enfermarias do hospício muitos vadios e prostitutas ou mulheres ‘promíscuas’ das ruas, trazidas pela polícia, mas também operários, caixeiros, copeiros [...]. Nos alojamentos dos pensionistas, onde predominam ‘loucos morais’, degenerados ‘superiores’ e histéricas, estão outros personagens: professores e professoras, negociantes, advogados, militares, mulheres solteiras ‘de família’, donas-de-casa e outras que merecem, no interior da vida asilar, um tratamento bastante diferenciado da maioria dos seus habitantes (Cunha, 1986, p. 120).

Nos prontuários pesquisados do CPN, um dado relevante foi o estado civil⁴⁸ das mulheres e dos homens, como exposto na figura adiante, assim, a porcentagem de mulheres casadas é relevante, pois sinaliza a cobrança social de exercerem o seu papel de esposa, depois de mãe e dona de casa.

Figura 22

Estado Civil



Com base no estado civil, em que a maioria das mulheres internadas no CPN eram casadas e os homens eram solteiros, demonstra-se o adoecimento psíquico acarretado pelas cobranças sociais, que podem envolver o casamento das mulheres; já por parte dos homens, é uma minoria os que são casados, que foram internados. Além disso, podemos relacionar com quem internava essas pessoas no CPN (figura 23), assim como aos espaços privados e públicos que são direcionados aos sexos/gêneros.

⁴⁸ Em alguns casos, constava, na história de vida, que a pessoa era casada ou amasiada, contudo, por não ser casada legalmente, consideravam-na como solteira; os casos em que ficava explícito, no relato, que a pessoa era casada/amasiada, foram contabilizados como tal.

Figura 23*Quem realizou a internação de mulheres e de homens?*

A maioria das internações das mulheres eram realizadas pelo marido (24%); já os homens eram encaminhados pela polícia (33%). Em relação ao encaminhamento pela polícia, é necessário ressaltar que não havia política pública de saúde destinada ao atendimento pré-hospitalar móvel⁴⁹, assim, a polícia era o órgão que encaminhava as pessoas até o complexo hospitalar, tendo casos em que os familiares, os colegas de trabalho ou até mesmo a dona da pensão chamou a polícia para levar a pessoa à internação psiquiátrica.

No que se refere aos encaminhamentos realizados pela polícia, um aspecto que merece destaque é a relação com a raça/etnia. Das mulheres encaminhadas pela polícia⁵⁰, a maioria era de brancas (64%). Já entre os homens, prevaleciam os pardos (40%), seguidos dos pretos (30%), somando juntos 70% dos encaminhamentos policiais. Gonzalez (2020, p. 165) enfatiza que, para o homem negro, a condição de objeto de repressão, perseguição e violência policial é

⁴⁹ Os primeiros serviços de atendimento pré-hospitalar móvel foram o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência, que é realizado pelo Corpo de Bombeiros; foi criado oficialmente em 1990 (Corpo de Bombeiros Militar do Paraná, s.d.). O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi regulamentado somente em 2003, pela Portaria n.º 1.864 de 2003.

⁵⁰ Em alguns prontuários, a família acionou a polícia para o encaminhamento; esses também foram contabilizados para serem relacionados à raça/cor com encaminhamentos policiais.

recorrente, sendo o desemprego frequentemente interpretado como sinal de “vadiagem”, o que reforça a criminalização e exclusão social.

Cunha (1986) também cita o prontuário de uma mulher de 22 anos, internada em 1918 no Hospital Psiquiátrico do Juquery pela polícia. No prontuário, consta que seu progenitor faleceu, de modo que ela ficou recebendo herança; mas, mostrou-se incapaz de gerir seus bens, além disso: “Certa vez, comprou trajes masculinos e saiu a viajar neste estado. Foi reconhecida como mulher e presa pela polícia [...]. Achamos, pelo exposto, que se trata de uma degenerada fraca de espírito em que se vai instalando pouco a pouco a demência” (Cunha, 1986, p. 143). Segundo a autora, qualquer comportamento considerado como uma transgressão às normas, tal como recusa ao casamento, à maternidade e à família, poderia ser considerado distúrbio.

Somente em 1955 foi criado o Pronto Socorro Psiquiátrico no Serviço de Admissão e Triagem do IP do CPN, o qual funcionava 24h, com profissionais socorristas, realizando o transporte até o pronto socorro. O serviço era destinado a pessoas indigentes encontrados em locais públicos ou que os familiares não tinham recursos financeiros. Caso os “alienados” tivessem cometido crimes, também poderiam ser levados pelo Pronto Socorro, por determinação judicial (Correio da Manhã, 1955). Segundo o Ministério da Saúde (1964), o serviço do Pronto Socorro possuía uma enfermaria para homens e outra para mulheres, na qual eram realizados exames, admissão e encaminhamentos das pessoas para receberem assistência psiquiátrica. Desta forma, após 1955, é expressiva a quantidade de pessoas que foram internadas pelo Pronto Socorro ou pelo IP.

Havia também uma porcentagem significativa de pessoas que eram internadas por familiares: pais (4% das mulheres e 2% dos homens); filhas(os) (4% das mulheres e 1% homens); irmãos(as) (7% mulheres e 2% homens); e outros familiares, como cunhada(o), tios(as), primos(as) (8% mulheres e 4% homens).

Com base nesses dados, **a maioria das internações das mulheres (47%) foram por cônjuge ou familiar**, o que demonstra que eram delegadas ao espaço privado, assim como, nessa época, as mulheres eram consideradas legalmente dependentes dos homens; dessa maneira, quando solteiras, dependiam do pai e, quando casadas, do marido, sendo considerados chefes da família e elas incapazes para exercer algumas atividades (Lei n.º 3.071, 1916). Já em relação aos homens, a maioria era de solteiros, o que demonstra maior liberdade no que se refere a escolher se casar ou não; ademais, isso pode justificar a ausência de familiares ou cônjuge dos homens na realização das internações. Além disso, no caso dos homens, a decisão sobre a internação psiquiátrica não cabia à esposa, uma vez que os comportamentos masculinos no

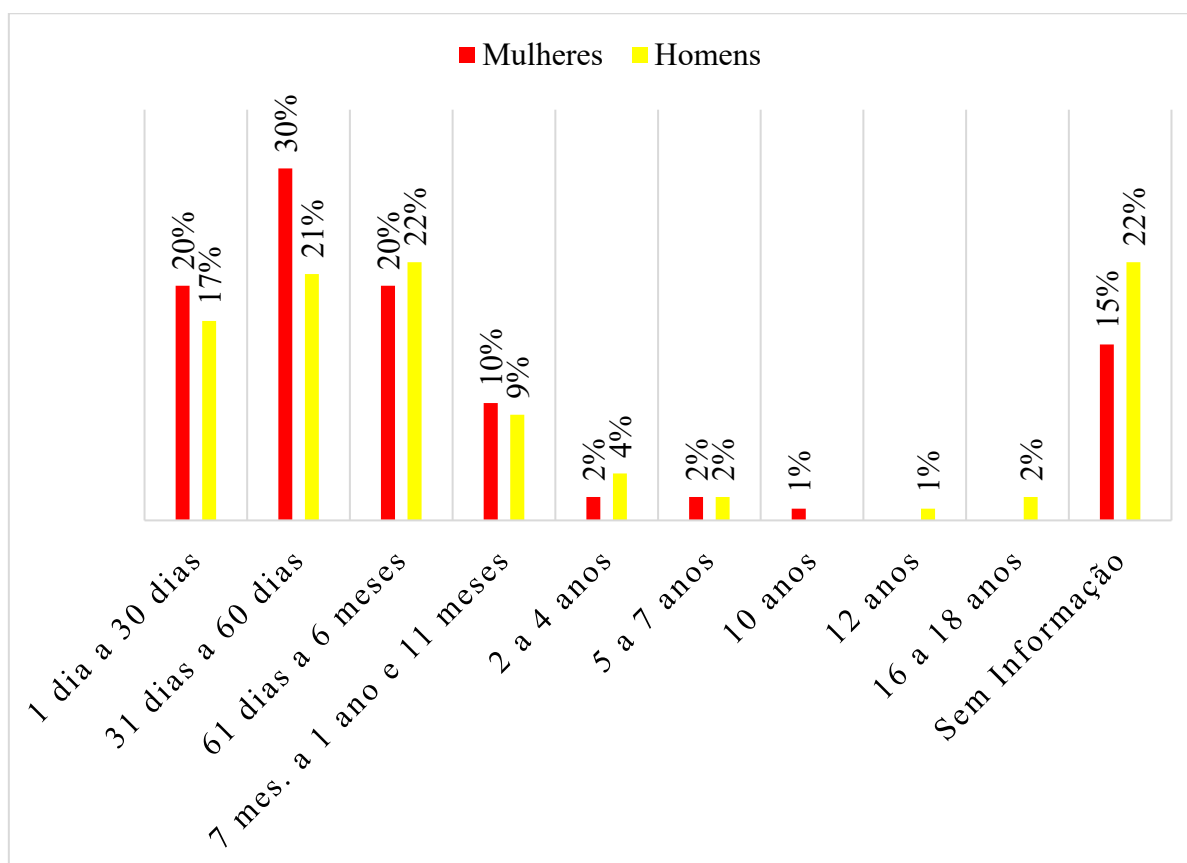
âmbito doméstico eram socialmente tolerados — a ele, era atribuído o papel de dominar. Assim, a avaliação de sua conduta ocorria no espaço externo, público:

Para os homens loucos, a normalidade rompida era a do bom provedor da família e a do cidadão ordeiro. Para as mulheres, tratava-se da recusa da vida doméstica e dos papéis de mãe e esposa. E, enquanto para os homens serem internados seria preciso que tivessem se tornado de fato muito incômodos, rescindido, demonstrado visivelmente a sua perturbação em comportamentos antissociais no meio público - onde deveriam ser bons cidadãos e bons trabalhadores-, para as mulheres a internação parece ser mais fácil e rapidamente decidida, a partir do rompimento dos códigos das próprias famílias. **A primeira, uma loucura pública; a segunda, uma loucura privada** (Rohden, 2001, p. 114, grifo nosso).

A citação de Rohden sintetiza os dados colhidos nos prontuários, de que a avaliação das mulheres sobre o rompimento das normas sociais estabelecidas, dos papéis sociais, era realizada por familiares, como ela denomina de “loucura privada”, pois seus papéis sociais estavam voltados para o meio doméstico, como esposas, donas de casa e mães. Já aos homens, seriam considerados com alguma “doença mental” após descumprirem também seu papel social, mas, como a eles são atribuídos papéis sociais voltados ao espaço público, a avaliação e poder para a internação vem desse meio, como da polícia ou do trabalho. Assim, ambas as situações envolvem os papéis sociais esperados, contudo, os comportamentos aceitáveis para homens e mulheres são distintos; do mesmo modo, diferia também quem detinha o poder de definir e avaliar o que seria considerado uma “doença mental”.

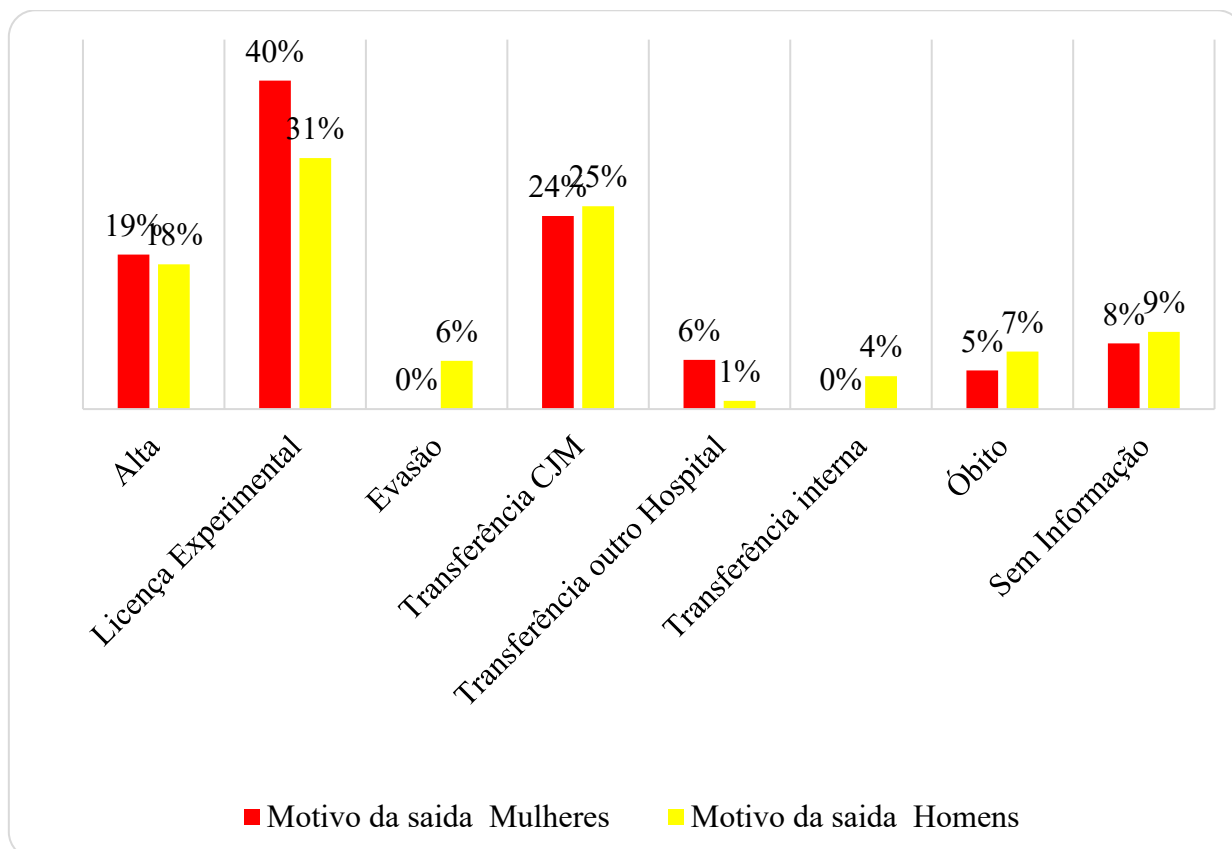
Após mulheres e homens serem internados no CPN, a maioria ficava até 6 meses internada, conforme a figura a seguir⁵¹.

⁵¹ O cálculo da porcentagem foi realizado utilizando o total de internações das mulheres (194) e o total das internações dos homens (148). Foi calculado o tempo de cada internação dos homens e das mulheres, contudo, por vezes, o período em que estiveram internados (de entrada e de saída), principalmente nos casos de várias internações, não estava explicitado e, quando havia outras datas no prontuário, que auxiliava a compreensão do período da internação, foi estabelecida uma média do tempo da internação. Dessa forma, os dados apresentados referentes ao tempo de internação não são todos exatos, mas sim uma média estabelecida com base nos dados fornecidos nos prontuários.

Figura 24*Tempo médio de cada internação no CPN*

Entre os casos de pessoas que passaram anos de suas vidas internadas no complexo hospitalar, destaca-se o de Leonardo/1955 (22 anos, branco, solteiro, operário – Esquizofrenia); ele permaneceu dezoito anos no hospital e, em seus registros, pouco se sabe sobre quem foi: não há informações sobre sua história de vida, o motivo de sua internação ou quem o levou até lá. Restam apenas anotações fragmentadas sobre comportamentos e falas — dizia ora ser lutador de boxe, ora piloto, ora empresário. O silêncio das fontes revela mais do que a ausência de dados: expõe o apagamento das existências, de vidas que não puderam ser plenamente contadas, reduzidas a sintomas e diagnósticos. Além disso, denuncia a negligência dos atendimentos de saúde nas instituições psiquiátricas com a história de vida dessas pessoas.

O fato de a maioria das internações no CPN ter duração de até seis meses — diferentemente dos longos períodos observados nas pesquisas de Cunha (1986), sobre o Hospital do Juquery, e de Arbex (2013), acerca do Hospital de Barbacena — deve ser analisado em conjunto com os motivos de saída do CPN (Figura 25) e com a quantidade de internações psiquiátricas (Figura 26).

Figura 25*Motivo saída do Centro Psiquiátrico Nacional*

O motivo da saída da internação hospitalar foi contabilizado com base na última internação de cada paciente. A maioria das altas ocorreu por licença experimental sem retorno, correspondendo principalmente às mulheres (40%) e aos homens (31%).

Segundo o Decreto n.º 24.559 (1934), com exceção dos casos da(o) paciente ser um risco para a “ordem pública, para o próprio paciente ou para outros, não será recusada a retirada do internado em qualquer estabelecimento quando requerida: a) pela pessoa que pediu a internação; b) por cônjuge, pai ou filho ou outro parente de maioridade [...]; c) por curador ou tutor” (art. 21). Dessa forma, devia o requerente se responsabilizar pelo tratamento e cuidados exigidos pelo “estado mental” da(o) paciente. Além disso, quando não fosse justificada a alta, poderia ser concedida licença pelo prazo máximo de seis meses, se fosse solicitada. A licença poderia ser concedida pelo médico, desde que justificada a concessão por um dos seguintes motivos:

- I - Promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar;
- II - Promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábitos;

- III - Averiguar o estado de cura definitiva colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais;
- IV - Precavê-lo contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico (Decreto n.º 24.559, 1934, art. 22, § 1º).

Dessa forma, a licença experimental, na maioria das vezes, era solicitada pela família, esposo, irmãos ou pelos pais.

Além disso, muitas pessoas eram transferidas para a CJM; 25% dos homens e 24% das mulheres. O Serviço Nacional de Doenças Mentais (1949) retrata que o HP II é destinado a receber pacientes agudos, assim, 38% das(os) pacientes admitidos foram transferidos para a CJM, sendo justificado que a CJM “destina-se a receber doentes mentais crônicos, adaptáveis ao regime de trabalho com objetivos terapêuticos (praxiterapia) e os transferidos são, não raro, doentes mentais em período agudo ou subagudo” (p. 17). Essas transferências acarretavam a superlotação do CJM, tendo, em 1945, excedido em mais de 900 pacientes a capacidade da colônia.

Na Tribuna da Imprensa (1957), foi retratado o protesto de algumas famílias de pacientes do HGR, que foram transferidos à CJM. Na CJM, cuja capacidade era de 2.500 pacientes, já estavam 4 mil internos; assim, acrescentam que “dizem que a Colônia Juliano Moreira é um ‘cemitério dos vivos’, onde no fundo de pavilhões imensos, homens e mulheres curtem suas moléstias nas mais revoltantes promiscuidades” (p. 7).

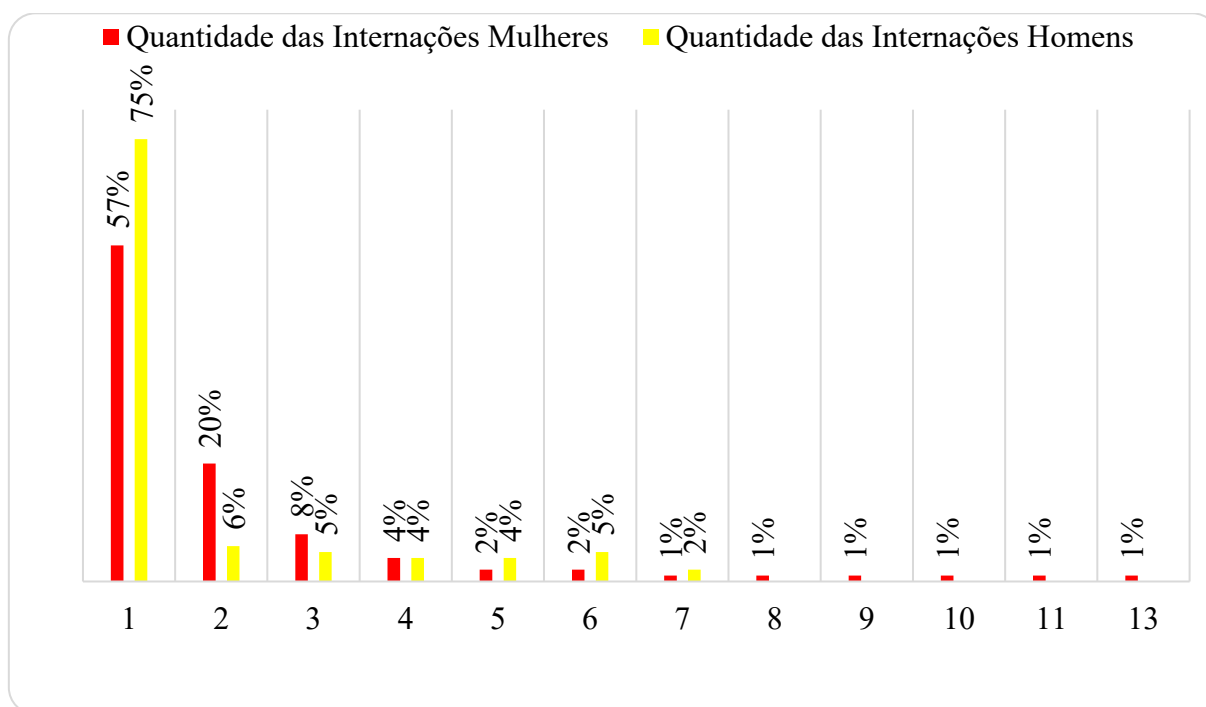
De acordo com o Serviço Nacional de Doenças Mentais (1949), no HP II, em 1945, registrou-se um índice de 10% de evasões, atribuídas oficialmente à baixa altura dos muros e ao número reduzido de guardas — e não interpretadas como formas de resistência ao modelo manicomial. Dessa forma, ainda que, na última internação no CPN, o percentual de evasões entre os homens, conforme os prontuários analisados, tenha sido de apenas 6%, houve registros de outras evasões ao longo das diferentes internações. Além disso, em dois prontuários de mulheres, também constavam episódios de evasão, evidenciando formas de resistência à lógica manicomial.

Dentre as hipóteses que podem ser levantadas acerca do tempo de internação no complexo hospitalar, destaca-se, em primeiro lugar, o fato de o Rio de Janeiro ser a capital do Brasil naquele período, com uma população de 2.413.152 habitantes, em 1950 (Anuário Estatístico do Brasil, 1950). O CPN, sendo uma das maiores instituições psiquiátricas do país, não conseguia comportar toda a demanda de saúde mental, o que resultava em internações mais

curtas. Outra hipótese refere-se às práticas consideradas inovadoras adotadas pela instituição, como a Seção de Terapêutica Ocupacional (STO), o Museu de Imagens do Inconsciente e a Assistência Hetero-Familiar, que colocavam o complexo hospitalar em evidência perante a comunidade, as(os) profissionais da área e a imprensa. Diversas reportagens, especialmente no Correio da Manhã, reforçam essa imagem de hospital-modelo, como no caso em que a seção HP II do CPN foi descrita como “um modelo de que o Ministério da Saúde se deve honrar, apontando-o a quantos se interessam pela assistência aos desprovidos da razão” (Correio da Manhã, 1956). Além disso, os casos considerados crônicos eram geralmente transferidos para a CJM, correspondendo a cerca de um terço das(os) pacientes pesquisados.

Apesar dessa imagem de modernidade e inovação, em 1957, o CPN foi apresentado em um documentário sobre a psiquiatria brasileira no II Congresso Mundial de Psiquiatria, em Zurique (Suíça), que evidenciava a face crua do cotidiano manicomial. A narrativa do documentário, iniciada com cenas do ritmo acelerado das grandes cidades — transportes lotados, acidentes e a necessidade de pronto atendimento —, introduzia o “grave problema das doenças mentais no nosso tempo”. Ao mostrar o pátio do CPN, ressalta-se a complexidade do fenômeno: “homens passam horas fazendo um círculo, outros se dedicam à ginástica, alguns cantam e dançam, um grande número fica sentado, sem palavras” (Correio da Manhã, 1957, s.p.).

Além disso, outro fator que precisamos analisar é que muitas mulheres e homens foram internados diversas vezes no CPN, conforme figura a seguir.

Figura 26*Quantidade de internações das(os) pacientes do CPN*

Destacamos que, em muitos casos, as(os) pacientes recebiam licença experimental para retornar para casa. As licenças variavam no tempo fornecido: comumente, era de 60 dias, 90 dias ou 180 dias, entretanto, em alguns casos, a licença era renovada, mas, em muitos casos, a pessoa não retornava, ocorrendo, por vezes, de meses ou anos depois ser reinternada(o). Quando a(o) paciente recebeu licença e era internado posteriormente, foi considerado como reinternação.

Nesse sentido, ao analisar a quantidade de internações e o tempo médio de cada internação⁵², percebe-se que as mulheres foram internadas mais frequentemente do que os homens, contudo, ficavam internadas por um período menor que eles, pois há mais casos de homens com internações longas.

É necessário analisar os dados de forma conjunta, considerando que as mulheres eram internadas majoritariamente pelos maridos e, posteriormente, por outros familiares — o que revela quem detinha o poder de avaliar sua “sanidade mental”. Observa-se também que as mulheres permaneciam internadas por períodos mais curtos, saindo do complexo hospitalar, em sua maioria, por licença experimental, geralmente solicitada pelo marido ou por familiares. Apesar disso, eram reinternadas com maior frequência: 20% das mulheres tiveram duas

⁵² O tempo de cada internação consta na tabela 17 no Anexo III.

internações, em contraste com 6% dos homens. Assim, o fato de as mulheres serem internadas mais vezes pelos maridos e familiares, demonstra o quanto são restritos os comportamentos das mulheres no âmbito doméstico, sendo internadas para serem ajustadas ao meio social. Contudo, o trabalho reprodutivo e doméstico atribuído a elas é essencial à manutenção da vida:

O trabalho doméstico, na verdade, é muito mais que a limpeza da casa. É servir à mão de obra assalariada em termos físicos, emocionais e sexuais, prepará-la para batalhar dia após dia por um salário. É cuidar de nossas crianças - futura mão de obra-, ajudá-las desde o nascimento e ao longo de seus anos escolares e garantir que elas também atuem da maneira que o capitalismo espera delas. Isso significa que **por trás de cada fábrica, cada escola, cada escritório ou mina existe o trabalho oculto de milhões de mulheres**, que consomem sua vida reproduzindo a vida de quem atua nessas fábricas, escolas, escritórios e minas (Federici, 2021, pp. 28-29)

Por conta do trabalho reprodutivo das mulheres ser essencial, isso auxilia a compreender a quantidade de internações das mulheres e as solicitações de licença experimental por quem as internou. Além disso, a maioria dos homens da classe trabalhadora não teria condições financeiras de pagar pelo trabalho reprodutivo que as esposas realizavam de modo não remunerado.

Outro aspecto relevante diz respeito às(os) filhas(os) das pessoas internadas. Entre os homens, apenas 16% possuíam filhas(os), conforme os prontuários analisados; já entre as mulheres, esse número chegava a 61%, sendo que cerca de 47% delas tinham filhas(os) com menos de 18 anos. Considerando que um dos principais papéis sociais atribuídos às mulheres é o cuidado com as(os) filhas(os), é possível que muitas das licenças experimentais solicitadas pelo cônjuge e/ou pela família estivessem relacionadas à necessidade de cuidado das crianças, especialmente diante da falta de creches e da escassez de escolas na época. A sobrecarga das mulheres no cuidado dos(as) filhos(as) e nas tarefas domésticas pode, portanto, ser compreendida como um fator importante para explicar o sofrimento psíquico das mulheres. Para além do cuidado das(os) filhas(os), como salienta Heller (1987), cabia às mulheres o cuidado da saúde das pessoas da família, como de doentes e pessoas idosas; contudo, questionamos: quem cuidava das mulheres quando elas adoeciam? A quantidade de reinternações das mulheres pode responder a tal pergunta.

Já em relação aos homens, algumas possíveis explicações para o fato de 75% das internações ocorrerem apenas uma vez incluem a naturalização e aceitação social de seus comportamentos, que, muitas vezes, não eram vistos como motivo para reinternação, bem como

a necessidade de sua saída do complexo hospitalar para retornar ao trabalho produtivo — considerado essencial na sociedade burguesa e indispensável para a manutenção de sua estrutura econômica e social. Além disso, sobre as reinternações psiquiátricas, Garcia (1954) salienta que, por conta de uma sobrecarga dos hospitais psiquiátricos, muitos acabam dando alta aos pacientes. Contudo, por vezes, esses pacientes não encontram parentes, conhecidos e uma vida adequada, sendo necessário um serviço que realize acompanhamento e trabalho para a readaptação social da(o) paciente, com consultas periódicas. Dessa forma:

Segundo observação do Prof. H. Carrilho, muitos dos processados por vadiagem no Rio de Janeiro são egressos do Hospital Psiquiátrico. Muitos doentes ou continuam reclusos inutilmente, ou recebem alta e, ou por mal adaptados ou por não curados totalmente, vão parar nas prisões e delegacias por crimes e contravenções, e muitos deles voltam ao seu hospital de origem no dia seguinte ao de sua saída (Garcia, 1954, p. 700).

Nessa mesma perspectiva, Nise da Silveira (2001, p. 20) analisa as reinternações e a dificuldade da pessoa após sair do hospital psiquiátrico:

O doente não se aguenta fora do hospital. A família, quando existe, já se habituou à sua ausência. O peso do rótulo de egresso dificulta a obtenção de emprego. Quem já havia conseguido trabalho antes da internação é sumariamente despedido. [...] Vem a fome e o isolamento. Todos esses fatores fazem com o indivíduo se sinta de tal maneira acossado, que somente encontre como saída a porta da loucura, ou seja, o reinternamento.

Franco Basaglia (1985), embora não estivesse falando especificamente do Brasil, reitera as dificuldades das pessoas que recebem alta do hospital psiquiátrico, considerando que a negação de trabalho e a rejeição das pessoas contribuem para a sua reinternação.

Em 1954, foram criadas as normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde, pelo presidente Café Filho, estabelecendo que a saúde: “Art. 1º É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo”; além disso, às pessoas consideradas com “doenças mentais”, caberia: “Art. 22. O tratamento, o amparo e a proteção ao doente nervoso ou mental serão dados em hospitais, em instituições para-hospitalares ou no meio social, estendendo a assistência psiquiátrica à família do psicopata” (Lei n.º 2.312, 1954).

Em 1956, Nise da Silveira criou a Casa das Palmeiras funcionando como um intermediário entre os hospitais, a vida familiar e comunitária, que tinha como tratamento principalmente a terapêutica ocupacional (Silveira, 2001). A iniciativa de Nise da Silveira foi uma ruptura em relação à lógica manicomial do enclausuramento das pessoas em sofrimento

psíquico, sendo a Casa das Palmeiras considerada, por vezes, como precursora dos Centro de Atenção Psicossocial (Melo, 2007).

Maia (1961) chama atenção para a importância da saúde mental, destacando o papel dos psiquiatras em despertar o interesse da população pela Higiene Mental e em promover uma psiquiatria de caráter preventivo. O autor recorre à Organização Mundial da Saúde (OMS), que defendia ser preferível a inexistência de hospitais psiquiátricos a manter instituições precárias e desumanas. Nesse sentido, propõe a criação de ambulatórios voltados ao acompanhamento de egressos, à orientação psicológica, à realização de triagens para avaliar a real necessidade de internação, entre outras medidas. Tais iniciativas teriam como objetivo reduzir tanto o tempo quanto o número de internações, possibilitando que as pessoas fossem tratadas em articulação com seu meio familiar e comunitário.

Rocha Filho (1961) expõe sobre o modo como são organizados os hospitais psiquiátricos, já que, geralmente, a pessoa ali internada é vista como passiva, como um objeto a ser tratado, não como um ser humano. Assim, devem os hospitais tratar as(os) pacientes como seres humanos, que possuem relações interpessoais com as pessoas do hospital, como médicas(os), enfermeiras e outros pacientes, podendo ser desenvolvidas essas relações interpessoais.

Após a Segunda Guerra Mundial, as condições precárias das instituições psiquiátricas tornaram-se mais visíveis, o que impulsionou movimentos de reforma em diversos países, entre os quais ganhou força a bandeira da desinstitucionalização. Na Itália, Franco Basaglia (1924-1980), em conjunto com outros colaboradores, iniciou, a partir da década de 1960, um movimento de crítica e transformação da psiquiatria vigente. Eles rejeitavam a psiquiatria enquanto ideologia e buscavam superar o manicômio não apenas como estrutura física, mas também como um sistema de saberes e práticas que isolava, segregava e categorizava os sujeitos. Em Trieste, Basaglia iniciou um trabalho que consistiu no fechamento progressivo dos pavilhões psiquiátricos e na criação de serviços alternativos de cuidado em saúde mental, voltados para substituir os hospitais psiquiátricos tradicionais (Amarante, 1998).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tardou alguns anos para se consolidar, embora iniciativas e legislações já indicassem avanços anteriores. Entre elas, destaca-se o regulamento do Código Nacional de Saúde de 1961, que, além de reforçar o dever do Estado e da família na promoção da saúde, atribuiu ao Estado a responsabilidade por medidas preventivas voltadas à saúde coletiva e pela oferta de assistência médica gratuita às pessoas sem condições de custeá-la (Decreto n.º 49.974-A, 1961). No campo da saúde mental, o decreto estabeleceu diretrizes

importantes, dentre elas: “Art. 75. A política sanitária nacional, com referência à saúde mental, é orientada pelo Ministério da Saúde, no sentido da prevenção da doença e da redução, **ao mínimo possível**, dos internamentos em estabelecimentos nosocomiais” (Decreto n.º 49.974-A, 1961, grifo nosso). Determinava-se, ainda, que a internação só deveria ocorrer “após a indispensável observação e elucidação do diagnóstico, for reconhecido como doente mental” (Art. 77). Para tal, previa-se a criação de “centros de elucidação de diagnóstico”, de hospitais-dia e de serviços de assistência aberta, públicos ou privados, que poderiam receber cooperação técnica e material do Ministério da Saúde (art. 77, § 1º). Além disso, cabia ao Ministério da Saúde organizar e estimular a criação de serviços psiquiátrico-sociais, voltados tanto para o acompanhamento de pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos quanto para a assistência a seus familiares em seu meio social e comunitário (Decreto n.º 49.974-A, 1961).

De modo mais efetivo, com objetivo de criticar e superar o modelo psiquiátrico asilar vigente, surgiram, no Brasil, a partir do final do século XX, importantes movimentos de contestação. O principal marco foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, criado em 1978, que desempenhou papel fundamental tanto na reformulação do sistema assistencial de saúde mental quanto na crítica ao saber e às práticas psiquiátricas tradicionais. A presença de Franco Basaglia, no Brasil, em diferentes ocasiões, também fortaleceu esse processo. Durante sua visita ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais, Franco Basaglia presenciou as graves situações de violência e desumanização a que estavam submetidas as pessoas internadas, fato que repercutiu no debate nacional sobre a necessidade de transformação do modelo (Amarante, 1998).

Uma etapa decisiva dessa trajetória foi a promulgação da Lei n.º 10.216 (2001), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Entretanto, mesmo com tais legislações, a luta pela Reforma Psiquiátrica permanece atual e necessária, especialmente no enfrentamento da biologização do sofrimento psíquico, visto que os pacientes são reduzidos a classificações diagnósticas; ademais, há a exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico. Como reforça Mota (2017), mesmo após a Reforma Psiquiátrica, as mulheres continuam inseridas no sistema de dominação e violação de direitos, sendo impostos os padrões sociais; além disso, elas são questionadas, caso tenham a coragem de desafiar tais padrões.

Dessa forma, historicamente, os hospitais psiquiátricos funcionaram como espaços de segregação social para aqueles que não se adequavam às normas sociais vigentes. Eram

considerados “anormais” todos os que não se adaptavam à ordem social burguesa. O CPN foi criado dentro dessa mesma lógica manicomial, com objetivos vinculados à eugenia e à higiene mental, reforçando ideais de profilaxia das “doenças mentais” e de “melhoramento da raça”.

A análise dos prontuários revela que as pessoas internadas compartilhavam características recorrentes de raça/etnia, nível de instrução e classe social, estando, em sua maioria, em idade produtiva. Além disso, os critérios de avaliação do que seria considerado comportamento “anormal” estavam marcadamente atravessados por distinções de sexo/gênero. No caso das mulheres, a avaliação partia do ciclo doméstico e dos papéis sociais a elas atribuídos, resultando em internações solicitadas principalmente pelos maridos e, em seguida, por outros familiares. Já aos homens, cabia a avaliação pública, até porque, no espaço doméstico, são eles que detêm a dominação, sendo a maioria dos homens internados pela polícia. Observa-se ainda que, embora as mulheres permanecessem internadas por períodos mais curtos, eram internadas com maior frequência, sendo comum que suas saídas fossem requeridas por licença, a pedido do marido ou da família, o que evidencia sua centralidade no cumprimento do trabalho reprodutivo.

Assim, o CPN configurou-se como um espaço de disputas: de um lado, aqueles que defendiam a manutenção da lógica manicomial, entendendo-o como lugar de exclusão social e de suposta “cura”; de outro, profissionais que buscavam tensionar e transformar essa lógica. Essas contradições foram aprofundadas nos próximos tópicos, que examinam, respectivamente, as concepções de “doença mental” e os tratamentos psiquiátricos da época, articulando estudos históricos aos dados extraídos dos prontuários do CPN — com foco nas mulheres, mas também considerando os homens.

4. 2 As “etiquetas científicas” atribuídas às mulheres

Neste tópico, abordamos as diferentes “etiquetas científicas” atribuídas às pessoas em sofrimento psíquico, relacionando os diagnósticos aplicados às mulheres e aos homens, internados no CPN, entre 1946 e 1962, com outros estudos da área. Para compreender o significado dessas “etiquetas”, recorreremos às interpretações e explicações de teóricos e médicos da época, que, frequentemente, fundamentavam o sofrimento psíquico em perspectivas de individualização e biologização. Grande parte dessas explicações se apoiava em preceitos da teoria psicanalítica. É importante destacarmos que tais interpretações não se alinham à lente teórica desta pesquisa, mas são mobilizadas, aqui, como recursos para compreender as concepções que, no período, justificavam e legitimavam os diagnósticos de “doença mental”.

Paralelamente, dialogamos com pesquisas históricas que analisam as “doenças mentais” atribuídas às mulheres, de modo a ampliar a compreensão do fenômeno para além da particularidade do CPN.

A linha que delimita o que é considerado como normal ou anormal, o que é tido como “doença mental” ou não é tênue, havendo parâmetros distintos com base no sexo/gênero, raça/etnia e classe social. Garcia⁵³ (1954), médico e professor que escreve sobre as classificações diagnósticas, retrata que o conceito de normalidade em Psiquiatria é impreciso, mas faz as seguintes pontuações sobre o que seria considerado como anormal:

Anormal é o que se afasta da norma, o que está **desregrado**, o que dificulta ou obsta a adaptação do indivíduo ao meio, ou que é contrário à conservação ou desenvolvimento ontogenético. Anômalo é simplesmente o que é **irregular**, ou está em desacordo com a ordem natural. [...] Como as manifestações psíquicas constituem a forma mais diferenciada da adaptação e do ajustamento ao ambiente, o conceito de anormalidade ou doença mental se desloca, cada vez mais, para o plano social (Garcia, 1954, pp. 4-5, grifo do autor).

Com base na citação anterior, o próprio autor reconhece que a anormalidade envolveria distinções na adaptação da pessoa à norma social; no caso das mulheres, podemos fazer a correlação na não adaptação aos papéis sociais impostos.

Mathias (1950) pontua que a necessidade de sistematização do conhecimento sempre foi de ordem didática e comparativa, dependendo tanto do desenvolvimento científico quanto dos conceitos de determinada época. Isso mesmo considerando que o objetivo da Psiquiatria não seja somente a catalogação, mas também a profilaxia e a “prevenção eugênica dos distúrbios mentais” (p. 395).

Em 1910, foi organizada a classificação brasileira psiquiátrica, dividida em 14 grupos. Em 1938, houve nova classificação, totalizando 16 classificações (Cunha-Lopes, 1948). No final de 1948, ocorreu o 5º Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, em que foi debatido sobre uma nova classificação psiquiátrica⁵⁴, aprovada e adotada pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (Cavalcanti, 1949).

⁵³ José Alves Garcia foi professor na Escola de Medicina e Chefe da Divisão de Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil do Rio de Janeiro, o qual escreveu o *Compêndio de Psiquiatria* (1954), pontuando sobre as classificações psiquiátricas da época.

⁵⁴ Na classificação, consta: I- Psicoses por infecções e por infestações; II- Psicoses devidas à sífilis; III- Psicoses exotóxicas (alcooolismo, toxicomanias, etc.); IV- Psicoses endotóxicas; V- Psicoses por lesões cerebrais (demência senil, artério-esclerose cerebral, traumatismo craniano, etc.); IV- Oligofrenias (debilidade mental, imbecilidade, idiotia); VII - Epilepsias; VIII - Esquizofrenias; IX - Psicose maniaco-depressiva; X- Psicoses psicogênicas; XI - Neuroses (estados histéricos de conversão; estados ansiosos, fóbicos, etc.); XII - Personalidade psicopáticas;

Lopes (1956) salienta que as principais doenças seriam as orgânicas, os desvios de personalidade e as psicóticas, sendo estudados os fatores biológicos, psicológicos e sociais. O diagnóstico psiquiátrico parte com base nos dados de exames: “1) dados psicopatológicos; 2) exame constitucional; 3) dados somáticos e 4) resultados do exame médico-psicológico” (Lopes, 1956, p. 92); também, consideram-se os dados da anamnese, que são a investigação da doença, psicológica e social da(o) paciente e da família, constando:

- a) motivo do exame;
- b) história da doença atual;
- c) história pessoal;
- d) história da família;
- e) dados psicopatológicos;
- f) dados constitucionais;
- g) dados somáticos e
- h) dados médico-psicológicos (Lopes, 1956, p. 93).

Segundo Lerner (2019), a visão tradicionalista busca naturalizar e universalizar a dominação dos homens. A religião cristã, de modo geral, legitimava a submissão das mulheres aos homens ao afirmar que tal ordem fora determinada por Deus. Quando essa justificativa começou a perder força no século XIX, a ciência passou a ocupar esse lugar. Nesse contexto, processos fisiológicos, como a menstruação, a gravidez e a menopausa, eram considerados debilitantes e patológicos, servindo como argumento para sustentar a suposta inferioridade das mulheres.

Lerner (2019) menciona, por exemplo, a perspectiva de Sigmund Freud (1856-1939), para quem a mulher seria “um ser humano desviante sem pênis” (p. 45). Em consonância, como aponta Rohden (2001), acreditava-se que as causas das “doenças mentais” das mulheres estavam vinculadas aos órgãos sexuais, sendo sua cura frequentemente associada a intervenções cirúrgicas, como a retirada do útero, dos ovários ou do clitóris. Esses diagnósticos, assentados em concepções biologicistas e naturalizantes dos papéis sociais, atuavam como barreiras para compreender os determinantes sociais e históricos do sofrimento psíquico das mulheres, reforçando sua subordinação.

No *Jornal das Moças* (1947b), foi citado que, de acordo com os ginecologistas, muitas das doenças que acometiam as mulheres tinham como causa principal seus órgãos genitais; em

constam também os Estados mentais não classificados, como em observação ou por falta de elementos diagnósticos, e o sem perturbações mentais (Cavalcanti, 1949).

seguida, fazia propaganda de um tipo de regulador menstrual. Em outra reportagem do mesmo jornal, foi exposta a fala do Dr. Frederic Beytendijk, da Universidade na Holanda, durante o Congresso de Psicologia realizado no Canadá, que afirmava que, ao nascer uma menina, ela já teria os movimentos mais delicados e harmoniosos; já quando nasce um menino, ele seria mais enérgico e agressivo, assim, a personalidade da mulher já seria demonstrada no nascimento (Jornal das Moças, 1958c). Tal fala demonstra o quanto são naturalizadas as funções psicológicas atribuídas aos homens e às mulheres.

Com base na tabela 14, tanto nas internações de 1952 quanto de 1962, os homens eram mais diagnosticados com: psicose (nesta classificação, envolve diversas psicoses, como sífilis, alcoolismo, psicose por lesão cerebral, por infecção etc.), esquizofrenia, depois com alcoolismo. Já as mulheres eram mais diagnosticadas também com psicose, esquizofrenia e, depois, por psicose maníaco-depressiva.

Tabela 14*Brasileiras(os) e estrangeiras(os) admitidos em Hospitais públicos e particulares no Brasil*

Diagnóstico	1952		1962	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
1. Psicoses Geral	31%	19%	30%	12%
 Psicose: Devidas à sífilis	0,06%	0,01%	1,6%	0,3%
 Psicose: Alcoolismo	14%	2%	21%	2%
 Psicose: Toxicomania	0,4%	0,3%	0,7%	0,2%
2. Oligofrenias	8%	7%	4%	5%
3. Epilepsias	8%	6%	6%	6%
4. Esquizofrenias	25%	29%	28%	32%
5. Psicose maníaco-depressiva	8%	16%	7%	12%
6. Psicopatias mistas e associadas	1%	1%	1%	1%
7. Psicoses psicogênicas	2%	3%	3%	5%
8. Neuroses	4%	7%	5%	9%
 Neurose: Estados histéricos de conversão	1%	3%	1%	4%
9. Personalidades psicopáticas	3%	3%	2%	1%
10. Estados mentais não classificados	8%	8%	13%	14%
11. Sem perturbações mentais	2%	3%	1%	1%
Total	18 369	12 233	30941	22964

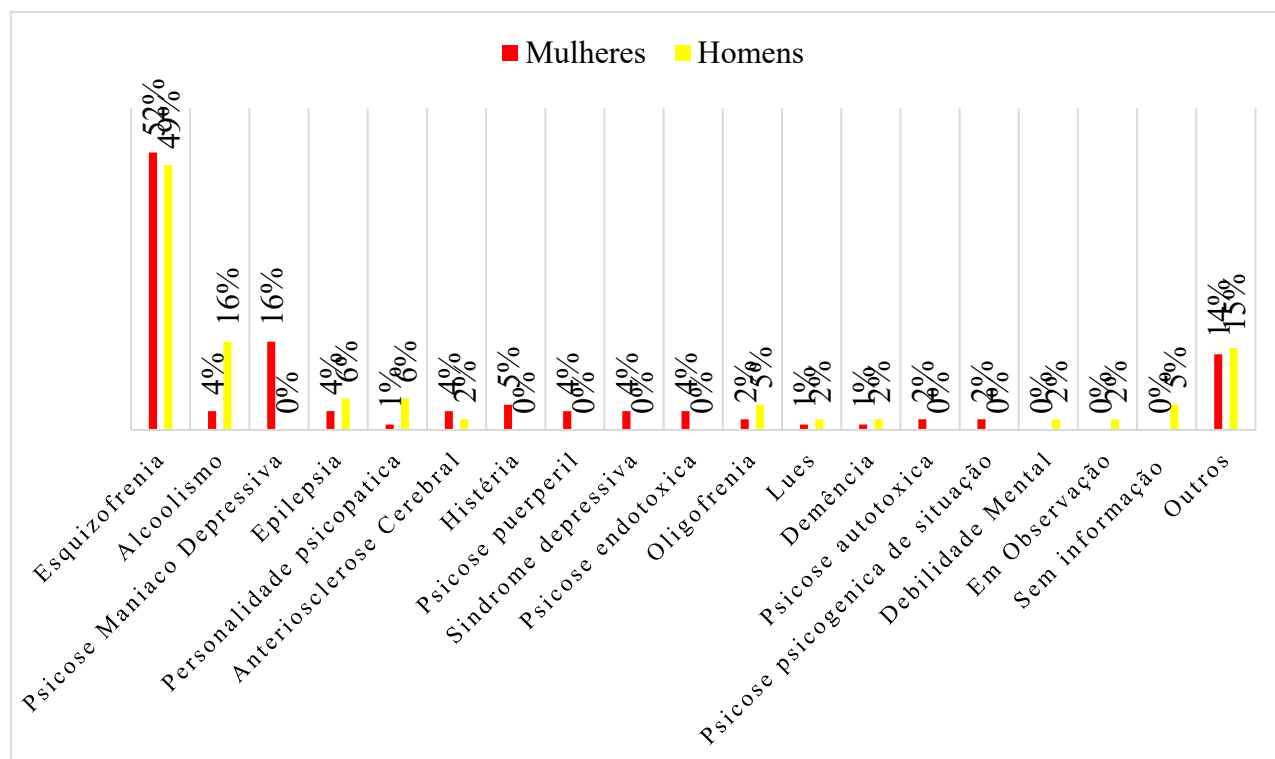
Nota: Adaptado do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1954b), em que se refere a 106 hospitais, e do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1964), relacionados a 126 estabelecimentos psiquiátricos.

Os dados do principal diagnóstico das pessoas internadas no CPN, conforme os prontuários analisados, corroboram as informações do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1954b, 1964), sendo ainda mais expressiva a porcentagem das(os) pacientes diagnosticadas com **esquizofrenia**, o que corresponde a mais da metade das internações das mulheres (52%) e

quase metade dos homens (49%). Quando havia sintomas de alucinações, delírios, ideias persecutórias, eram diagnosticados com esquizofrenia.

Figura 27

Principais diagnósticos⁵⁵



Garcia (1954) retrata que, em média 20% das primeiras internações em hospitais psiquiátricos eram de pessoas com esquizofrenia; como é uma “doença mental” que evolui para o estado crônico, em média 60% das pessoas internadas nos hospitais recebiam esse diagnóstico. Garcia (1957a) apresentou estudos sobre a hereditariedade em familiares de pessoas esquizofrênicas, indicando que, quando um dos genitores tinha o diagnóstico de esquizofrenia, havia uma probabilidade média de 50% de que a(o) filha(o) também desenvolvesse esquizofrenia ou outra psicopatia. Quando ambos os progenitores apresentavam o transtorno, essa probabilidade aumentava para 82%.

⁵⁵ No subgrupo outros, constam casos em que havia somente uma pessoa diagnosticada. Nos homens, foram: esquizopatia, psicose exotóxica, psicose heterotóxica, síndrome paranoide, sífilis cerebral, psicose devido à sífilis, delirium Fremem, psicose por lesão cerebral, psicose O., psicose por tumor cerebral, paralisia geral, hemorragia meníngea. Já nas mulheres, os casos em que havia somente uma pessoa com tal diagnóstico foram: reação esquizofrênica, reação psicótica, Hebefrenia de Hacker e Kahlbam, hipomania, parafrenia, psicose da decadência, psicose tóxico-infecciosa, síndrome maníaca, síndrome catatônica, síndrome confusional, e uma sem perturbação mental (mas, no histórico, constava que a mulher teve uma crise histérica).

Após a esquizofrenia, o alcoolismo era a condição mais comum entre os homens, de acordo com os dados do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1954b, 1964). Nos prontuários analisados do CPN, o alcoolismo foi identificado em 16% dos homens e em apenas 4% das mulheres. Importante pontuarmos que, do total de 14 homens diagnosticados com alcoolismo, 8 foram internados pela Polícia; das mulheres, somente uma com esse mesmo diagnóstico foi internada pela polícia. Nesses casos, em geral, a pessoa fazia uso há alguns anos, ocorrendo de beber exageradamente, com alguns episódios de alucinações, delírios, entrar em coma por conta do álcool, ou se tornar agressivo.

No final do século XX, Lombroso e Ferrero (2017) explicam que o fato de as mulheres ingerirem menos bebidas alcoólicas decorre delas terem uma reduzida excitabilidade cortical, logo, menos necessidade de estimulantes alcoólicos, pois a necessidade desses estimulantes seria conforme o nível de inteligência⁵⁶. Além disso, as mulheres respeitavam mais os costumes; como havia poucas mulheres que faziam uso de álcool e fumavam, eram poucas que começavam.

Conforme Marques (1956), o uso abusivo de álcool seria expressão de desordens da personalidade, ou de pessoas que são “imaturos emocionais, hostis e pessoas agressivas que usam drogas com o fim de aliviar tensões íntimas” (p. 34). Além da interpretação individualizada do uso de álcool, também descreve o “Delírio de Ciúme dos Alcoolistas” (Marques, 1956, p. 46), havendo sentimento de desconfiança, como da infidelidade da esposa, o que poderia ocasionar até mesmo homicídio. Dentre esses delírios, qualquer sinal de afastamento afetivo da esposa — como a frieza — levava o homem a projetar nela a culpa por suas próprias frustrações. Inicialmente, observava-se um aumento do apetite sexual, mas, posteriormente, ocorria uma diminuição da potência, o que o tornava sujeito a críticas e censuras.

Na Liga Brasileira de Higiene Mental, é salientado sobre o problema do alcoolismo:

- 1º) O alcoolismo é uma doença moral e seu remédio está na educação;
- 2º) O alcoolismo é uma doença social e seu remédio está na ordem, uma vez que o pessimismo reinante, que leva o homem a embriagar-se, procede da angústia de uma transição, fruto da anarquia mental dos tempos que atravessamos (Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, 1925b, p. 151).

Em uma publicação dos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, Britto (1930) faz um

⁵⁶ Para Lombroso e Ferrero (2017, p. 6), a mulher é tanto intelectual quanto fisicamente equivalente a um homem “que teve seu desenvolvimento interrompido”; ela é menos criminosa que o homem, por conta da inferioridade intelectual.

apelo às mulheres para auxiliarem a profilaxia do alcoolismo, seja enquanto mães, na educação das(os) filhas(os), enquanto professoras, nas escolas, enquanto noivas ou esposas. Isso porque:

talvez seja ela a maior vítima da intoxicação alcoólica, quer sofrendo as brutalidades e as misérias de pais e marido alcoólatras, quer ainda quando ela própria é a intoxicação por si mesma, por herança ou por contágio, e que se vê deste modo muitas vezes, impedida de amamentar o seu próprio filho, se é que este não nascera com deformidades que o álcool preparará (Britto, 1930, p. 205).

O médico Garcia (1954) faz uma crítica à atuação da Liga Brasileira de Higiene Mental em relação às campanhas antialcoólicas, argumentando que, se médicos de diversos países utilizam o álcool de forma corriqueira, seria inútil tentar suprimir seu uso habitual entre as camadas populares. O autor defende a educação higiênica, devendo ser difundido o uso de vinho e cerveja, que seriam menos nocivos.

Silva (2021) destaca que a preocupação com o uso do álcool na verdade camufla uma preocupação mais ampla com o desempenho dos papéis sociais que sustentam a ordem social estabelecida. No caso dos homens, o foco recai sobre o risco de o alcoolismo comprometer a força de trabalho produtiva; já em relação às mulheres, teme-se que o consumo de álcool prejudique o trabalho reprodutivo, como os afazeres domésticos e o cuidado das(os) filhas(os), o que poderia, em última instância, afetar a formação dos futuros trabalhadores. Segundo Silva (2021), para a Liga Brasileira de Higiene Mental, o alcoolismo era visto como um problema individual, correlato a questões morais, mentais, físicas ou até mesmo sociais. Embora os aspectos sociais e econômicos não fossem excluídos das análises e explicações, a condição social do sujeito era tida como responsabilidade dele.

Em contraposição à individualização e patologização das pessoas que fazem uso de álcool, Engels (2010), ao tratar do consumo alcoólico entre os trabalhadores na Inglaterra, no final do século XIX, ainda que não se referisse especificamente ao contexto brasileiro, evidencia que o uso do álcool estava relacionado ao sofrimento causado pela exploração laboral e pelas condições de miséria em que esses trabalhadores viviam.

Todas as ilusões e tentações se juntam para induzir os trabalhadores ao alcoolismo. A aguardente é para eles a única fonte de prazer e tudo concorre para que a tenham à mão. O trabalhador retorna à casa fatigado e exausto; encontra uma habitação sem nenhuma comodidade, úmida, desagradável e suja; tem a urgente necessidade de distrair-se; precisa de qualquer coisa que faça seu trabalho valer a pena, que torne suportável a perspectiva do amargo dia seguinte. [...] Nessas circunstâncias, como poderia o

trabalhador deixar de sentir a atração da bebida, como poderia resistir à tentação do álcool? Em tais circunstâncias, ao contrário, a necessidade física e moral leva uma grande parte dos trabalhadores a sucumbir ao álcool. e, prescindindo das condições físicas que induzem o trabalhador a beber, o exemplo da maioria, a educação deficiente, a impossibilidade de proteger os mais jovens contra essa tentação, a frequente influência direta de pais alcoólatras (que oferecem aguardente aos próprios filhos), a certeza de esquecer, ainda que por algumas horas de embriaguez, a miséria e o peso da vida – esses e cem outros fatores que operam tão fortemente não nos permitem, na verdade, censurar aos operários sua inclinação para o alcoolismo. Nesse caso, **o alcoolismo deixa de ser um vício de responsabilidade individual**; torna-se um fenômeno, uma consequência necessária e inelutável de determinadas circunstâncias que agem sobre um sujeito que – pelo menos no que diz respeito a elas – não possui vontade própria, que se tornou – diante delas – um objeto; aqui, a responsabilidade cabe aos que fizeram do trabalhador um simples objeto (Engels, 2010, pp. 142-143, grifo nosso).

Maia (1931) ressalta que a organização social, a miséria, as dificuldades da vida e a falta de recursos vão acarretar diversos sofrimentos para as pessoas, podendo ocasionar até mesmo o suicídio. Tais situações também acarretam o alcoolismo: “Não se pode esperar que tantos desgraçados conservem por muito tempo o controle de si mesmo. Seria pedir-lhes o impossível. [...]. Certo é que o álcool adormenta a dor e engana a fome” (s.p.). Ambos os fatores são decorrentes de uma organização econômica baseada na exploração. Pacheco e Silva (1952) retratam que o uso de álcool em períodos anteriores era “apanágio do homem, deixou de ser um privilégio deste, porquanto o número de mulheres que ingerem habitualmente bebidas alcoólicas é agora verdadeiramente impressionante” (p. 25). O combate ao alcoolismo é um dos principais objetivos da Liga de Higiene Mental, visto que o álcool acarreta consequências para a sociedade, para a própria pessoa e para sua família, implicando principalmente o trabalho, o qual a pessoa não consegue exercer; desse modo, pode perder o emprego, não fornecendo os devidos cuidados as(aos) filhas(os).

Alguns exemplos da situação brasileira da época são retratados pela revista O Momento Feminino: “A família brasileira vive, realmente, uma época de intranquilidade, de insatisfação e de tristeza. [...] E que não há ambiente para qualquer manifestação prazerosa [...] é a fome que nos ameaça, é a miséria do nosso povo que aumenta cada vez mais” (Mochel, 1947b, s.p.). Em outra reportagem, consta, inclusive, sobre a exploração das mulheres: “Diariamente a imprensa nos fala dos despejos em massa, da subida de preço dos gêneros, da estagnação dos

salários, da exploração do braço feminino nas fábricas, nos escritórios, nos trabalhos comuns. A angústia das mulheres cresce e com ela a revolta aumenta” (Mochel, 1947a, s.p.).

Dessa forma, a opressão dirigida às mulheres podia resultar em intenso sofrimento psíquico e até mesmo no suicídio, compreendido por Marx (2006) como sintoma de uma organização social adoecida. Nesse sentido, Marx relata quatro casos de suicídio ocorridos em Paris, em 1846⁵⁷, sendo três de mulheres — todas atravessadas pela rigidez dos papéis sociais a elas atribuídos, como a cobrança da manutenção da virgindade até o casamento ou a violência doméstica — e um de um homem, que se matou após perder o emprego e, conseqüentemente, a possibilidade de sustentar sua família. Embora tais episódios não tenham ocorrido no Brasil, eles ajudam a refletir sobre a relação entre os papéis sociais e os dados de suicídio.

Na mesma direção, Maluf e Mott (1998) destacam pesquisa de Rosa Maria Barbosa de Araújo, segundo a qual, nas primeiras décadas do século XX, alguns homens casados se suicidavam quando não conseguiam cumprir o dever social de provedores. Isso evidencia o sofrimento psíquico acarretado pelos papéis sociais aos homens. Muitas vezes, famílias proletárias precisavam complementar a renda com o trabalho remunerado das mulheres, mas essa situação era considerada desonrosa tanto para elas quanto para os homens, o que reforça a carga moral e a pressão social que recaíam sobre ambos.

O sofrimento da população brasileira era explicitado nos dados de suicídios e tentativas de suicídio, havendo um aumento expressivo de 1937 até 1973. Como pode ser analisado na tabela 15, há um número maior de homens que cometem suicídio (68%); já das tentativas de suicídio, as mulheres são a maioria (64%) (Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política, 1939, 1955a, 1955b, 1960, 1965a, 1965b, 1970a, 1970b, 1975a, 1975b).

⁵⁷ No livro *Sobre o Suicídio*, Marx (2006) retrata as memórias de Jacques Peuchet, um antigo diretor dos Arquivos de Polícia de Paris.

Tabela 15*Dados sobre suicídio e tentativa de suicídio no Brasil*

Ano	Mulheres		Homens	
	Suicídios	Tentativas	Suicídios	Tentativas
1937	558	507	1085	350
1953	1087	762	1925	489
1958	1329	-	2664	-
1963	1048	1310	2426	945
1968	846	2744	2175	1570
1973	1129	4706	2632	2197
Total	5.997	10.029	12.907	5.551

Nota: Adaptado do Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política (1939, 1955a, 1955b, 1960, 1965a, 1965b, 1970a, 1970b, 1975a, 1975b).

O sofrimento psíquico que acarretava ideação e/ou tentativa de suicídio foi retratado em oito prontuários de mulheres e dois de homens do CPN. Como nos prontuários de: Maria/1956 (50 anos, branca, solteira, doméstica - síndrome depressiva (psicose de involução?)) “O impulso é intenso e chega, após certa relutância, a ser egosintônico. Na semana passada tentou enforçar-se com cordas. O impulso suicida vem se repetindo frequentemente”; Eduarda/1950 (27 anos, parda, solteira, doméstica remunerada - neurose histérica) “desejo às vezes suicidar-me, porém minha religião e meus sentimentos, me impediam de fazer isto” (sic); Nataniel/1956 (57 anos, branco, solteiro, comércio - esquizofrenia): “Já por várias vezes teve ímpeto de se atirar debaixo de veículo em movimento e outras tentativas de suicídio”. Esses dados demonstram que os aspectos sociais e cobrança dos papéis sociais implicavam a vida de homens e mulheres, embora sejam internalizados e expressados de formas particulares em cada um.

Essas particularidades apareciam em diagnósticos distintos, assim, o terceiro diagnóstico mais frequente nos homens do CPN é da **Personalidade psicopática**⁵⁸, que representa 6% dos casos, e, nas mulheres, somente 1%. Personalidade psicopática, segundo

⁵⁸ Essa nomenclatura foi dada por Kraepelin, em 1896, principalmente para designar criminosos perversos, pessoas impulsivas, perversos sexuais; o principal sintoma seria a incapacidade de aprender as normas sociais, bom senso, de ajustar-se (Garcia, 1954).

Garcia (1954), seriam pessoas que “exibem através de sua vida distúrbios de conduta, de natureza anti-social ou que colidem com as normas éticas, e que não são influenciáveis pelas medidas médicas e educacionais ou insignificamente modificáveis pelos meios curativos ou corretivos” (p. 240).

Enquanto, nos homens, o segundo diagnóstico mais frequente era de alcoolismo, nas mulheres do CPN, foi a **Psicose Maníaco Depressiva**⁵⁹ (16%), não tendo nenhum homem com esse diagnóstico. Esse dado coincide com as informações do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1954a), que indicam que 16% das mulheres internadas em âmbito nacional apresentavam esse diagnóstico. No entanto, não corresponde aos dados referentes aos homens, entre os quais 8% teriam o mesmo diagnóstico.

As explicações para a Psicose Maníaco Depressiva pautam-se principalmente nos papéis sociais e no sistema reprodutivo das mulheres. De acordo com Garcia (1954, p. 486): “é usual que os ciclos fisiológicos coincidam com distímias, por exemplo, que se tornem hipomaníacas ou melancólicas por ocasião de cada menstruação, em cada gestação, e que seu estado geralmente acentue após a menopausa”. Já nos homens, o estado chamado de mania é conduzido à atividade, empreendimentos sociais, podendo acarretar agressividade; nas mulheres, há uma “frouxidão de maneiras, de exibicionismo e de erotismo” (Garcia, 1954, p. 490). Esses comportamentos, considerados como sintomas, refletem na verdade padrões de conduta naturalizados e socialmente esperados, especialmente no caso das mulheres, para as quais o erotismo e o exibicionismo não eram socialmente aceitos, uma vez que deveriam manter-se recatadas e contidas. Essa perspectiva ajuda a compreender por que esse diagnóstico era mais recorrente entre mulheres, revelando o peso das normas morais e papéis sociais na definição do que se entendia como “doença mental”.

Rohden (2001), ao analisar teses médicas do final do século XIX até a década de 1940, retrata que, dentre os sintomas descritos como “doenças mentais” das mulheres, constavam o desejo sexual exacerbado, recusa em aceitar o casamento ou a maternidade, masturbação ou qualquer manifestação sexual considerada inadequada, em que as mulheres poderiam ser diagnosticadas como ninfomaníacas ou erotomania, caso se relacionasse sexualmente com várias pessoas. A “loucura” menstrual era outro diagnóstico atribuído às mulheres, que, segundo os psiquiatras, era responsável por diversas alterações na vontade, no desejo e no delírio.

⁵⁹ A Psicose maníaco depressiva, segundo Garcia (1954), são estados periódicos que se alternam ou coexistem entre agitação, excitação e depressão; é mais comum nas mulheres de classes sociais elevadas e foi denominada por Kraepelin, em 1899.

Nessa mesma perspectiva, Pereira (2019) salienta que muitos dos sintomas descritos em prontuários de mulheres internadas em hospitais psiquiátricos, do final do século XIX e início do XX, eram de a mulher ter desejo sexual exacerbado ou de ser independente, ou ainda de desejar dedicar-se à carreira profissional. Portanto, a “loucura” atribuída às mulheres esteve muito atrelada aos papéis sociais que as mulheres deveriam cumprir, assim como à sua condição biológica, hormonal, reprodutiva e uma crença biomédica da inferioridade das mulheres.

Cunha (1986) observa que um elemento frequentemente registrado nos prontuários das mulheres internadas no Hospital Psiquiátrico do Juquery referia-se à sexualidade, sobretudo em torno da manutenção ou da perda do pudor. Destaca-se, nesse contexto, o depoimento de uma paciente de 22 anos, internada em 1925, que consta no prontuário: “meu pai me pôs aqui porque eu gosto de dançar, de sair à rua, de ir ao cinema com os ‘pequenos’. Que mal há nisso? Então eu não posso passear com um namorado a qualquer hora da noite? É tão gostoso’[...]. Isto bastaria para se divisar um caso de ‘daltonismo moral’[...]” (Cunha, 1986, p. 154).

O psiquiatra do Serviço Nacional de Doenças Mentais, Lohmann (1957), registra sobre as dificuldades com as jovens “doentes mentais”, de 14 até 25 anos, visto que a família costuma internar a doente, ficando ela segregada da sociedade e protegida contra alguns perigos, como “defloramento se ainda for virgem (caso raro aliás), gravidez e a práticas de atos antissociais. Isola-se a enferma e pronto” (p. 44). As pacientes são, então, colocadas em algumas atividades, a exemplo de costura, bordado, limpeza, tendo em sua volta outras pacientes e, por vezes, com comportamentos promíscuos. Em alguns casos, tentava-se a Assistência Hetero-Familiar, ou seja, a paciente ficava na residência de funcionários da Colônia ou em famílias honestas; contudo, a maioria ficava longos anos internadas. Essas jovens, “mocidade que se mostra doentia, repleta de atitudes inconvenientes, de erros, de perigos...São produtos do ambiente social desfavorável, de profundas falhas educativas, da miséria, da ignorância, da procriação humana ‘anárquica’” (p. 44); elas, em geral, passavam a infância em favelas, asilos, ou orfanatos, de maneira que poderiam terminar o resto da vida no hospital psiquiátrico. Muitas não tinham delírios ou alucinações, mas o que predominava eram alterações comportamentais: **“a rebeldia, a preguiça, a instabilidade no emprego, a ânsia de viver de modo fácil, etc.”** (Lohmann, 1957, p. 45, grifo nosso). Também, era comum haver algum grau de oligofrenia, mas pela falta de escolas e instrução.

Dentre as soluções a essa questão, Lohmann (1957) propõe: colocar as jovens em casas de famílias, proporcionando um ambiente familiar que elas não tiveram; realização de eletrochoque na própria casa, sob o controle dos médicos; em alguns casos, a paciente teria a

liberdade completa, alta, sendo **aconselhável a esterilização**⁶⁰, pois deveria ser prevenida a gravidez. Havia casos em que elas possuíam necessidade de satisfação sexual, assim, caso esterilizadas, poderiam fazê-lo sem haver consequências; o autor ressalta que não havia nada específico em relação aos tratamentos, mas eram utilizados choques, insulina e que “a **lobotomia** deveria, a nosso ver, ser incentivada, principalmente nas doentes excitadas, agressivas” (Lohmann, 1957, p. 46); a psicoterapia também poderia significar benefícios. Tais propostas evidenciam a forma que as mulheres eram tratadas como objeto de controle médico, social e moral. A proposta de esterilização revela o projeto eugênico, que vinculava a sexualidade das mulheres ao risco social e à degeneração da “raça”, ao passo que a sexualidade dos homens não era questionada nem restringida. A ausência de recomendações semelhantes para os homens escancara a naturalização da sua virilidade.

Nessa perspectiva, o desejo sexual, visto como excessivo ou reduzido, possuía critérios diferentes para homens e mulheres. Por exemplo, um homem adulto, solteiro, que nunca teve relações sexuais, seria caso de observação; em contraposição, uma mulher com vida sexual ativa já seria considerada anormal. A prática de masturbação era vista como uma causa de insanidade, tanto para homens quanto para mulheres, chegando a ser categorizada como hebefrenia. Também, havia os casos de internação, cuja motivação era a pessoa ser homossexual, principalmente os homens, que, nesses casos, eram geralmente internados pela família (Cunha, 1986).

Os parâmetros distintos sobre a sexualidade para homens e mulheres, como pontua Cunha (1986), foram observados em alguns prontuários do CPN. No caso de um homem, é evidenciado que: **“Sua vida sexual foi totalmente anormal. Nunca namorou, mas apaixonou-se por toda moça que via”** (Natanael/1957, 57 anos, branco, solteiro, comerciante - esquizofrenia). Contudo, nos casos das mulheres, a anormalidade seria o oposto: Aurora/1946 (50 anos, branca, casada, doméstica - esquizofrenia): **“Não sabe esconder a atração pelo outro sexo; tem hábitos homossexuais”**. Sara/1961 (27 anos, branca, solteira, doméstica - esquizofrenia/ psicose maníaco depressiva), possui ensino superior; dentre os sintomas

⁶⁰ A esterilização seria uma medida da eugenia negativa. A primeira esterilização visando “prevenir a prole contra a inferiorização” (Cunha-Lopes, 1945, p. 222) foi utilizada em 1897, em uma mulher; em 1899, foi realizada em um homem a vasectomia com a mesma finalidade. Posteriormente, ela foi aprovada em alguns países, por vezes, utilizada como medida punitiva em pessoas detidas. Com base em dados do início de 1928, da América do Norte, foram esterilizados 4.517 homens e em 3.998 mulheres (Cunha-Lopes, 1945). Alguns higienistas e eugenistas criticavam a esterilização, como Sampaio (1928), que a considerava uma medida extrema: “Já fizemos todo o possível no terreno da educação eugênica e da higiene social? [...] quase nada realizou no sentido de estancar as múltiplas fontes de degeneração existentes” (p. 68). O autor também salienta que a esterilização por si só não seria capaz de solucionar o problema da eugenia e da profilaxia social.

relatados, consta: “**diz a irmã, que a paciente queria a beijar e abraçar amorosamente**”, “atualmente a suspender vestes mesmo na frente dos homens e dança no meio da rua. Diz que não suporta os homens, **entretanto vive a beijá-los [...]. Não quer se casar [...]**” diz “**palavras obscenas. Diz também que as mulheres querem namorá-la**”. Já para os homens, o comum era satisfazer suas vontades sexuais, como expresso no prontuário de Tomás/1956 (33 anos, pardo, solteiro, agenciador – em observação): “Sendo solteiro, procura satisfazer **normalmente suas necessidades sexuais**”.

O terceiro diagnóstico mais comum nas mulheres (5%) pesquisadas do CPN é de **histeria**⁶¹. Cunha (1986) retrata que, de acordo com Franco da Rocha, a histeria seria uma exacerbação das características femininas, como a fraqueza de vontade, emotividade, incapacidade de realizar pensamento apurado, vaidade etc. No que se refere à sexualidade, a mulher seria “uma inquieta sexual, embora se mostre frígida” (Garcia, 1954, p. 630); além disso, o impulso sexual pode desviar para fantasias e atitudes auto eróticas.

Pretende a histérica impressionar e dominar o marido, o pai, o patrão, alguém em seu meio familiar, ou chamar a atenção sobre ela, quando sentiu faltar o carinho ou aparecer o desdém. Kretschmer cita o seguinte exemplo: uma moça está noiva, por imposição da família, de um rapaz a quem detesta; sua reação normal é a de lutar, de fazer ver a inconveniência e o sacrifício a que se exporá, e assim, acabará por afastar o intruso. Outra rapariga já não será capaz desta flexibilidade lógica; e cada vez que o noivo indesejado se aproxima, ela se desmancha em ataques convulsivos, em queixas, em vômitos, em atitudes passionais (Garcia, 1954, p. 633).

A histeria consolidou-se como a forma considerada socialmente mais adequada de manifestação da chamada “loucura feminina”, justamente porque enfatizava a fragilidade atribuídas às mulheres, que já não conseguiam mais “**ser-para-os-outros**” (Cunha, 1986, p. 148, grifo nosso). Segundo a autora, eram mais toleradas aquelas mulheres que adoeciam dentro de comportamentos compatíveis com os padrões considerados femininos, do que aquelas que expressavam sua “loucura” por meio da rebeldia ou da recusa em cumprir tais papéis.

Nesse sentido, a histeria evidencia a contradição dos papéis sociais impostos às mulheres: exige-se delas emotividade e vaidade, mas, quando essas características são vividas em excesso, tornam-se patologizadas como uma exacerbação da feminilidade; quando

⁶¹ A Histeria, segundo Cunha-Lopes (1958), é uma personalidade imaginativa, no qual a pessoa inventava coisas. Clinicamente, podem ocorrer desordens motoras, sensitivas, sensoriais, mutismo, gagueira, vômitos etc. A histeria pode ser considerada uma forma de mitomania, ou seja, a tendência à alteração da verdade, simulação, fantasia, mentira.

apresentam atitudes autoeróticas, passam a ser interpretadas como expressão de inquietação sexual. Nos exemplos descritos por Kretschmer, percebe-se, ainda, o paradoxo: embora afirme que a mulher deveria lutar diante de situações que a desagradam, a expectativa social continua sendo de passividade e submissão.

Além disso, como observa Lessa (2012, p. 74), “a nova ‘doença’, tipicamente vitoriana, a histeria, é indício de que o casamento monogâmico apenas consegue conter as pessoas femininas destruindo suas individualidades”. Além disso, ao tratar como enfermidades fenômenos que são produto da ordem social, a psiquiatria e a medicina reforçaram a incapacidade da família burguesa em garantir o desenvolvimento pleno dos sujeitos.

Outro diagnóstico presente nos prontuários de 4% das mulheres do CPN é a **Psicose Puerperal**; segundo Garcia (1954), ocorre em 2% de todas as mulheres grávidas, sendo necessária a distinção do médico do que seria um sintoma comum da gravidez dos casos de “doença mental”. A **Psicose Psicogênica de Situação** foi diagnosticada em 2% das mulheres; o diagnóstico correlato encontrado foi a psicose de situação ou reações situacionais. Tal diagnóstico faz referência à “anomalia situacional” (Garcia, 1954, p. 679), após ocorrer alguma situação adversa⁶².

As **Psicoses Endotóxicas**⁶³ corresponderam a 4% dos diagnósticos atribuídos às mulheres internadas no CPN, não havendo registros desse diagnóstico entre os homens. Essa categoria possuía algumas subdivisões, entre elas, a chamada Psicose Autotóxica, que representava 2% dos diagnósticos das mulheres e era definida como uma “doença mental” vinculada aos ciclos do desenvolvimento. Nas descrições médicas da época, Garcia (1954) associava tais quadros diretamente à menstruação, destacando sintomas, a saber, cansaço, depressão, mal-estar, exaltação do humor, irritabilidade e ciúmes. Os prontuários analisados revelam que era recorrente o registro sobre a menstruação das mulheres: a menarca, a regularidade ou não dos ciclos e possíveis alterações.

Outra subdivisão diagnóstica da Psicose Endotóxica era o Eunucoïdismo feminino, vinculado a supostos distúrbios ovarianos e psicológicos. Nesse sentido, as jovens com amenorreia eram frequentemente descritas como hipocondríacas, depressivas, com ideias

⁶² Garcia cita algumas situações, como o “delírio erótico das solteironas” (Garcia, 1954, p. 649), que, após algum familiar se casar, poderia significar a perda de esperança em se casarem, sentindo-se inferiores socialmente. Outra situação seria “a neurose situacional da sogra viúva mantida pelo único filho e a nora” (Garcia, 1954, p. 650), dessa maneira, a sogra teria sintomas de irritabilidade, expressões ciumentas, ódio à família etc.

⁶³ As Psicoses Endotóxicas são ocasionadas por “retenção ou perversão de elementos normalmente existentes no organismo, por insuficiência das funções de depuração ou neutralização, ou por carência hormonal ou vitamínica” (Garcia, 1954, p. 307).

suicidas ou persecutórias. Para Garcia (1954), o casamento e a maternidade eram apontados como “cura” desses sintomas, reforçando a visão de que o destino natural da mulher estaria restrito ao espaço doméstico e reprodutivo. Assim, nota-se que tais diagnósticos biologicistas funcionavam como dispositivos de naturalização, vinculando a saúde mental das mulheres a seus órgãos reprodutivos e legitimando a ideia de que apenas no cumprimento dos papéis sociais de esposa e mãe elas poderiam alcançar equilíbrio e estabilidade psíquica.

Outro processo do ciclo vital das mulheres que foi interpretado como patologia foi a menopausa. Assim, tanto as mulheres solteiras, que desejavam ter relações sexuais, eram tidas como patológicas, pois se excediam: “em aventuras de mau agouro, a ponto de tornar-se ridícula e inconveniente; em muitos casos, essa acentuação de tendências eróticas alcança o delírio, a erotomania, com atentados ao pudor e escândalo” (Garcia, 1954, p. 324), quanto também as mulheres que possuíssem “indiferença sexual ou ausência de resposta adequada à solicitação masculina (solteironas, frígidas, homossexuais), a eleição de atividades próprias do varão, e nas mulheres casadas, a dominação do cônjuge ou manifesta gerência dos negócios do casal, com escassa aptidão maternal” (Garcia, 1954, pp. 324-325).

A médica Matos (1949) observa que as chamadas “doenças mentais” em mulheres se manifestavam, com frequência, no período do climatério. Entre os sintomas relatados, aparecem tanto os emocionais — como angústia, medo de enfermidades e crises de choro — quanto os físicos, a exemplo de calor excessivo e palpitações. Em graus mais intensos, menciona ainda a irritabilidade, tristeza e quadros de histeria. A esses aspectos somam-se implicações de ordem moral, como o sentimento de afastamento e perda de autoridade sobre as(os) filhas(os), além da amargura associada ao declínio dos afetos familiares, que poderia levar ao desejo de morrer. Nos casos considerados mais graves, apontava-se a possibilidade de evolução para delírio e demência senil. Diante desse quadro, a autora enfatiza que as mulheres diagnosticadas com a “neurose do climatério” necessitavam de atenção, cuidado e compreensão por parte da família.

Medeiros (1949), professor da cátedra de medicina, também discute as chamadas neuroses e psicoses do climatério. Segundo ele, a mãe que se aproxima da menopausa sente o fim da capacidade de procriação, libertando-se, assim, dos deveres exclusivamente maternos; já aquelas com maior grau de escolaridade, tendem a voltar-se para atividades sociais, políticas, culturais e religiosas. O autor destaca a importância de combater “a crença vulgar de que a menopausa, além de ser um período perigoso, é o fim da vida da mulher como alvo da atração para o sexo oposto” (Medeiros, 1949, p. 71), argumentando que esse período não deve ser entendido, necessariamente, como patológico. Ainda assim, ele estima que, entre 70% e 90%

das mulheres, atravessariam algum tipo de crise nesse estágio da vida, resultante tanto de alterações hormonais quanto psíquicas — instabilidade afetiva, ansiedade, angústia, choro e depressão, podendo, em casos raros, evoluir para psicose. Essas interpretações são fortemente atravessadas pela noção de velhice, vista como um marco de perda dos encantos femininos, o que levaria, segundo o autor, a tentativas de compensação por meio de “um certo exibicionismo por vezes ridículo, a que não falta o tom erótico” (Medeiros, 1949, p. 74); poderiam, contudo, inverter-se em estados depressivos. Para o tratamento da neurose e da psicose do climatério, Medeiros (1949) defendia recursos como a hormonioterapia e o eletrochoque.

Segundo Garcia (1954, p. 508), a mulher que entra na menopausa “é atraída por atividades sociais de caráter masculino, — torna-se propagandista da política, da religião, entrega-se ao missionarismo. As atividades amorosas e sexuais sofrem notável acentuação”. Havia casos de a mulher ter uma aversão ao sexo, por conta do sentimento de envelhecimento, de perder os atrativos sobre o homem. O autor acrescenta que, nos casos de a mulher ser viúva ou que não possua vida conjugal, o amor pelo filho poderia se concretizar no incesto, principalmente em classes pobres. Tal insinuação explícita que, na falta de um homem, a mulher desejaria o próprio filho, reforçando a visão da mulher necessitar de homem. Garcia (1954) retrata que o envelhecimento acarreta mudanças tanto para o homem como para a mulher: “O homem sente prontamente o declínio de seu rendimento profissional e psicosssexual na idade crítica, e a mulher acusa o sentimento de solidão, o receio da perda dos atrativos físicos e genitais” (p. 513).

Em contraposição, Franca Basaglia (1987) realiza críticas à biologização e à patologização da menopausa. Segundo ela, a função socialmente atribuída à mulher é ser mãe, reproduzir e ser objeto sexual. Nesse sentido, ao chegar à menopausa, muitas mulheres se veem diante da dificuldade de viver para si, de desenvolver interesses que extrapolam o núcleo familiar. A explicação científica dominante reduz esse processo a sintomas biológicos — distúrbios, frustrações, insuficiência. No entanto, não se observa que a função social da mulher é limitada à reprodução e a menopausa simboliza o fim dessa capacidade de procriar, o fim da função atribuída às mulheres desde o nascimento. Além disso, a menopausa está inevitavelmente associada ao envelhecimento e, em uma cultura que valoriza a juventude e a beleza feminina, a mulher passa a ser vista como alguém que perde seus atrativos. Em contraposição, essa lógica não é aplicada aos homens, cujo envelhecimento não implica a mesma desvalorização social (Franca Basaglia, 1987).

Outros diagnósticos, que apareceram nos prontuários de homens e mulheres do CPN, foram: a **epilepsia**⁶⁴; a **Oligofrenia**⁶⁵, sendo subdividido na época entre idiotia, imbecilidade e debilidade mental; e a **Arteriosclerose Cerebral**⁶⁶.

A “loucura” feminina esteve muito atrelada aos papéis sociais que as mulheres deveriam cumprir, assim como à sua condição biológica, hormonal, reprodutiva e uma crença biomédica na inferioridade das mulheres (Mota, 2017). Além disso, como existe distinção nas construções sociais das mulheres e dos homens, o modo com que a “doença mental” se manifesta também é distinto, a exemplo de delírios com espiritualização, o autoflagelo e o sacrifício, questões que já são cobradas das mulheres, ou até mesmo a mulher simplesmente exercer sua sexualidade de modo livre; tudo isso já era considerado uma violação tanto à natureza quanto às normas familiares (Cunha, 1986).

Dessa forma, não somente os diagnósticos e tratamentos utilizados em homens e mulheres eram distintos, como também os prognósticos. Como ressalta Garcia (1957b, p. 15), os critérios de prognóstico de cura das “doenças mentais” são:

- a) No **homem**: despertar para o amor, **a profissão, a vaidade social**, a atividade artística ou lúdica.
- b) Na **mulher**: a previsão melhora quando se restabelece o narcisismo feminino, nos cuidados com a pintura e cosméticos, o vestir, a higiene das formas; índice de bom restabelecimento é também o reaparecimento do **interesse pela família, pelo lar** (que é a atração fundamental da mulher, o seu meio), pelas relações sociais etc.

Segundo Franca Basaglia (1987), quanto mais limitadas são as funções e obrigações sociais impostas — como no caso das mulheres —, maior a incidência de infrações e consequentes sanções psiquiátricas. Dessa forma, a relação entre “doenças mentais” e a rigidez das normas comportamentais revela-se mais evidente nas mulheres do que nos homens. Tais regras, muitas vezes, que são relacionadas à ordem moral ou estereótipos femininos, eram explicadas com base em leis da natureza. As regras de comportamento masculinos referem-se às questões sociais, suas relações e ações; já as mulheres são reduzidas ao seu corpo e esfera familiar, assim, sua capacidade ou incapacidade envolve as questões morais, se é boa filha, boa esposa e se corresponde a objeto sexual masculino (Franca Basaglia, 1987).

⁶⁴ Transtorno da consciência, acarretando questões motoras e convulsões (Garcia, 1954).

⁶⁵ O termo Oligofrenia foi utilizado por Kraepelin para caracterizar pessoas com “desenvolvimento mental incompleto” e “insuficiência intelectual” (Garcia, 1954, p. 263).

⁶⁶ São modificações da parede arterial; é uma doença de cunho fisiológico e natural na velhice (Garcia, 1954).

Quando se catalogam as pessoas que possuem anormalidades, “transforma quem é uma ameaça à ordem estabelecida em sustentáculo dessa ordem [...]. Catalogar os portadores de anormalidades significa estender o controle social às forças da natureza e reduzir, desse modo, a ansiedade da sociedade” (Illich, 1975, p. 57). Do mesmo modo, a reação de uma sociedade diante de comportamentos considerados “anormais” varia conforme a cultura, uma vez que cada contexto histórico e social estabelece seus próprios padrões de normalidade e desvio (Illich, 1975).

Clinicamente, não é fácil, nunca foi e nem há de ser, pelos séculos afora, fixar os limites entre a saúde e a doença mental. Muitas coisas que, antigamente, pareciam normais, hoje são consideradas anormais. Outras que, hoje nos parecem anormais, amanhã serão normais [...] (Neiva, 1947, pp. 120-121).

Nessa perspectiva, em uma instituição psiquiátrica, existe uma explicação psicopatológica e científica para cada ação do sujeito, sendo o sujeito “domado e encerrado sob um rótulo que leva o aval da oficialidade científica” (Franco Basaglia, 1985, p. 122). Além disso, Franco Basaglia (1985) ressalta que, no diagnóstico psiquiátrico:

Prevalece-se, portanto, de um poder e de uma terminologia técnica para sancionar aquilo que a sociedade já executou, excluindo de si aquele que não se integrou ao jogo do sistema. Mas tal sanção não tem o menor caráter terapêutico, já que se limita a separar o que é normal do que não é entendida a norma não como um conceito elástico e passível de discussão, mas como algo *fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e da sociedade que ele representa...* (p. 125, itálico do autor).

De modo geral, entre os 170 prontuários analisados do CPN, a maioria dos diagnósticos atribuídos tanto a homens quanto a mulheres foi de Esquizofrenia. Nos homens, o segundo diagnóstico mais recorrente foi o de Alcoolismo, seguido pela classificação de Personalidade Psicopática. Já entre as mulheres, o segundo diagnóstico mais frequente foi o de Psicose Maníaco-Depressiva, seguido pela Histeria.

A análise desse processo histórico de atribuição das “doenças mentais” permite desnaturalizar os saberes médicos que, sob a aparência de neutralidade científica, determinavam o que seria considerado patológico. Esses saberes eram, contudo, produzidos por profissionais situados em um contexto histórico marcado por desigualdades sociais, de sexo/gênero e de raça/etnia, servindo muitas vezes como instrumento de ajustamento à ordem vigente e, quando isso não era possível, de exclusão social. Nesse sentido, os diagnósticos funcionavam como rótulos, “etiquetas científicas”, que frequentemente ignoravam as histórias de vida das pessoas

internadas, reduzindo-as a comportamentos e sentimentos isolados, convertidos em sintomas passíveis de classificação. Assim, grande parte das trajetórias individuais permaneceu silenciada por trás dessas categorias médicas.

As classificações diagnósticas não apenas enquadram os sujeitos como “doentes mentais”, mas também orientavam a criação de tratamentos voltados à sua suposta cura e ajustamento. É nesse ponto que se insere o próximo tópico, no qual analisamos os tratamentos psiquiátricos aplicados às pessoas internadas no CPN.

4.3 Tratamentos para “endireitar uma árvore que tivesse crescido defeituosa”

Historicamente, diferentes práticas foram concebidas como formas de tratamento das chamadas “doenças mentais”, muitas delas pautadas na ideia de corrigir ou normalizar os sujeitos, como se fosse possível **“endireitar uma árvore que tivesse crescido defeituosa e agora se apresenta torta”** (Lohmann, 1957, p. 47). Neste tópico, analisamos os principais tratamentos psiquiátricos empregados nos hospitais psiquiátricos durante a metade do século XX, com especial atenção às práticas utilizadas no CPN. A exposição segue a ordem cronológica de criação dos métodos, articulando os dados desta pesquisa com outras fontes históricas, registros da imprensa da época e estudos correlatos. Por fim, apresentamos um subtópico dedicado à arte como instrumento terapêutico, destacando o papel do STO no CPN.

A história das chamadas “doenças mentais” no Brasil está intrinsecamente vinculada às demandas de saúde pública, às políticas sanitárias e às estratégias de controle social do Estado, atravessadas, em especial, pelos ideais de higiene mental e de eugenia. Ao longo do processo histórico, diversas epidemias — como a varíola⁶⁷ — ceifaram vidas e revelaram a precariedade das condições sanitárias⁶⁸, o que levou o Estado, sobretudo a partir do final do século XIX, a adotar medidas voltadas à saúde pública⁶⁹. Nesse movimento, as ações estatais passaram a se

⁶⁷ A vacina da varíola foi desenvolvida por Edward Jenner, britânico, em 1796. Em média, 300 milhões de pessoas morreram no século XX por conta da varíola (Butantan, 2021).

⁶⁸ Com a pobreza, no final do século XIX, no Rio de Janeiro, havia uma média de 1.331 cortiços com 18.966 quartos, vivendo 46.680 pessoas (Rago, 1985). Em cada quarto dos cortiços, morava uma família, sendo separados por uma cortina as mulheres dos homens; essas famílias viviam em péssimas condições de higiene (Schwarcz, 1998, p. 39). Por conta das epidemias, as recomendações sanitárias era da desaglomeração para “eliminar práticas selvagens e promíscuas de uma população ainda não devidamente civilizada, de regenerar o trabalhador e sua família, ensinando-lhes uma pedagogia das virtudes”, ou seja, de trabalhadores disciplinados moralmente (Rago, 1985, p. 133).

⁶⁹ Desde 1837, era obrigatória a vacinação de varíola a crianças e, desde 1846, para adultos, contudo, essa obrigatoriedade não era cumprida, de forma que foi instituída a nova Lei 1.261 de 31 de outubro de 1904, que visava aplicar multas a quem se recusasse a tomar a vacina e exigia atestado de vacinação em escola, para viajar, trabalhar e se casar. Tais ações foram organizadas por Oswald Cruz (1872-1917) que era diretor de saúde pública. Contudo, isso acarretou a conhecida revolta da vacina, no Rio de Janeiro, em 1904 (Butantan, 2021). Carvalho (2002) ressalta que a revolta da vacina foi decorrente da insatisfação popular com o governo por diversos fatores:

articular estreitamente com os saberes médicos, reforçando a medicalização dos corpos e das condutas como parte de um projeto de normatização social (Costa, 1979).

Uma das expressões mais contundentes de controle social no período foi a eugenia, que ganhou força no Brasil após a abolição da escravidão. Nesse contexto, marcados pela migração de pessoas negras recém-libertas e de camponeses para os centros urbanos, pela intensificação da imigração europeia e pelas tensões sociais decorrentes da industrialização, a elite buscava reafirmar sua posição de poder. Para tanto, apropriou-se do discurso eugenista, legitimando-se como suposta “raça superior” e difundindo a ideia de que pessoas negras e ditas mestiças eram biologicamente inferiores. A ordem republicana, então, utilizava tais argumentos para atribuir às questões raciais a responsabilidade pelas perturbações sociais e pela ausência de progresso do país, naturalizando desigualdades e transformando hierarquias sociais em hierarquias biológicas (Costa, 2007).

De acordo com Carrilho (1919, p. 429), o Brasil seria um país adequado ao “futuro de uma grande raça”, sendo criada, assim, em São Paulo, a Sociedade Eugênica e, no Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, ambas com iniciativas eugênicas. Em todo o país, foram fundados, pelo governo, movimentos eugênicos, como a organização de serviços de profilaxia rural: “A eugenia nas doenças mentais será forçosamente um elemento indispensável a opor-se à degeneração social” (Carrilho, 1919, p. 429). Cunha-Lopes (1945) salienta que a finalidade da eugenia é o melhoramento ou aperfeiçoamento da raça/etnia, da moral e do psiquismo, visando ao estímulo da reprodução de pessoas sadias e à limitação ou restrição da reprodução de pessoas consideradas anormais ou inferiores.

As medidas eugênicas podem ser separadas em dois grupos, segundo Sampaio (1928, p. 14):

De um lado teremos a educação moral, que, por meio de normas pré-admitidas tende a espalhar a convicção de que o interesse da coletividade deve prevalecer sobre as solicitações do egoísmo e das paixões; a educação sexual, visando, a este respeito, mostrar ao indivíduo os perigos para a sua saúde e a sua responsabilidade para com as gerações futuras; a reeducação dos anormais procurando transportar estes indivíduos

os funcionários percorriam a cidade para desinfetar casas e ruas; pessoas doentes eram expulsas; interditaram lugares, principalmente os cortiços, em que residia a população pobre e era um local considerado anti-higiênico; foi mandado destruir casas. Embora não tenha uma conotação moral, tal revolta espalhou-se “A ideia de que, na ausência do chefe da família, um estranho entraria em sua casa e tocaria partes íntimas de filhas e mulheres era intolerável para a população. Era uma violação do lar, uma ofensa à honra do chefe da casa” (Carvalho, 2002, p. 75).

para a vida normal; as medidas de higiene social. Em outro grupo são englobados os meios destinados à supressão ou à não produção de elementos indesejáveis.

Porto-Carrero (1933) ressalta a necessidade de serem realizados exames pré-nupciais. Do ponto de vista eugênico, o ideal é que só se casassem e procriassem pessoas completamente híginas, pois o interesse da espécie estaria acima do interesse individual. Ademais, pontua que a moral moderna da família tradicional se afrouxou com a emancipação da mulher, como o trabalho fora do âmbito doméstico: “tudo está a demonstrar que o lar perde a pouco e pouco a sua razão de ser” (p. 90).

Na Constituição Federal de 1934, ficou previsto o exame pré-nupcial, com base na eugenia: “Art. 145. A lei regulará a apresentação pelos nubentes de provas de sanidade física e mental, tendo em atenção às condições regionais do país” (Constituição Da República Dos Estados Unidos Do Brasil, 1934). Na Constituição Federal de 1937, já não consta sobre o exame pré-nupcial. Em 1941, foi imposto o exame pelo Decreto n.º 3.200 (1941), que dispõe sobre a proteção à família, de maneira que era necessário que dois médicos realizassem exame pré-nupcial para casos de casamento de colaterais de terceiro grau, a fim de atestar sanidade e não implicar os descendentes.

No Jornal das Moças (1949), tratou-se sobre a importância da realização dos exames pré-nupciais para a verificação da saúde dos noivos, pois a saúde dos genitores pode implicar as(os) filhas(os). A reportagem salientava que o exame pré-nupcial e os pré-natais já estavam sendo realizados nas classes mais abastadas e nas menos abastadas, contudo, lamentam que os exames pré-nupciais ainda não fossem obrigatórios.

Garcia (1954) destaca que a primeira experiência sexual, tanto para o homem quanto para a mulher, exerce um papel relevante em suas futuras relações afetivas e sexuais. No caso das mulheres, essa primeira experiência assume um significado ainda mais marcante, uma vez que elas, em geral, dispõem de menos oportunidades sexuais do que os homens. Assim:

Se essa experiência foi acompanhada de emoção inibidora, - dor, receio de doença ou culpa, brutalidade, decepção, etc., a cópula não lhe trará orgasmos; cria-se assim a frigidez sexual feminina, a anhedonia, que pode ser relativa a um homem (marido ou amante), e não existe na masturbação ou no coito esporádico com outro par (Garcia, 1954, p. 125).

Nessa perspectiva, uma das questões levantadas pelo ideário da Higiene Mental, segundo o Jornal das Moças (1955), era a preparação das(os) filhas(os) para o casamento. Retratavam algumas questões principalmente voltadas às mulheres, já que, muitas vezes, se casam e não

recebem nenhuma instrução sobre seu papel, não sabem nem mesmo como são geradas as crianças, podendo esse desconhecimento causar um trauma moral quando se depara com a realidade. Deve a mãe instruir a filha, de forma sutil e gradativa, mas não mentirosa ou fantasiosa, e não somente nas vésperas do casamento.

Pagu (1931c) já retratava sobre os estigmas que envolviam a educação sexual, por conta do conservadorismo; demonstra as disputas ideológicas no âmbito educacional, fazendo uma sátira referente à educação sexual: “o vaticano proibiu aos pais e professores a explicação de assuntos íntimos que só compete ao sacerdote” (s.p.).

Figura 28

Impróprio para menores



Nota: Pagu (1931c).

Levy Júnior (1945), médico higienista, discorre sobre a preparação para o casamento e a higiene mental, defendendo que a escolha do(a) cônjuge deveria ser feita de modo ajuizado, levando em conta atributos de saúde, ausência de doenças hereditárias e proximidade de classe social, e não apenas a atração física. O autor recorre à Bíblia para fundamentar os papéis do matrimônio e da procriação, reafirmando que caberia ao homem sustentar e proteger a família, ocupando a posição de chefe, enquanto a felicidade do marido estaria associada à dedicação da mulher à maternidade e ao lar. Levy Júnior (1945, p. 4) reforça que: “É evidente que não se pretende qualquer espécie de conhecimentos técnicos ou profissionais para a mulher, mas

apenas um certo nível intelectual e de cultura geral. O que seria útil é que ela tivesse conhecimentos de higiene, puericultura, cozinha, costura e economia doméstica”.

Os ideários de higiene mental e eugenia, sob o discurso científico da profilaxia das “doenças mentais” e do melhoramento da “raça”, perpassam os saberes médicos e tratamentos psiquiátricos utilizados na época. A psiquiatria, nesse contexto, não só diagnosticava e rotulava, mas também produzia pessoas dóceis ou descartáveis, reafirmando seu papel como aparelho de repressão a serviço da ordem vigente.

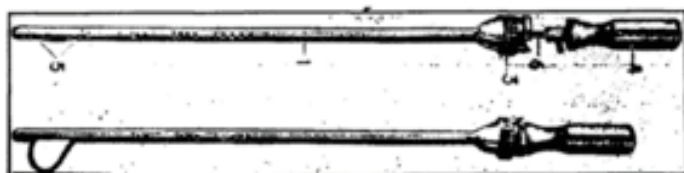
Nessa perspectiva, Quintanilha Junior (1953) contextualiza o uso das psicocirurgias no tratamento das pessoas consideradas com “doenças mentais”. O primeiro procedimento remonta a 1887, quando Victor Horsley (1857-1916) buscou tratar a epilepsia por meio de corticotomias. Posteriormente, Burckhardt Gottlieb (1836-1907), em 1890, e Ludwig Puusepp (1875-1942), em 1906, também realizaram intervenções psicocirúrgicas, ainda sem êxito. Nas primeiras décadas do século XX, com o avanço do conhecimento sobre as funções do lobo frontal, Egas Moniz (1874-1955) propôs, na década de 1920, uma nova técnica fundamentada na tese de que, nos quadros de psicose, ocorreria uma rigidez mental que comprometia o controle das funções corticais. A cirurgia, portanto, deveria interromper as vias neuronais por meio de cortes na substância branca pré-frontal. Em 1936, foi iniciada a prática da leucotomia em seres humanos. O método, entretanto, despertou intensas críticas de médicos, juristas e religiosos, sobretudo pelo fato de afetar “as mais altas funções da personalidade humana” (Quintanilha Junior, 1953, p. 147). Apesar das controvérsias, Quintanilha Junior (1953) enfatiza que tais procedimentos foram amplamente realizados em hospitais de diferentes países e chegaram a alcançar prestígio, citando, inclusive, casos de aparente melhora clínica, mas adverte sobre a necessidade de observações de longo prazo para avaliar seus reais efeitos.

Sobre a leucotomia, Barretto (1944) salienta não haver risco operatório; entre os sinais psíquicos, após o procedimento, constam a apatia e perda da iniciativa. O procedimento pode contribuir para diminuir o sofrimento dos melancólicos e dos ansiosos, as agitações psicomotoras, e também diminuir a quantidade de “doentes mentais” crônicos nos hospitais psiquiátricos, além disso, tem menor custo do que outros procedimentos. O autor apresenta resultados obtidos na **realização da leucotomia nos cem primeiros casos, todos em mulheres**, do Hospital de Juquery, em 1943 - dados retirados do relicário do médico Mário Yahn (1908-1977). Dos cem casos retratos por Barretto (1944), 93 tinham diagnóstico de esquizofrenia, 3 de personalidades psicopáticas, 3 de debilidade mental e 1 de psicose maníaco depressiva. Os resultados demonstram que 24% tiveram remissão ou melhora, mas a maioria teve o quadro

inalterado, havendo um óbito. O autor considera positivo o resultado, por conta de outros tratamentos não terem os resultados esperados com essas pacientes e já serem casos considerados como incuráveis, pois eram, na maioria, casos crônicos (Barretto, 1944). Barreto não explica em nenhum momento o motivo dos cem procedimentos de leucotomias serem realizados todos em mulheres.

Figura 29

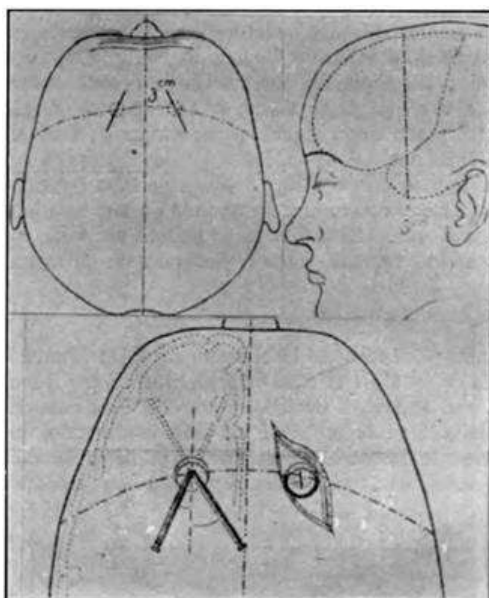
Leucótomo: instrumento utilizado para a leucotomia



Nota: Barretto (1944, p. 249).

Figura 30

Pontos de incisão e a direção do leucótomo



Nota: Barretto (1944, p. 250).

Essa psicocirurgia foi amplamente empregada entre 1942 e 1956, sendo que a maioria das(os) pacientes submetidas a essa técnica era composta por mulheres, sem que houvesse esclarecimentos acerca da razão dessa escolha. Masiero (2003) relata que, no decorrer desses anos, houve diversas publicações de aperfeiçoamento da técnica, para melhorar os resultados e

diminuir o índice de mortalidade, havendo situações de mulheres submetidas a mais de uma psicocirurgia. Com um aprimoramento técnico da leucotomia e da lobotomia, foram aumentando os registros da aplicação em pacientes de classes mais altas e também em homens internados em hospitais privados. As últimas publicações sobre a utilização desse procedimento datam de 1956.

De acordo com Toledo (2019), que realizou uma pesquisa em observatórios clínicos do Hospital do Juquery, constatou-se que, em 1936, foi realizada a primeira psicocirurgia e, em 1956, a última no hospital. Dos prontuários analisados, **95,08% das operações de leucotomia e lobotomias realizadas foram efetivadas em mulheres** e somente 4,91% foram realizadas em homens. O tempo que os homens internados esperavam para serem realizadas as psicocirurgias era de 3,26 anos; as mulheres, 2,54 anos. Houve também 12,82% das psicocirurgias realizadas em pacientes de 9 a 17 anos, sendo que 95% eram meninas. A maioria das pessoas submetidas a tal procedimento eram diagnosticadas com esquizofrenia (44,58%), depois de epilepsia (19,10%), personalidade psicopática (15,28%) e debilidade (6,36%). Em relação aos resultados da psicocirurgia, somente 26,4% foram considerados melhorados; 51,57% não tiveram influência; em 1,88% houve uma piora; 3,2% dos pacientes faleceram; não há informações de complicações a longo prazo. 53,14% das mulheres foram transferidas para a Colônia Feminina, que era para pacientes consideradas crônicas. Toledo (2019) retrata sobre estudos de outros países, os quais constataram que a maioria dos casos de psicocirurgia foram realizados em mulheres.

As melhores candidatas à cirurgia eram as moças de ‘mau comportamento’, provocadoras de distúrbios no hospital, de difícil trato, cuja resistência a outras terapêuticas era compreendida como prova de sua patologia, assim como certas características consideradas pelos médicos como amorais (Toledo, 2019, p. 195).

A autora ressalta que os mesmos comportamentos de pacientes mulheres tinham parâmetros e pesos distintos dos homens, principalmente os relacionados à sexualidade. Assim, qualquer comportamento das mulheres relacionado à masturbação, relações sexuais, principalmente não monogâmicas e fora do casamento, já era tido como grave e amoral, de maneira que eram utilizados como justificava para a realização da psicocirurgia; nos homens, tais condutas eram toleradas, sendo necessários vários outros comportamentos por anos, para, então, ser cogitada a realização da psicocirurgia, tendo como exceção os comportamentos relacionados à homossexualidade, o que constava como pederastia. Outro comportamento com parâmetros bem distintos era referente à agressividade e agitação.

Dentre os prontuários analisados por Toledo (2019), consta o de uma paciente de 24 anos, internada em 1945: “falava sobre suas relações sexuais ‘com naturalidade, sem demonstração do menor sentimento de pudor’ [...] ‘ história de relações sexuais com vários homens’” (p. 223). Ela não queria mais trabalhar, foi diagnosticada como psicopata amoral e encaminhada para leucotomia, constando que a motivação da cirurgia foram os desvios de comportamento, falha e inibição dos instintos. Outra paciente, internada em 1941, segundo o prontuário médico, tinha “Vida de vagabunda, mora no Albergue Noturno, a sua internação é necessária” (Toledo, 2019, p. 224).

A autora relata que, a partir de 1948, havia a autorização da família ou o consentimento das(os) próprias(os) pacientes, que eram adultos, para a realização do procedimento psicocirúrgico, demonstrando a influência do Código de Nuremberg. O Código de Nuremberg foi criado em 1947, após a Segunda Guerra Mundial, durante os julgamentos do Tribunal Militar de Nuremberg. Na ocasião, foram revelados crimes envolvendo experimentos científicos realizados em prisioneiros de guerra, no regime nazista, por médicos, os quais resultaram, em muitos casos, na morte das vítimas. Ao todo, 23 pessoas foram julgadas, sendo 18 delas médicos. Por conta de tais fatores, foi instituído o Código de Nuremberg, que estabelece que a(o) paciente possui autonomia para decidir o que é melhor para si (Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947). Sendo estabelecidos dez princípios, dentre os quais, ressaltamos alguns:

1. O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento [...];
 2. O experimento deve ser tal que produza resultados vantajosos para a sociedade, que não possam ser buscados por outros métodos de estudo [...];
 4. O experimento deve ser conduzido de maneira a evitar todo sofrimento físico ou mental desnecessários e danos [...];
 5. Não deve ser conduzido qualquer experimento quando existirem razões para acreditar que pode ocorrer morte ou invalidez permanente [...]
- (Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947, p. 3).

Lôbo (1955a) publica sobre a leucotomia e as divergências de médicos, pois alguns pontuam que o procedimento neutraliza os sintomas das “doenças mentais”. Contudo, há indícios de alterações de personalidade, abstração, sentimentos, moral, diminuição da capacidade criadora e imaginativa para planejar o futuro. Os médicos e estudiosos divergem sobre os efeitos da leucotomia na atividade criadora: Walter Freeman (1895-1972) e James Watts (1904-1994) acreditam que ela se anula; já para Cunningham Dax (1908-2008), a

capacidade de autocritica mantém-se; a imaginação torna-se empobrecida; em alguns casos, não há mudanças na atividade criadora. Nise da Silveira apresentou, no 1º Congresso Latino-Americano de Saúde Mental, em São Paulo, julho de 1954, resultados de três pacientes que pintaram, no CPN, comparando os trabalhos anteriores e após a leucotomia: o primeiro homem passou a não produzir nada; a segunda, mulher, teve uma diminuição da atividade criadora; o terceiro, homem, após período de alteração, voltou ao mesmo nível anterior à leucotomia, recebendo alta (Lobo, 1955a).

Nos trabalhos de Lúcio Noemann (1913-1952), paciente do CPN, que frequentava STO, são explicitadas as implicações da cirurgia no processo criativo. Ele teve alguns de seus trabalhos expostos na mostra de nove Artistas do Engenho de Dentro, no Museu de Arte Moderna, em 1949, como consta na primeira escultura da figura 31, que representa um Guerreiro Egípcio. Contudo, enquanto a exposição ainda estava em cartaz, ele foi submetido à lobotomia. Após a psicocirurgia, ele voltou a frequentar o STO, porém, não conseguiu mais realizar esculturas como antes, conforme representado na segunda escultura (Museu Imagens do Inconsciente, 2023).

Figura 31

Esculturas de Lúcio Noemann



Nota: retratado realizado pela autora Museu Imagens do Inconsciente (2023).

No que se refere à leucotomia, apesar das críticas recebidas, Egas Moniz foi agraciado, em 1949, com o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia. Ainda assim, nunca houve consenso

quanto à técnica nem sobre sua real eficácia. No Brasil, o procedimento foi aplicado por aproximadamente vinte anos, atingindo mais de vinte mil pessoas. Com o advento e a difusão dos psicofármacos, na década de 1950, tanto a lobotomia quanto a leucotomia entraram em desuso (Masiero, 2003).

Figura 32

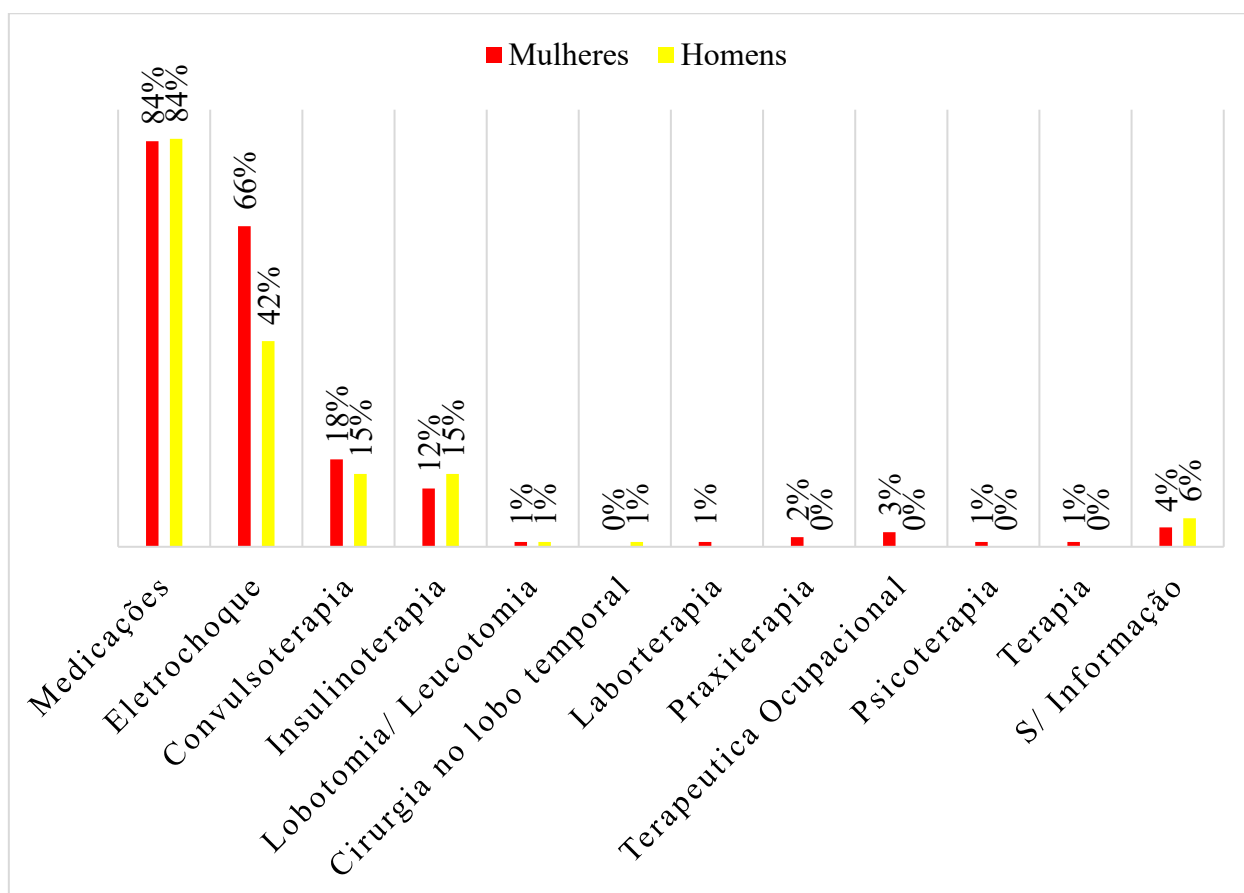
Pacientes após leucotomia no Instituto de Psiquiatria em 1951



Nota: Garcia (1954, p. 692).

Masiero (2003) retrata alguns fatores que podem ter implicado o abandono da leucotomia e lobotomia no Brasil: “a baixa eficácia; a grande periculosidade; a irreversibilidade do procedimento, a imprevisibilidade em certos casos e os impasses éticos” (Masiero, 2003, p. 567). Em relação às questões éticas, cita o Código de Nuremberg, contudo, a psicocirurgia continuou a ser utilizada por, pelo menos, mais nove anos, até 1956 (Masiero, 2003). Nessa mesma perspectiva, Toledo (2019) salienta que a diminuição das realizações da psicocirurgia podem ter sido por conta das autorizações necessárias, debates médicos sobre a aplicação e debates sobre tratamentos mais humanizados, principalmente a partir da década de 1950.

No CPN, conforme figura a seguir, em relação à psicocirurgia, consta a realização da lobotomia em uma mulher, na qual a cirurgia ocorreu em 1959; a leucotomia foi realizada em um homem, em 1951. Em outro homem, também consta que foi realizada uma cirurgia no lobo temporal, embora não esteja explícita a finalidade; no diagnóstico do paciente, constava “Psicose por tumor cerebral”, podendo ser por tal motivo (Francisco/1951, 58 anos, branco, casado, jornalista – psicose por tumor cerebral).

Figura 33*Tratamentos realizados⁷⁰*

O homem em que foi realizada a leucotomia, Danilo/1949 (41 anos, branco, casado, lavrador – esquizofrenia), foi internado em 1949 e recebeu alta em 1951, ficando dois anos internado. No prontuário, constava que ele possuía humor triste, desorientado alopsiquicamente (no tempo, no espaço, no meio), alucinações auditivas e ideias persecutórias. Esse paciente teria dito que “colocaram uma lâmpada dentro do seu ouvido que irradiam vozes de pessoas que estão dentro do seu ouvido. As vozes são sempre de advertência ou de censura.” (Danilo/1949). Em **12/04/1951, foi realizada a leucotomia no BMC**, mas, em julho, ele foi transferido novamente para o BMC por apresentar ferida infectada no local da incisão da leucotomia; um mês e meio após a leucotomia, o paciente teve alta. Além da leucotomia, foram realizadas, em média, oito sessões de eletrochoques por mês, insulina e outros medicamentos. Há a observação

⁷⁰ Os tratamentos de termogênio, espasmo terapia elétrica e malarioterapia foram realizados em somente uma paciente cada, por isso, não foram detalhados neste tópico. Ademais, não foi encontrada bibliografia que explique o tratamento de termogênio e de espasmo terapia elétrica. Já a malarioterapia, foi desenvolvida por Wagner von Jauregg, sendo publicado sobre esse tratamento em 1923; ao injetar sangue de uma pessoa febril por malária no paciente com “doença mental”, o vírus é inoculado, tendo evolução mais benigna (Garcia, 1954).

no prontuário: “O paciente apesar de ter sido tentado toda terapêutica indicada, continua quase no mesmo estado inicial, [...] anda pelos cantos, cabisbaixo, o atormentam continuamente” (Danilo/1949).

No caso da paciente Melina/1956 (29 anos, branca, casada, doméstica - esquizofrenia), teve o total de quatro internações, sendo a anterior no Hospital do Juquery, onde havia sido submetida a eletrochoques e insulinoaterapia. O marido procurou o ambulatório relatando que a esposa apresentava “impulsos mórbidos de comer, de sair de casa, de perambular, e só voltava à residência trazida por conhecidos ou pela polícia”. Além disso, ela havia tentado suicídio em mais de uma ocasião e apresentava períodos de agressividade. À época da primeira internação, tinha dois filhos vivos e dois mortos; o adoecimento iniciou-se durante um dos puerpérios, quando passou a ter ideias de perseguição e ouvir vozes. Um **médico chegou a aconselhar o marido a submetê-la a uma lobotomia**.

Em um dos exames mentais consta que a “paciente é lúcida, palestrando com coerência e lógica. Não demonstra qualquer distúrbio mental. Reconhece estar enferma, tendo ‘sofrido umas perturbações da cabeça’ (sic). Informa desejo de operar-se (‘uma operação da cabeça’) para poder retornar à família” (Melina/1956). Outra avaliação registra que ela estava orientada alopsiquicamente e autopsiquicamente, apresentando indiferença afetiva em relação aos familiares e ao meio, além de conteúdo delirante persecutório. Cerca de vinte dias após a internação, o marido procurou o hospital para saber quando a lobotomia seria realizada. Houve recomendações médicas do BMC favoráveis à leucotomia. Meline foi transferida para avaliação, sendo descrita como “calma, porém falando frases desconexas, chora e fala sem nexos”. No prontuário, consta, ainda, declaração assinada pelo marido: “declaro estar de acordo com o parecer do Dr. [...], e autorizo que minha esposa seja submetida a lobotomia”. O procedimento, contudo, foi adiado ao se constatar que a paciente estava grávida. Durante a internação, entre 09/11/1956 e 23/11/1956, foram realizados sete eletrochoques, além da administração de medicamentos. Após quatro meses, ela recebeu licença experimental.

Meline/1956 foi reinternada em janeiro de 1959, quando, em **01/04/1959, realizou-se a lobotomia frontal** bilateral. Após cerca de seis meses, saiu em licença experimental, mas voltou a ser internada, ainda em 1959, permanecendo três meses até nova licença. Em setembro de 1960, gestante, foi novamente internada, submetida a doze eletrochoques no primeiro mês; o feto nasceu morto. Nessa internação, permaneceu quase um ano, recebendo alta em licença experimental apenas em junho de 1961.

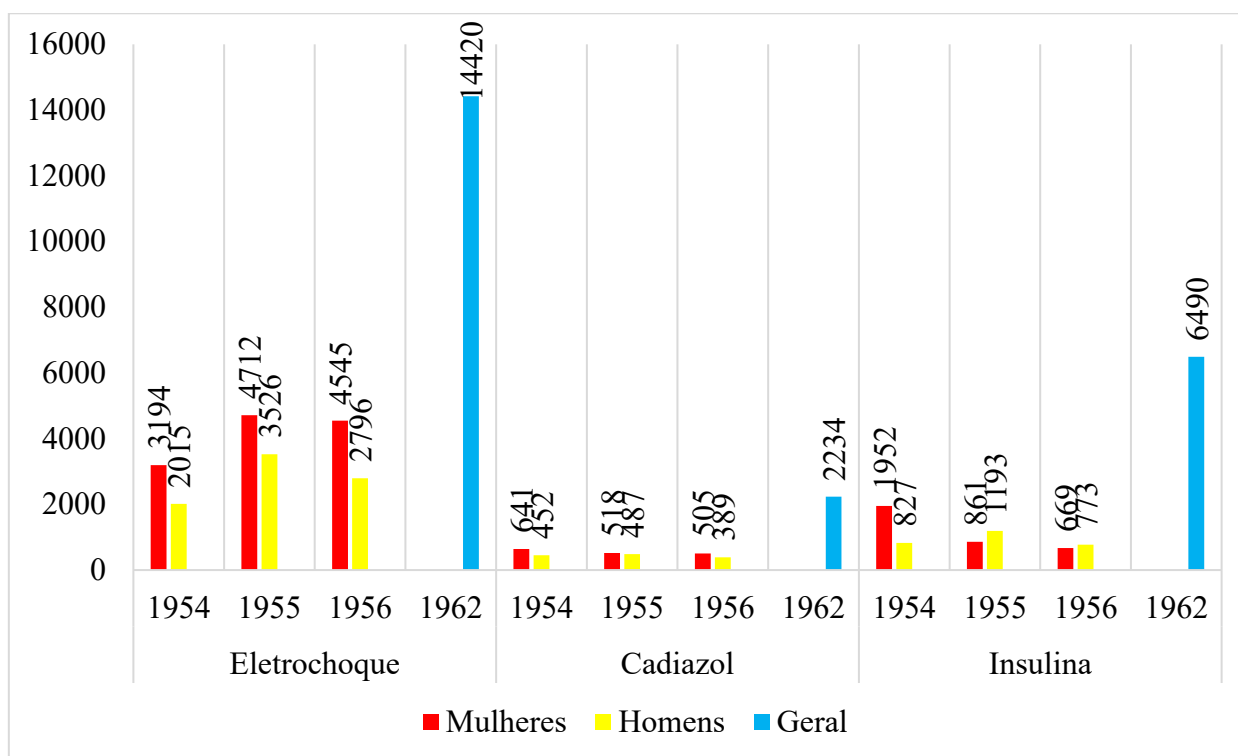
O registro da realização de lobotomia/leucotomia em duas pessoas na década de 1950 é historicamente relevante. No caso de Danilo/1949, observa-se a ineficácia do procedimento, pois o paciente, após a cirurgia, permanecia continuamente atormentado e apresentou complicações decorrentes da intervenção. Já no caso de Melina/1956, evidencia-se o poder da autoridade médica sobre a vida de uma mulher em sofrimento psíquico. A lobotomia foi recomendada pelo médico como forma de “curar” seu sofrimento e tanto o marido quanto a própria paciente solicitaram a realização do procedimento para possibilitar seu retorno ao lar e à família. O marido assinou um termo autorizando a cirurgia, ilustrando o que Toledo (2019) constatou no Hospital do Juquery: após 1948, com o impacto do Código de Nuremberg nos tratamentos médicos, passou a ser exigida a autorização da família ou da própria pessoa para a realização da psicocirurgia. Além disso, tanto Masiero (2003) retrata que as publicações sobre a psicocirurgia datam até 1956 quanto Toledo (2019) constata, em sua pesquisa no Hospital do Juquery, a realização da psicocirurgia até 1956. Dessa forma, o prontuário da paciente do CPN demonstra que houve a realização da lobotomia em pelo menos um caso, em 1959, e sinaliza que podem haver outras pessoas que foram submetidas a essa psicocirurgia posteriormente a 1956.

Nise da Silveira (2001) critica o modelo médico tradicional e contextualiza sobre a criação do **eletrochoque**⁷¹, em 1928, pelo neurologista italiano Ugo Cerletti (1877-1963). Ao visitar um matadouro de porcos em Roma, ele constatou que, antes dos porcos serem abatidos, eram submetidos a choques elétricos, o que ocasionava crises convulsivas. Ugo Cerletti chegou à conclusão de que poderia provocar uma convulsão no ser humano sem matá-lo, embora admitisse não haver compatibilidade entre a esquizofrenia e a epilepsia, sendo criado o eletrochoque como tratamento das “doenças mentais”.

Apesar das críticas, o eletrochoque foi um dos principais tratamentos utilizados no CPN, segundo os prontuários coletados (1946-1962), conforme figura 33. A maioria das pessoas internadas eram submetidas a mais de um tratamento, havendo poucos prontuários sem indicação dos tratamentos realizados. Além disso, era o tratamento mais utilizado nos hospitais psiquiátricos em âmbito nacional, segundo o Serviço Nacional de Doenças Mentais (1955, 1956, 1957, 1963)⁷², conforme figura que segue.

⁷¹ Apesar do eletrochoque ser um tratamento controverso, já tendo sido utilizado historicamente como opressão e punição, ele ainda é utilizado no Brasil, regulamentado pela Resolução n.º 2.057/2013 do Conselho Federal de Medicina.

⁷² Em outros anos, não foram encontrados dados que possuam a distinção nos tratamentos específicos de homens e mulheres, por isso, foram utilizados dados referentes ao ano de 1954, 1955 e 1956; nos dados de 1962, constava

Figura 34*Tratamentos adotados no campo da psiquiatria nas capitais brasileiras*

Nota: Adaptado do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1955, 1956, 1957, 1963)⁷³.

Dentre os anos de 1946 a 1962, a média no número de pessoas que recebiam eletrochoque no CPN manteve-se a mesma. Tais dados corroboram as informações do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1955, 1956, 1957, 1963), sem uma diminuição na realização dos eletrochoques no decorrer dos anos, mesmo com o início dos psicofármacos na década de 1950. Dessa maneira, há registros nos prontuários do CPN a respeito da realização do eletrochoque até 1972.

Algo que nos chamou a atenção foi a distinção na realização de eletrochoques em homens e mulheres. No CPN, 65% das mulheres foram submetidas ao eletrochoque e 42% dos homens. Nos dados nacionais, a quantidade de realização de eletrochoques em mulheres também é significativamente superior, o equivalente a 61% dos eletrochoques, em 1954, 57%, em 1955, e 62%, em 1956 (Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1955; 1957). A realização dos eletrochoques, tanto nos dados dos prontuários do CPN quanto nos dados nacionais, é

somente a quantidade de tratamentos de modo geral. Além disso, alguns procedimentos, considerados tratamentos, não constavam nas informações do Serviço Nacional de Doenças Mentais, tal como a lobotomia.

⁷³ Além dos tratamentos expostos na tabela, também constavam, nos dados, tratamento de malária, piretógenos, injeções e diversos.

superior nas mulheres, mesmo que correspondam a um terço das internações psiquiátricas no Brasil, em 1952 e 1968 (Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1954a, 1970).

Além disso, segundo as observações que constavam nos prontuários do CPN, o eletrochoque comumente era realizado diversas vezes em uma mesma pessoa, em geral, em ciclos de eletrochoques, três vezes na semana; em alguns pacientes, constava observação ao lado do registro do procedimento de que a(o) paciente havia entrado em coma. No prontuário de Cecília/1948 (28 anos, parda, casada, doméstica – esquizofrenia), constam 26 eletrochoques de 14/12/48 a 04/03/49, com intervalo de dois/três dias entre cada um deles; outra (Julia/1954, 36 anos, preta, solteira, doméstica - esquizofrenia) recebeu 18 eletrochoques em um mês. Algumas pacientes sugeriram serem submetidas ao Eletrochoque, como Hilda/1950 (43 anos, branca, casada, doméstica – esquizofrenia), que diz que teve melhora “com essa terapêutica, quando frequentava o ambulatório deste instituto”, demonstrando que algumas pessoas atendidas no ambulatório também eram tratadas com eletrochoque. Outra Glória/1952 (18 anos, preta, solteira, freira – sem perturbação mental), que, dentre suas queixas, salienta que “não quer tomar choque”.

Nise da Silveira (2001) explicita sobre uma carta do escritor francês, Antonin Artaud (1896-1948), internado na França, que escreveu, em 1945, ao seu psiquiatra pedindo que parassem com os eletrochoques:

O eletrochoque me desespera, apaga minha memória, entorpece meu pensamento e meu coração, faz de mim um ausente que se sabe ausente e se vê durante semanas em busca do seu ser, como um morto ao lado de um vivo que não é mais ele, que exige sua volta e no qual ele não pode mais entrar. Na última série fiquei durante os meses de agosto e setembro na impossibilidade absoluta de trabalhar, de pensar e de me sentir ser (Artaud, 1974, como citado em Silveira, 2001, p. 12).

Outro procedimento utilizado na época foi a **insulinoterapia**, criado pelo ucraniano Mafred Sakel (1900-1957), em 1933, o que ocasionava choque insulínico na pessoa, ficando ela em coma de meia a duas horas (Garcia, 1954). Esse procedimento foi mais utilizado em homens (15%) do CPN e uma porcentagem menor nas mulheres (12%).

Já a **convulsoterapia**, foi desenvolvida em 1934/1935, pelo húngaro Ladislau Von Meduna (1896-1964); o procedimento consistia em provocar crises epiléticas em pessoas com esquizofrenia por meio de injeção de cardiazol (Garcia, 1954). Durante a crise, segundo Garcia (1954, p. 680), a(o) paciente pode ter “[...] emissão de fezes urina e esperma. São raros os acidentes, tais como luxação do maxilar, da articulação escápulo-humeral, da raque, etc.”. A

maioria desse procedimento foi realizado nas mulheres, 18%, e nos homens 15%. Em uma mulher, Julieta/1954 (38 anos, parda, casada, doméstica – psicose psicogênica reação esquizofrênica), foram realizadas 33 convulsoterapias em seis meses. Em outro prontuário, consta que a “paciente passou mal com a convulsoterapia e foi suspensa” (Beatriz/1947, 48 anos, branco, casada, doméstica – psicose maníaco depressiva). No prontuário de Hilda/1950 (43 anos, branca, casada, doméstica – esquizofrenia), foi retratado que, quando esteve internada no Hospital de Praia Vermelha, foram realizados "sete choques de Cardiazol” de dez que haviam sido prescritos, sendo interrompido o tratamento “por haver sofrido luxação da articulação escápulo-umeral esquerda e fratura do úmero do mesmo lado”.

Em 1943, Pupo (1943) publicou a respeito dos cuidados com a convulsoterapia, pois ela poderia causar lesões cerebrais e, em alguns casos, provocar o óbito. No total de mil casos tratados por convulsoterapia, no Hospital Psiquiátrico do Juquery, oito foram a óbito, sendo citados três casos de convulsoterapia, um induzido por cardiazol e dois por eletrochoque: uma era mulher, 22 anos, tinha esquizofrenia; foram realizadas 21 crises por cardiazol, não havendo melhora; após 16 meses, começou a ter crises convulsivas espontâneas, indo a óbito; em outra mulher de 23 anos, com diagnóstico de personalidade psicopática, foram realizadas aplicações de eletrochoque, sendo suspenso pelo agravamento do quadro mental; duas semanas depois, começou a ter crises convulsivas espontâneas, indo a óbito; outro caso, de um homem de 25 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, foram realizados 39 comas insulínicos e, depois de 14 eletrochoques, após três meses, apresentou convulsões espontâneas e foi a óbito.

Sobre a utilização do eletroconvulsoterapia em pacientes grávidas, comumente, os estudos visavam restringir a sua utilização, principalmente após os seis meses de gravidez, por conta dos riscos para a gestação. Contudo, Marcelino da Silva e Alexandre (1950) citam o exemplo de uma mulher, internada no Instituto de Psiquiatria da Universidade Brasileira, preta, 19 anos, que estava no $\frac{4}{5}$ mês da gestação, com diagnóstico de esquizofrenia; foi realizada eletroconvulsoterapia até o final da gestação, não havendo complicações. Marcelino da Silva e Alexandre (1950) utilizam esse caso para enfatizar que não há necessidade de tanto rigor no uso da eletroconvulsoterapia em gestantes (Marcelino da Silva & Alexandre, 1950).

Comparando os dados do CPN com os dados do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1955, 1956, 1957), nas duas situações, a insulinoaterapia também era mais utilizada em homens, de maneira que a convulsoterapia (cardiazol) era mais considerada para mulheres.

Diante de tais distinções entre os tratamentos realizados em mulheres e em homens, algumas pontuações são necessárias. Garcia (1954, p. 682) pontua que, após a realização da

insulina, na qual o coma agia na agitação, as pessoas tornavam-se mais “abordáveis e exteriorizáveis”, tendo tal procedimento melhores resultados em pessoas com diagnóstico de Psicoses Tóxicas, diagnóstico mais incidente nos homens. Já a convulsoterapia, apresentava melhores resultados em pessoas diagnosticadas com Psicose Maníaco Depressiva, um dos principais diagnósticos atribuídos às mulheres (Garcia, 1954). Outro fator, conforme observado na realização de outros procedimentos, como lobotomia e eletrochoque, era de que os tratamentos mais controversos e nocivos eram utilizados majoritariamente em mulheres, sem haver explicação científica para tal. Quando comparamos a insulinoaterapia e a convulsoterapia, a última era mais agressiva, visto que até ocasionava fraturas espinhais em 42% das(os) pacientes (Sabbatini, 1997). A convulsoterapia foi realizada até a década de 1960; já a insulinoaterapia, até a década de 1970; isso em decorrência da ineficiência de ambos os procedimentos a longo prazo, concomitantemente ao desenvolvimento de novos tratamentos (Guimarães et al., 2013).

Outros tratamentos, constatados nos prontuários do CPN, foram **a terapia e a psicoterapia**⁷⁴, registrados no prontuário de somente uma mulher, com cada um dos tratamentos. No único caso de psicoterapia, também, foi realizada a laborterapia, que foi de Francisca/1951 (18 anos, parda, solteira - psicose maníaco depressiva), a qual havia sido criada em colégio de freiras; enquanto sintomas, constava que havia ficado agitada, teve excitação do ânimo e, de acordo com a genitora, “tudo decorre de questões de aúvôres⁷⁵ contrariados”. Ficou menos de um mês internada.

A atuação em psicoterapia era, em geral, exercida pelos médicos, tendo como base teórica predominante a psicanálise. Nas faculdades de medicina, existiam disciplinas voltadas à psicoterapia fundamentadas na psicanálise e nos princípios da higiene mental (Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 1949). Somente em 1962, com a regulamentação da profissão de psicologia, foram admitidas as(os) três primeiras(os) psicólogas(os) no CPN (Mendes, 2007).

Os antipsicóticos tiveram seu início na década de 1950 com a clorpromazina (Rodrigues, 2003). Lôbo (1955b) expõe sobre os experimentos realizados com medicamentos nas pessoas internadas no CPN. Foram utilizados medicamentos de Clorpromazina e Rauwolfia; alguns pacientes foram submetidos a outros tratamentos anteriormente, inclusive lobotomia. Na reportagem, cita-se um homem que tinha esquizofrenia paranoide e, após o uso da medicação,

⁷⁴ A profissão da(o) psicóloga(o) foi regulamentada somente em 1962, pela lei 27 de agosto de 1962, em que consta, dentre os objetivos das funções privativas do psicólogo: “a) diagnóstico psicológico; b) orientação e seleção profissional; c) orientação psicopedagógica; d) solução de problemas de ajustamento” (Lei N.º 4.119, 1962).

⁷⁵ Palavra conforme consta no prontuário psiquiátrico de 1951 do CPN.

sentiu-se melhor, ouviu raramente coisas, mas elas se atenuaram e perderam a carga afetiva que possuíam, permitindo que os pacientes levassem uma vida, nas possibilidades normais. Lôbo (1955b) cita o caso de outra paciente, a qual era da favela, cozinhava, arrumava e lavava, gostava da sua patroa, mas, após a internação, tornou-se agressiva com as companheiras e enfermeiras: “impossível contê-la” (s.p.) “quebrava vidros” (s.p.). Já havia sido utilizado psicocirurgia na paciente. Com a utilização da medicação, a agressividade e agitação desapareceram, o que alterou seus comportamentos. Em uma conversa com o psiquiatra, expôs que ela possuía vontade de estudar e, quando ele questionou: “Por que é que você quebrava as coisas?” - ‘Porque iam me aplicar choque e eu não queria tomar’ (Lôbo, 1955b, s.p.).

Em contrapartida, Lôbo (1955c) ressalta a falta de qualidade e quantidade dos hospitais psiquiátricos, sendo somente um depósito de pessoas com “doenças mentais”.

Em alguns deles, até a pura e simples medicação foi praticamente abolida. Atira-se o pobre no pátio, e ele que não amole. De vez em quando, um remediozinho para tapear. Nem método; nem observação das reações: nem conhecimento, superficial que seja, do caso; nem nada. Se o coitado não sofre grosserias e traumatismos paciente (‘esse doido’, ‘esse maluco’, caçoadas, empurrões, gritos), a ameaça: ‘Olha que você toma um choque!’ (Lobo, 1955c, p. 4).

Amarante e Freitas (2017) enfatizam que, na segunda metade da década de 1950, “para que a indústria farmacêutica tenha êxito na expansão de seus negócios é imprescindível a criação de novos doentes. E para que esses novos doentes sejam criados é imperioso o papel do médico” (p. 30). Assim, os tratamentos do que eram consideradas “doenças mentais” passaram a ser inseparáveis da medicalização, consolidando-se a aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica.

De modo geral, 84% das pessoas internadas no CPN, tanto mulheres quanto homens, receberam algum tipo de medicação ao longo do tratamento, embora a nomenclatura de muitos fármacos registrada nos prontuários se mostrasse, frequentemente, de difícil compreensão. A maioria dos prontuários também registrava medidas profiláticas, como vacinação contra epidemias, destacando-se a vacina contra a varíola, além de exames de tuberculose e sífilis⁷⁶, constando também prescrição de vitaminas B e C.

⁷⁶ Os tratamentos para sífilis surgiram principalmente com os antibióticos, especificamente a penicilina. Ela foi descoberta por Alexander Fleming (1881-1955) em 1928, porém, não foi dada a devida importância para tal descoberta. Em 1935, Gerhard Domack (1895-1964) descobriu um outro antibiótico, a sulfamina, e, em 1940, Howard Florey (1898-1968) e Ernst Chain (1906-1979) retomaram os estudos de Fleming e demonstraram a capacidade terapêutica da penicilina. A produção e uso da penicilina ocorreram principalmente durante e após a Segunda Guerra Mundial (Veloso, 2006).

Entre as medicações identificadas e utilizadas antes da década de 1950, destacam-se os barbitúricos, como o fenobarbital (nomes comerciais Gardenal e Luminal), desenvolvido em 1902 e comercializado a partir de 1914, amplamente empregado como anticonvulsivante, bem como sedativo e hipnótico, uso que se estende até a atualidade (Guerreiro, 2006). Outro barbitúrico recorrente foi o pentobarbital (nome comercial Nembutal), criado na década de 1920, utilizado principalmente como sedativo e hipnótico (López-Muñoz, Ucha-Udabe & Alamo, 2005). Em diversos registros, contudo, a medicação era mencionada apenas de forma genérica, como “sonífero”, “calmante” ou “analgésico”.

A partir da década de 1950, com o desenvolvimento e a maior disseminação dos antipsicóticos, observa-se a incorporação de novos fármacos aos tratamentos, conforme registrado nos prontuários. Entre eles, destaca-se a clorpromazina (nome comercial Amplictil), que foi criada em 1952 e a partir desse ano já há registro nos prontuários. O haloperidol (nome comercial Ledol), sintetizado em 1958 e comercializado a partir de 1959, utilizado sobretudo no manejo de estados de agitação, delírios e alucinações (Frota, 2003). Também foram identificadas a flufenazina (nomes comerciais Anatsol/Antemsol), criada em 1959 e classificada como antipsicótico, e o trifluoperidol (nome comercial Triperidol), sintetizado em 1959 e comercializado a partir de 1961, igualmente pertencente à classe dos antipsicóticos (Frota, 2003). Ademais, consta a carbamazepina (nome comercial Tegretol), criada em 1953 e utilizada, a partir da década de 1960, como anticonvulsivante e estabilizador do humor (Guerreiro, 2006).

Silveira (2001, p. 13) enfatiza reclamações de pacientes ao utilizarem as “drogas ditas antipsicóticas”, desde inércia das funções psicológicas, sonolência constante e dificuldade na tomada de decisões; além disso, foi percebida, no STO, a redução ou até mesmo a perda da criatividade. Nesse sentido, Nise da Silveira (2001, p. 13) destaca um poema de autoria de uma paciente:

Os médicos dão muito remédio
e as enfermeiras para não terem trabalho só ficam gritando
vou dar choque
vou dar amarra
ser louco é uma barra (Beta).

Silveira (2001) salienta que muitas das pessoas submetidas a eletrochoque, coma insulínico, psicocirurgias ficavam mais calmas, por vezes, tendo comportamentos somente automáticos, com prejuízo da capacidade de abstração, de imaginação e de criação, embora “as

famílias e o ambiente hospitalar, porém, passavam a gozar de cômoda tranquilidade” (p. 12). Dessa maneira, revelou-se ilusória a crença de que o uso das medicações reduziria o tempo de internação, uma vez que não houve alteração no número de reinternações. Desde 1950, o CPN apresenta uma média de 70% de reinternações, sendo que os medicamentos apenas suprimem os sintomas (Silveira, 2001).

Além disso, Nise da Silveira (2001) enfatiza que a “loucura” é lucrativa ao capitalismo. Por isso, há a permanência das formas de tratamentos agressivos, das indústrias multinacionais produtoras de psicofármacos e da maioria dos hospitais psiquiátricos serem particulares.

A psiquiatria, na sua atitude face ao doente, inválida sumariamente os que não se adaptam às normas sociais vigentes, sem investigar os motivos que os levaram àquela atitude - problemas afetivos, familiares, econômicos. Apressam-se os psiquiatras em rotulá-los de esquizofrênicos e a hospitalizá-los. Será quase impossível escapar. Uma vez nas malhas do hospital psiquiátrico, ora entrando, ora saindo, ora reentrando, o indivíduo não é mais uma pessoa; é um paciente, torna-se uma peça na engrenagem dessa fábrica de loucura (Silveira, 2001, p. 15).

Com as produções das “doenças mentais” e a medicalização, a medicina vai ocupando o lugar de poder e de controle social, que antes a religião e a lei ocupavam, e esse poder vai sendo imposto como algo natural. Os critérios das categorias diagnósticas são alterados, historicamente, assim como os aspectos morais, políticos e institucionais (Amarante & Freitas, 2017).

Dessa forma, historicamente, foram instituídos diversos procedimentos voltados a “curar” as pessoas consideradas com “doenças mentais”, numa lógica de endireitar a árvore que teria crescido torta — isto é, ajustar os sujeitos à norma e ao alinhamento social esperado. Para além das distinções nas classificações diagnósticas entre homens e mulheres, discutidas no tópico anterior, verificamos que tais diferenciações também se mantêm nos tratamentos psiquiátricos. Chama a atenção o fato de que, embora as mulheres fossem minoria entre as internações, foram elas as que mais receberam tratamentos controversos e nocivos, como a lobotomia, o eletrochoque e a convulsoterapia, sem justificativas científicas que embasassem tais práticas. Essa seletividade do sofrimento aponta para a forma como as instituições psiquiátricas, ancoradas em saberes médicos pretensamente neutros, reproduziam e aprofundavam as desigualdades de sexo/gênero, funcionando como aparelhos de controle e silenciamento. No entanto, paralelamente a essas práticas, surgiram iniciativas que buscavam transformar a psiquiatria tradicional, propondo alternativas mais humanizadas de cuidado. Entre

elas, destaca-se o uso da arte como recurso terapêutico; é sobre essa prática que nos debruçaremos no subtópico seguinte.

4. 3. 1 Arte como instrumento terapêutico

Na sociedade capitalista, de forma geral, manifestam-se tensões permanentes entre práticas voltadas à manutenção da ordem vigente e iniciativas que buscam romper ou tensionar a lógica social estabelecida. No campo da psiquiatria e dos hospitais psiquiátricos, essa contradição também se expressa: de um lado, tratamentos violentos e normalizadores voltados ao ajustamento dos sujeitos às normas burguesas; de outro, experiências que apontavam para possibilidades de resistência e de humanização do cuidado. Nesse contexto, ao longo do século XX, emergiram práticas alternativas — inclusive no próprio CPN.

Maurício (1960) salienta que, na metade do século XX, alguns psiquiatras buscaram realizar tratamentos mais humanizados, amenizando o sofrimento das(os) pessoas consideradas com “doenças mentais”, de maneira a trocar a inatividade das(os) pacientes, pelo trabalho terapêutico e a arteterapia⁷⁷, embora ainda fosse uma minoria das(os) psiquiatras que visavam ao trabalho mais humanizado, sendo ainda a psiquiatria majoritariamente biologizante.

Fraletti (1957) retrata que os estudos e práticas terapêuticas sobre a arte realizada pelas pessoas consideradas com “doenças mentais” tiveram, como um dos precursores no Brasil, Osório César, em 1923, quando era estudante interno no Hospital Psiquiátrico do Juquery. Em 1948, ele organizou, no Museu de Arte, a 1ª Exposição de Arte do Hospital do Juquery. O autor salienta que a arte não é somente um passatempo, pois auxilia o diagnóstico, o prognóstico e a evolução do doente, sendo também uma terapêutica e ferramenta de investigação psicológica: “A arte é fenômeno social e vital, que o artista cria por determinismo social e individual. É função social e prazer” (Fraletti, 1957, p. 10).

No Hospital Psiquiátrico do Juquery, havia a Escola Livre de Artes Plásticas; inicialmente, era uma Secção de pintura, que foi criada em 1949, por Mário Yahn; depois, foi transformada em Escola Livre para “doentes mentais”, por Osório César, que, desde que entrou para o hospital, se dedicava ao estudo da produção artística das(os) pacientes. A Escola Livre tinha várias seções: desenho, pintura, cerâmica e escultura. Havia exposições permanentes dos objetos produzidos. Em 1955, foram realizadas cinco exposições, sendo que a venda das produções artísticas foi feita para a compra de materiais de pintura e auxílio aos pacientes. Em

⁷⁷ A arteterapia foi sistematizada pela psicóloga norte-americana Margareth Naumburg (1890-1983) e pela artista Adrian Hill (1895-1977), na década de 1940 (Fioravanti, 2016).

1956, foram realizadas quatro exposições; em 1957, oito exposições, e, em 1958, foram duas, chegando a 25 exposições, todas organizadas por Osório César (Fraletti, 1958).

Segundo Guimarães da Silva (2022), Osório César questionava sobre o trabalho artístico das mulheres, pois era escasso no Hospital Psiquiátrico do Juquery, visto que Osório César considerava que as “mulheres são menos imaginativas que homens” (p. 677). Assim, a produção das mulheres era mais voltada a objetos manuais, fabricação de bonecas, que utilizavam papel e pedaços de pano, tendo elas muito carinho com as bonecas; para Osório César, esse afeto é símbolo do instinto materno. Além disso, eram realizadas cestas, bordados, crochê, sendo que, nas artes plásticas e na literatura, havia pouco interesse das mulheres. Nos homens, era mais comum o delírio de grandeza; já as mulheres estavam voltadas a questões, classificadas por Osório César, como vulgares (Guimarães da Silva, 2022).

De acordo com Guimarães da Silva (2022), Osório César não questionou em nenhum momento sobre os papéis sociais femininos e a relação com o trabalho artístico. Assim, Guimarães da Silva (2022) evidencia algumas possibilidades para os poucos trabalhos artísticos das mulheres no Hospital do Juquery; ele refere-se à escassez de artistas mulheres, não sendo oferecidas condições sociais para o desenvolvimento artístico. Além disso, as mulheres que eram internadas no hospital, muitas vezes, já chegavam reprimidas sobre suas capacidades criativas e, no hospital, eram ainda mais reprimidas, o que dificultava o fazer artístico. Dessa forma, apesar de Osório César ter práticas revolucionárias para o período, quando se tratava do fazer artístico das mulheres, ainda as reduzia a questões biológicas, por considerar serem menos imaginativas; não analisou as opressões impostas às mulheres na época.

Uma das mulheres internadas no Hospital Psiquiátrico do Juquery, que merece destaque, foi Aurora Cursino dos Santos (1896-1959), internada em 1944, com 48 anos. Em 1955, ela foi submetida à lobotomia, ficando internada até sua morte, em 1959. Aurora exerceu atividades com prostituição, depois, como trabalhadora doméstica, diagnosticada com personalidade psicopática amorosa e esquizofrenia parafrênica (Guimarães da Silva, 2022; Jeha & Birman, 2022). Guimarães da Silva (2022, p. 684) retrata que: “Cursino foi prostituta e denuncia em suas imagens diversas violências sexuais que afirma ter sofrido ou visto outras mulheres sofrerem. A artista também retrata ambientes religiosos, muitas vezes com experiências cruéis que ela aparenta ter sofrido na juventude”. Assim, na figura 35, Aurora expõe, nas pinturas e em frases, situações que denotam sofrimento e sua história. Na primeira figura, ela escreve “eis que a ação internacional ignora a prostituição [...] moléstias mentais e cerebrais [...] temos que pagar e outros não?”; já na segunda figura, ela escreve “socorre-me”.

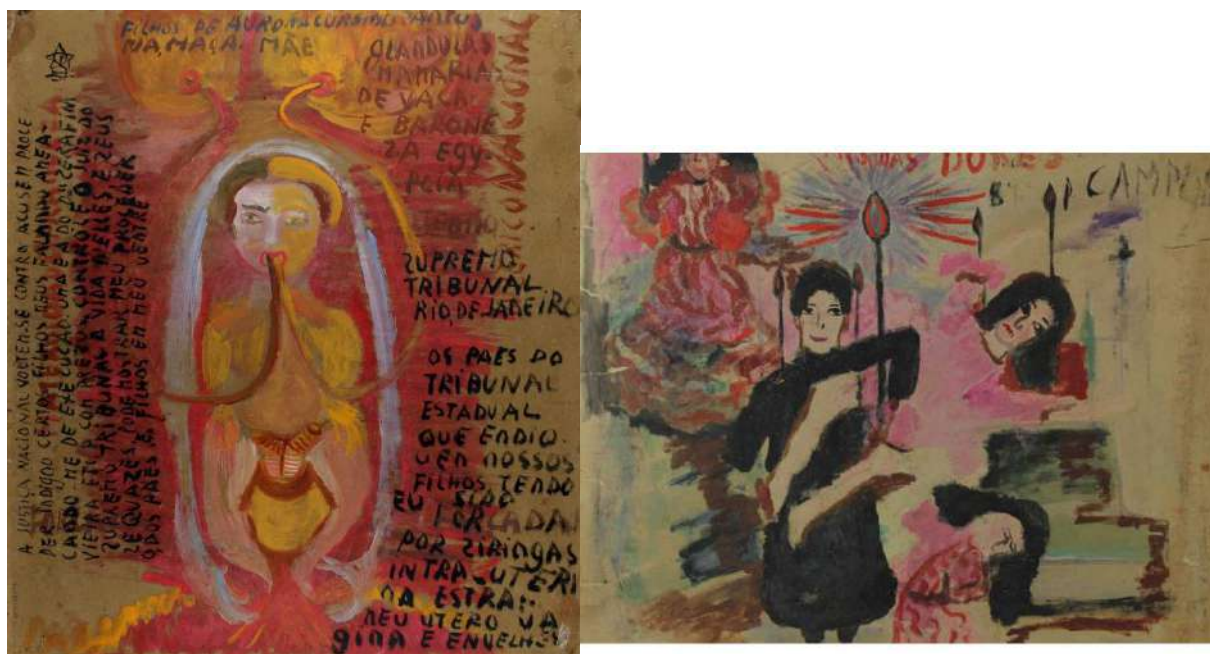
Figura 35

Pinturas Aurora Cursino dos Santos



Nota: 35ª Bienal de São Paulo (2023) Coleção Museu de Arte Osório Cesar.

Na primeira figura, dentre as frases escritas de Aurora, consta “tendo eu sido forçada por seringas intrauterina”; na outra figura, mostra-se uma mulher deitada e um homem a tocando; e, por último, essa mulher vomitando; a frase escrita na parte superior não fica clara, aparentando estar escrito “dores”.

Figura 36*Pintura Aurora Cursino dos Santos*

Nota: Valdanha (2022) e Folha de São Paulo (2022) da Coleção Museu de Arte Osório César.

Osório César (2007) pontua que a arte realizada por pessoas consideradas com “doenças mentais” vem sendo estudada por psiquiatras. Isso porque determinados pacientes possuem a necessidade de expressar seus sentimentos estéticos como formas de pinturas, desenhos, esculturas, versos, “e não se julgue que essas atitudes de arte entre os alienados sejam somente reproduções mecânicas, estereotipadas, trabalhadas sem interesse, sem amor. Puro engano; grande parte desses artistas possui uma verdadeira idolatria por tudo o que fazem” (César, 2007, p. 119).

Fraletti (1956) salienta a importância da produção da arte para as pessoas com “doenças mentais”; a arte é utilizada como terapêutica ocupacional, extroversão dos dramas, auxilia a satisfação do prazer, a adquirir autoafirmação de seu valor intelectual e também material, embora o autor enfatize que, ao trabalhar, a(o) paciente deixaria de ser um peso ao hospital.

Outra psiquiatra relevante no uso da arte como tratamento das pessoas consideradas com “doenças mentais” foi Nise da Silveira, que iniciou o trabalho no CPN em 1944, depois de ficar detida por um ano e três meses durante a ditadura de Getúlio Vargas. No CPN, depara-se com a utilização de tratamentos, como o eletrochoque, o coma insulínico e a lobotomia (Melo, 2009). Contudo, segundo Melo (2009, p. 33), Nise da Silveira “se recusava a utilizar tais procedimentos por se assemelharem às torturas físicas, que não sofreu, mas que viu

de perto na prisão, principalmente em relação a Elisa Berger, que dormia na cama ao lado da sua na cela feminina, a chamada Sala 4”.

Por conta da negação em realizar tratamentos que considerava agressivos, ela passou a utilizar a arte, dirigindo, no CPN, a STO, desde sua criação, em 1946, até quando Nise da Silveira se aposentou, em 1974. Inicialmente, o STO realizava apenas a pintura como atividade, contudo, Nise da Silveira percebeu a função terapêutica da arte, no próprio ato de pintar, como forma de expressão do inconsciente “quanto é frequente que o indivíduo se sinta acossado de tal maneira no mundo externo que somente encontra como saída a porta da loucura” (Silveira, 2015, p. 112).

Em uma reportagem da Tribuna da Imprensa (1959), retratava-se que as atividades realizadas no STO, como tratamento, não visavam ao lucro. Funcionavam, dessa forma, 17 salas: “Salão de Beleza, Tecelagem, Cestaria, Encadernação, Biblioteca, Sapataria, Danças Folclóricas, Recreação, Esporte, Jardinagem, Modelagem, Artes Aplicadas e as salas Sá Ferreira e Mário Pinheiro do Hospital Pedro II” (s.p.). Contudo, a seção possuía somente 200 vagas, havendo mais de cinco mil pacientes no complexo hospitalar, de maneira que eram encaminhados para a STO somente os considerados melhorados e com receita médica. Assim, era necessário o preenchimento de um receituário para admissão no STO, que foi criado pela Nise da Silveira; o restante das(os) pacientes eram mandados para os pátios. Além disso, havia alguns pacientes que trabalhavam no complexo hospitalar, ajudando nas tarefas e, com isso, os considerados melhorados referentes ao seu quadro de “doença mental” podiam receber licença para visitar a família. A participação dos trabalhos realizados pelos(as) pacientes em exposições internacionais contribuiu para que a instituição se tornasse uma das organizações de terapia ocupacional mais reconhecidas do mundo, apesar da falta de recursos materiais e humanos (Tribuna da Imprensa, 1959).

Já Lôbo (1955c) relata que apenas 150 pacientes adultos participavam da praxiterapia conduzida por Nise da Silveira, no STO, enquanto os outros 1.200 internos permaneciam ociosos. Ou seja, cerca de 80% dos pacientes não dispunham de nenhuma atividade que contribuísse para sua recuperação. Além disso, Nise da Silveira, assim como outros médicos, tentou pôr fim aos regimes de pátio, porém, sem êxito. Lima Barreto (1993, p. 57), embora se refira a seu internamento no HNA, explicita como eram os pátios:

O pátio é triste. De manhã cedo, varrem-no; as mangueiras lavam-no. Depois entram os doentes. Uns ficam sentados nos bancos, calados; outros, nervosos, andam de um lado para outro, com o passo irregular. Há os que falam sós; há os que ficam como mortos,

imóveis. Quando muito, um ou outro, muito calado, se aproxima de mim, e diz-me que é perseguido pela polícia secreta. Tudo aquilo é triste e sem esperança.

Nos prontuários analisados do CPN, observa-se o reduzido encaminhamento de pacientes às atividades do STO. Constatou-se que, em dois casos, há registro de tratamento com praxiterapia; em um, de laborterapia; e, em três, de terapêutica ocupacional, totalizando apenas seis pacientes entre 170 analisados. Garcia (1954) destaca que os termos praxiterapia e laborterapia podem ser utilizados como sinônimos de terapêutica ocupacional, o que também é evidenciado em algumas reportagens da época.

No prontuário de uma mulher do CPN, constava uma ficha de encaminhamento para ser atendida no STO (a reprodução da ficha está no Anexo IV). Nessa ficha de encaminhamento, havia questões sobre dados da paciente, resumo do exame psicológico, quais objetivos se pretendia com o tratamento ocupacional, aptidões e interesses da paciente, algumas recomendações para a reação das atividades; também constava que havia as seguintes atividades, em 1959: Salão de Beleza, Tecelagem, Cestaria, Encadernação, Biblioteca, Musicoterapia, Danças Folclóricas, Recreação, Pintura, Desenho, Gravura, Marcenaria, Sapataria, Educação Física, Jardinagem, Modelagem e Artes Aplicadas. Em outro prontuário, de Mateus/1956 (18 anos, pardo, solteiro, vendedor – personalidade psicopática), consta que ele havia negado realizar a praxiterapia por não ter recompensa financeira imediata, além de ter negado participar do STO por não ver “utilidade”.

Embora as atividades do STO fossem disponibilizadas a um número reduzido de pacientes, Maurício (1960) enfatiza que elas eram planejadas possibilitando o contato da(o) paciente com o mundo exterior, de acordo com o desenvolvimento intelectual e gravidade da sua doença. Havia, dessa maneira, três estágios das atividades: 1º estágio das atividades era de cunho psicomotor, como jogar bola, confecção de bonecos, marcha, danças folclóricas, cantos populares, ou outros exercícios esportivos; 2º estágio era de atividades artísticas, como modelagem, pintura, visando ao desenvolvimento afetivo; 3º estágio possuía atividades de artesanato, que envolve o desenvolvimento da responsabilidade da(o) paciente com a sociedade, como oficinas de marcenaria, encadernação, cestaria, sapataria, além de oficinas voltadas ao trabalho das mulheres, como costura, bordados e tapeçarias (Maurício, 1960).

As(os) pacientes do STO continuavam com o acompanhamento médico e, durante a realização das atividades artísticas, também eram realizados testes psicológicos intelectuais e projeção afetivas. As pinturas eram espontâneas, tendo monitores que, por vezes, atribuíam conselhos técnicos. Assim: “O artista aspira transmitir uma mensagem, enquanto o doente

mental pinta para si mesmo” (Maurício, 1960, s.p.). O autor ressalta que a pintura terapêutica era acompanhada pelo médico que tem conhecimento de ergoterapia⁷⁸. Toda atividade humana, seja a pintura, esporte, política, cultura, ciência, entre outras atividades, possuem valor expressivo; assim, a Arteterapia “mobiliza, exterioriza, utiliza e torna objetivas as próprias forças psíquicas que oprimem a vida mental do doente e que são responsáveis pelos distúrbios do seu comportamento social” (s.p.). Maurício (1960) reforça que “a personalidade humana normal ou patológica é uma ‘integração dos aspectos orgânico, biológico, psicológico e social, dificilmente dissociáveis e reagindo entre si’” (s.p.).

Em 1947, foi realizada uma exposição no Ministério da Educação e outra em 1949, no Museu de Arte Moderna de São Paulo; essas exposições visavam dar visibilidade às produções artísticas, havendo alguns críticos de arte. Embora as(os) psiquiatras, de diversos países, ainda se recusassem a aceitar que as pinturas das(os) “doentes mentais” tivessem valor artístico, havia maior apoio às expressões artísticas fora da psiquiatria. Por conta do crescimento da produção artística das(os) pacientes do CPN, foi pensado em um museu para expor as obras, considerando sua relevância científica e artística. Assim, foi inaugurado, em 1952, o Museu de Imagens do Inconsciente (Silveira, 2015).

Silveira (2015) retrata sobre uma paciente do STO, Adelina Gomes (1916-1984), filha de camponeses, pobre, submissa à mãe, com 18 anos, que se apaixonou por um rapaz, mas a genitora não aceitava. Tornou-se, então, retraída e irritada; um dia, estrangulou uma gata de estimação, sendo internada em 1937; em 1946, começou a participar do STO. Na obra de Adelina, de 1969, é retratado o encontro entre o homem e a mulher, o qual já não é mais proibido; nessa época, Adelina relacionava-se com um paciente do complexo hospitalar, o que está expressado nas pinturas a seguir.

⁷⁸ O termo ergoterapia é a utilização sistemática de atividades socialmente adaptadas e dirigidas terapeuticamente; já a praxiterapia, é somente a ocupação terapêutica por meio de qualquer trabalho. A ergoterapia é da psicologia dinâmica; ao contrário da psicanálise, que é uma terapia passiva, essa é ativa (Maurício, 1960).

Figura 37*Pinturas de Adelina Gomes*

Figura 36
Adelina Gomes, 11/10/1969, óleo sobre tela,
51,7 x 45,0cm.



Figura 52
Adelina Gomes, 09/06/1975, óleo sobre
papel, 48,5 x 33,5cm.

Nota: Silveira (2015, p. 242 e p. 249).

Fioravanti (2016) ressalta alguns pontos em comum entre o trabalho de Osório César e de Nise da Silveira, visto que ambos conviveram com intelectuais da época, artistas, escritores e eram comunistas; foram detidos em diversas ocasiões, pois “defendiam sobre a livre expressão artística como possibilidade de reequilíbrio das emoções das pessoas com distúrbios mentais” (p. 79). Além disso, visavam ao uso da arte como alternativa aos tratamentos da época, a exemplo da lobotomia e do eletrochoque. Contudo, o objetivo deles era distinto; Osório César, ao dirigir a Escola Livre de Artes Plásticas, buscava ensinar um ofício que as(os) pacientes pudessem realizar após saírem do hospital. Já Nise da Silveira, ao assumir o STO, começou a desenvolver seu próprio método de tratamento, utilizando-se de pinturas, esculturas e arte de modo geral para a reorganização mental das(os) pacientes.

Além disso, segundo Fioravanti (2016), Nise da Silveira criou o Museu de Imagens do Inconsciente para expor os trabalhos das(os) pacientes, enquanto Osório César acabou vendendo algumas obras para conseguir manter a Escola e adquirir os materiais necessários para a sua manutenção. Ele saiu do hospital em 1965, por questões políticas, e a Escola fechou em 1970. Os trabalhos das(os) pacientes do Hospital Psiquiátrico do Juquery acabaram se espalhando, sendo organizados, posteriormente, por uma pesquisadora, Maria Heloísa Corrêa Toledo Ferraz. Em 1985, foi criado o Museu Osório César em homenagem a ele (Fioravanti, 2016).

A relevância da Terapêutica Ocupacional⁷⁹ era reconhecida pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (1953), por possuir função no tratamento e na readaptação de pessoas com “doenças mentais”, o que auxiliava também economicamente os cofres públicos, pois as(os) pacientes produziam para a readaptação da vida social e essa produção ajudava a manter os hospitais em que eles estariam internados. As oficinas poderiam ser de móveis, sapatos, travesseiros, roupas, agropecuária, entre outras. Em 1953, foram destinados recursos a vários hospitais psiquiátricos do Brasil para implantar as oficinas de terapêutica ocupacional.

Lôbo (1955d) relata sobre a idealização de outro projeto da Nise da Silveira de Sociedade de Amparo aos Psicopatas, que seria uma clínica para egressos de internações psiquiátricas. Dessa forma, a(o) egresso viveria em seu meio, em sua casa, e realizaria terapia ocupacional, atividades recreativas e psicoterapia em grupo, pois o descuido com a readaptação da(o) ex-paciente poderia comprometer a cura, por isso, a necessidade de acompanhamento na reintegração familiar e social (Lobo, 1955d). O projeto de Nise da Silveira foi concretizado um ano após a reportagem de Lôbo, em 1956, denominado Casa das Palmeiras (Silveira, 2001).

Ao longo deste capítulo, vimos como os hospitais psiquiátricos, historicamente, se consolidaram como espaços de exclusão social, sustentados por classificações diagnósticas e supostos tratamentos que reforçavam desigualdades já existentes na sociedade. Os diagnósticos e tratamentos não eram neutros: refletiam distinções entre homens e mulheres, diretamente relacionadas aos papéis sociais atribuídos a cada um. Nesse contexto, os procedimentos mais controversos e nocivos, como a lobotomia e o eletrochoque, recaíam majoritariamente sobre as mulheres. Contudo, também identificamos experiências de resistência dentro dessas instituições, como o trabalho do STO do CPN, ainda que restrito à minoritária das pessoas internadas. Essas reflexões permitem compreender como as práticas psiquiátricas estavam imbricadas nas dinâmicas sociais mais amplas e nos conduzem, no próximo capítulo, à análise das principais categorias encontradas nos prontuários do CPN.

⁷⁹ A terapêutica ocupacional foi considerada profissão pelo Decreto-Lei n.º 938 (1969), fazendo parte da estratégia da saúde da família no âmbito do Sistema Único de Saúde (Lei n.º 14.231, 2021).

5. “SER-PARA-OS-OUTROS”: MEMÓRIAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO CENTRO PSIQUIÁTRICO NACIONAL

*O capitalismo
carregou para sobre os ombros da mulher trabalhadora
um [peso] que a esmaga;
a converteu em operária,
sem aliviá-la de seus cuidados de dona de casa e mãe.
Portanto, a mulher se esgota como consequência
dessa tripla e insuportável carga
que com frequência expressa
com gritos de dor e lágrimas
(Kollontai, 2002, p. 3).*

Uma paciente (Irene/1953, 30 anos, branca, casada, doméstica - esquizofrenia) do CPN, em atendimento, afirmou: “esse mundo é uma droga, droga é um palavrão, eu sou uma drogaria”. A frase, que pode ser interpretada de diferentes maneiras, expressa de forma contundente o sofrimento de uma mulher que percebe o mundo como algo degradado, um “palavrão” e, ao mesmo tempo, internaliza essa percepção, considerando-se ela própria como uma “droga”. Tal enunciado evidencia como a experiência subjetiva é marcada e determinada pelas condições sociais nas quais os sujeitos estão inseridos. Nesse sentido, Marx e Engels (2007, p. 94) enfatizam: “Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência”. Assim, em uma sociedade estruturada pela desigualdade social, racial/étnico, de sexo/gênero e pela exploração da força de trabalho, a consciência será determinada por esses múltiplos aspectos, podendo tais fatores culminar em sofrimento psíquico.

Sob essa perspectiva, Souza (2006) lembra que, se a consciência é determinada pela vida — ou seja, pelas condições sociais —, e elas são historicamente desiguais, a consciência também refletirá essas desigualdades. As emoções, como fenômenos históricos, estão em constante transformação, sendo moldadas em cada época de acordo com as necessidades de manutenção da ordem social, tornando-se instrumentos de controle social. No interior da sociedade capitalista e patriarcal, isso se expressa na atribuição de funções psicológicas distintas a homens e mulheres: a racionalidade, como traço privilegiado e socialmente esperado

dos homens; e a afetividade, como característica atribuída às mulheres. Essas distinções, longe de naturais, operam como mecanismos de manutenção da ordem social vigente.

A objetivação desse sofrimento pode ser observada na obra a seguir, de Cândido Portinari; embora ela possa ter diversas interpretações, retratamos a realizada por Artrianon (2017, s.p.):

Do olho fechado, o silêncio dolorido cede diante do peso da sua existência e brota na forma de uma lágrima impregnada de desespero. [...] Ninguém sabe o motivo pelo qual a mulher ali jaz em silenciosa contemplação. Ninguém conhece o seu nome, ou qual o peso que angustia a sua consciência.

Figura 38

Mulher chorando (1947), Candido Portinari



Nota: Artrianon (2017).

Neste capítulo, abordamos as memórias das pessoas internadas no CPN, com ênfase à história das mulheres — ainda que também se contemplem os homens —, relacionando os possíveis motivos de internação aos papéis sociais desempenhados por cada uma. Escrever sobre essas memórias, entretanto, é tarefa árdua, sobretudo porque muitos prontuários carecem de informações mais completas. Isso ocorre porque, geralmente, o olhar das(os) profissionais privilegiava aspectos biológicos e sintomáticos em detrimento das dimensões sociais da vida dos sujeitos.

Dessa forma, buscamos identificar elementos particulares que possam estar associados ao sofrimento psíquico dessas pessoas, seja nos registros sobre os motivos de internação, seja

em fragmentos de suas histórias de vida, que evidenciam fatores comuns daquele contexto histórico. Para tanto, o capítulo está estruturado em três eixos principais: (1) **trabalho: a internação psiquiátrica dos considerados improdutivos**; (2) o suposto “**instinto materno**”; e (3) as situações de **violência contra mulheres** registradas nos prontuários.

Essas foram as temáticas centrais identificadas como expressivas da particularidade da vida das pessoas internadas no CPN. Embora outros elementos relevantes também apareçam — como sofrimentos vinculados ao luto, conflitos familiares⁸⁰, religiosidade⁸¹, questões raciais, sexualidade, ou ainda o uso abusivo de álcool —, tais aspectos não são aprofundados, uma vez que são poucos prontuários e extrapolam os objetivos centrais desta pesquisa.

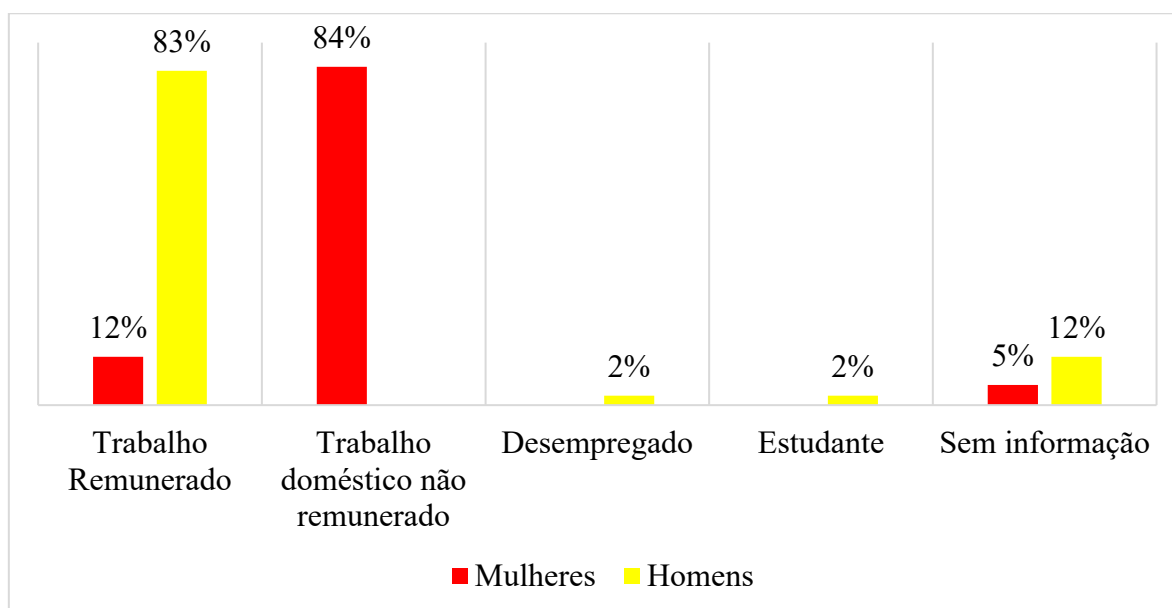
5. 1 Trabalho: a internação psiquiátrica das(os) consideradas(os) improdutivas(os)

Para Marx (2010a), o trabalho é atividade vital do ser humano. Embora, com o desenvolvimento da sociedade capitalista, o trabalho seja apenas um meio para a subsistência, o trabalhador torna-se mercadoria, produz riqueza e se torna mais pobre na medida em que produz. O trabalhador estranha o próprio ato de produção, o resultado de seu trabalho, assim, ele “faz da sua atividade vital, da sua essência, apenas um meio para sua existência” (Marx, 2010a, p. 85).

No modo de produção capitalista, o trabalho não é apenas uma atividade vital, mas o fundamento da reprodução social e da acumulação de capital. Nesse contexto, os sujeitos são socialmente valorizados em função de sua capacidade produtiva, assim, a improdutividade torna-se sinônimo de desvio, anormalidade ou até mesmo patologia. Essas questões foram observadas nos prontuários de mulheres e homens internados no CPN. Isso pode ser percebido pelo que está exposto na figura a seguir, visto que existe uma distinção gritante entre os trabalhos realizados por mulheres e homens que estiveram internados entre 1946 e 1962.

⁸⁰ Por exemplo: Paloma/1960 (25 anos, casada, branca, histeria em curso; em outro documento, constava esquizofrenia); internada pelo marido, teve sete internações e saía por licença experimental em todas. Retrata sofrimento por questões familiares e alega: “Diz ter sido trazida para cá devido a antiguidade(?) da família, recusando-se, contudo, a entrar em detalhes. [...] São assuntos de família que não podem ser revelados sem constrangimento”.

⁸¹ Outro exemplo: Frida/1951 (52 anos, parda, viúva – Psicose Maníaco Depressiva) ficou um pouco mais de um mês internada, teve várias tentativas de suicídio; acreditava que, na comida, tinha macumba. Outro exemplo é de Kairo/1958 (25 anos, solteiro, branco), que acreditava estar possuído por uma força poderosa que havia sido concedida por Deus, para cumprir sua missão. Ele ouvia uma entidade chamada “Lua Branca”.

Figura 39*Trabalho remunerado e não remunerado*

A maioria dos homens (83%) possuía alguma profissão no prontuário, tais como: operário (22%), lavrador (7%), comerciante (6%), biscateiro (6%) e servente de pedreiro (5%). Havia, ainda, outras profissões que constavam em somente um ou dois prontuários⁸². Contudo, do total que possuía alguma profissão no prontuário, em 18%, estava descrito, na história de vida, que, no momento, aquele homem não estaria trabalhando. Já das mulheres, a minoria exercia alguma atividade remunerada (12%); dessas, era principalmente o trabalho doméstico remunerado (5%), comerciante (2%) e outras profissões⁸³. Esses dados conferem com os dados nacionais, em que as mulheres economicamente ativas, em 1950, seriam 14,6% da população brasileira (Serviço Nacional de Recenseamento, 1954). É importante destacar que o fato de as mulheres serem a minoria no exercício de atividades remuneradas não significa que não trabalhassem, sendo designadas aos trabalhos reprodutivos (83%).

Dessa forma, Franca Basaglia (1987) pontua que, embora as mulheres sejam oprimidas por serem mulheres, há distinções de cultura, de classes sociais, de privilégios, de direitos, de consciência e de níveis de opressão. Assim, as mulheres proletárias, que são internadas nos

⁸² Outras profissões que constavam nos prontuários dos homens eram: detetive, pedreiro, chofer profissional, ferroviário, guarda-linha, maquinista, chapeador, trabalhador rural, encerador, padeiro, sargento de carro de bombeiro, jornalista, marítimo, industrial, carpinteiro, pintor, garçom, agenciador, funcionário da prefeitura, auxiliar de escritório, tenente coronel, ajudante de caminhão, serviçal, oleiro, aposentado, funcionário público, gari e feirante.

⁸³ Outras profissões que constavam nos prontuários das mulheres eram: zeladora, vendedora de bilheteria, freira e costureira.

manicômios, são diferentes das mulheres da burguesia, que são acompanhadas por um “psicoanalista” (p. 34), como também é distinta essa questão em diferentes períodos históricos, principalmente a partir da industrialização, da divisão de novas funções baseadas na divisão de trabalho.

De acordo com Mészáros (2011), com o domínio do capital na sociedade, cabe à família a principal função de internalização e reprodução do sistema de valores, estabelecendo quais ações são aceitáveis socialmente e não permitindo a contestação do sistema estabelecido. Isso porque: “A família está entrelaçada às outras instituições a serviço da reprodução do sistema dominante de valores, ocupando uma posição essencial em relação a elas, entre as quais estão as igrejas e as instituições de educação formal da sociedade” (Mészáros, 2011, p. 271-272).

Com o sistema capitalista e a divisão sexual do trabalho, inclusive de espaços geográficos, como retratado no capítulo 2, as mulheres foram designadas ao trabalho reprodutivo no âmbito doméstico, e, aos homens, ficou relegado o trabalho assalariado, cabendo também o papel de provedor. O trabalho da mulher no âmbito doméstico era reforçado por diversos aspectos sociais, como religiosos, imprensa, discurso médico e legislações, inclusive, a mulher necessitava de autorização do marido para exercer atividade remunerada até 1962. Porto-Carrero (1930) e Fontes (1960), ambos higienistas, salientam sobre as preocupações com as mulheres estarem exercendo atividades remuneradas fora do lar, o que poderia acarretar prejuízos para a família e sociedade; dessa forma, deveriam somente exercer trabalhos correlatos a suas funções sociais e institutos sexuais.

Além disso, o fato de a maioria dos homens exercerem atividade remunerada e as mulheres estarem relegadas ao trabalho doméstico demonstra que a maioria era da classe proletária. Como explicitado por Franco Basaglia (1985), o problema da “doença mental” não é a doença, mas sim a classe social a qual o sujeito pertence, pois, mesmo com diagnósticos iguais, há significados completamente distintos para uma pessoa pobre e uma rica. Isso porque o rico, geralmente, é internado em instituição particular, sendo mais fácil sua reinserção nas suas relações sociais após alta. Segundo Franco Basaglia (1985), nas pessoas em condições socioeconômicas precárias, os diagnósticos psiquiátricos têm o poder:

des-historificante, destruidor, institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, aplica-se unicamente àqueles que não tem outra alternativa que não o hospital psiquiátrico[...]. Não seria mais adequado concluir que estes doentes, devido exatamente ao fato de serem sócio-economicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social), que os joga para fora da

produção, à margem da vida em sociedade, confinando-os nos limites dos muros do hospital? (Franco Basaglia, 1985, p. 108).

O trabalho remunerado e o trabalho doméstico não remunerado constituíam elementos centrais nos motivos de internação de homens e mulheres no CPN, revelando a íntima relação entre a psiquiatria e a lógica capitalista. Nos prontuários, o sofrimento psíquico era frequentemente interpretado como incapacidade produtiva. A improdutividade, fosse no âmbito do trabalho produtivo ou reprodutivo, convertia-se em justificativa médica para a exclusão, da mesma forma que a simples presença em espaços públicos podia ser classificada como “perturbação da ordem”. Assim, a psiquiatria operava como instrumento de disciplinamento, reforçando papéis sociais e mantendo a ordem vigente. Não por acaso, os registros relacionados à improdutividade, ao sofrimento vinculado ao trabalho ou a condutas consideradas desviantes — inclusive a agressividade diante de patrões — representam 27% dos prontuários de mulheres (23 casos, sendo sete delas inseridas no trabalho remunerado) e 17% dos de homens (17 casos).

Como a maioria das mulheres realizava o trabalho doméstico não remunerado, a sua produtividade estava relacionada ao trabalho reprodutivo. Cabia, dessa maneira, ao marido ou a outros familiares, a avaliação de sua utilidade enquanto esposas, mães e donas de casa. Assim, é expressiva a quantidade de prontuários de mulheres que fazem referência à **não realização dos afazeres domésticos**, como principal “sintoma” que culminou na internação, o que pode ser observado em alguns casos descritos a seguir.

Ana/1946 (40 anos, parda, casada, doméstica - psicose maníaco depressiva/alcoolismo), teve duas internações; internada pela polícia e o esposo solicitou licença experimental. Foi internada no CPN por uma crise: **“a paciente não se preocupava mais com os seus afazeres de casa e durante três dias vivia catando no capinzal dinheiro que supunha existir jogado no mato”**. Além disso, também explicitam, no prontuário, a relação com a menstruação “desregularam as suas menstruações, e ocorreram certos distúrbios, como tonturas, desconhecimento com os objetos e das pessoas que a cercam”.

Camila/1948 (28 anos, parda, casada, doméstica - esquizofrenia), teve duas internações; na segunda, foi transferida para a CJM: “Casada há dois anos, a paciente era desconfiada de tudo e de todos, principalmente quando criticavam-a. Sempre foi retraída, e de poucas amizades. Ultimamente, **não procurava preocupar-se com os afazeres de casa, nem com sua higiene corporal**”. Dentre os sintomas: “Queixa-se de perturbações, vê fogo e ouve coisas que diz ‘julga-a’(sic), ‘ela nada vale’(sic), julga que as críticas falam dela, também faz acusações a

seu marido e às vizinhas”. Os julgamentos sociais e cobranças são explicitados no sofrimento dela, assim como de que ela não valia nada.

Denise/1949 (24 anos, parda, casada, doméstica - “esquizofrenia? estado histérico de conversão?”), foi internada cinco vezes; marido havia chamado pronto socorro. Segundo informações do marido, ela havia se assustado alguns dias antes do casamento com uma cobra dentro do vaso sanitário e, após o casamento, “no 4º dia, apresentou perturbação mental, querendo que seu esposo tomasse café com cinza”. Segundo informações do marido, não seria a primeira vez que teria apresentado sinais de “doença mental”, contudo, agora ela tinha “choro frequentes, gritava, dizia ver vultos, jogava no marido os tamancos e **não fazia os serviços domésticos**”. Embora o principal motivo não seja de ela não realizar os serviços domésticos, isso aparece como um dos principais sintomas.

Helena/1950 (55 anos, branca, casada, doméstica - psicose maníaca depressiva e “psicose mista X ?”), teve três internações; internada por familiares. Casada há 36 anos, de acordo com o marido, ela estaria doente há cinco anos, sentindo-se nervosa; dizia ter visões, “tentava bater nos filhos e não queria ver o marido”; após uma intervenção cirúrgica (colapso do útero), ela “tornou-se mais nervosa”, não ficava mais na casa e passava alguns dias na casa de um filho, em que ela arranjaría discussão, depois, passava mais alguns em outro filho e assim ia. Contudo, ela ainda “**Ajudava nos afazeres domésticos e cuidava de sua higiene pessoal**”. Refere o marido que “a paciente há 3 meses, teve uma ‘tremedeira’. Desde então dava para fazer ‘artes’, botava fogo no canavial, **deixou de cuidar dos afazeres domésticos** e por última saía para a rua sem destino. Por este motivo os parentes providenciaram interna-la neste hospital”. Nesse caso, o fato de não realizar os afazeres domésticos aparenta ser um dos principais motivos da internação, pois, antes, por mais que ela tivesse alucinações e estivesse nervosa, é salientado que ela ainda realizava as atividades domésticas.

Leticia/1955 (39 anos, branca, casada, doméstica - síndrome depressiva e em outra ficha consta “esquizofrenia?”), era casada há 18 anos, tinha dois filhos; segundo o prontuário, ela vivia em harmonia com o marido e com os filhos. Internada pela primeira vez em 1955, teve, ao todo, 13 internações, entre 1955 e 1972; saía sempre por licença experimental, além de diversos atendimentos no pronto socorro até 1973. Foi ressaltado no prontuário que ela “Era muito nervosa, porém prendada, sabendo bordar, costurar, etc.”, assim, nove dias antes da internação, ela “**deixou de cuidar dos afazeres domésticos**, falava coisas sem nexo, dizendo estar morta, **estar cheia de pecados**, rasgava a roupa, tentava sair despida para a rua, não dormia e pouco se alimentava”. Na terceira internação (em 1961), consta que ela se apresentava

lúcida, comunicava-se espontaneamente conosco, revelando estar plenamente orientada: “**Diz-se exausta de cuidar do marido**, doente mental e que o genro (e demais familiares) internaram-na para ficarem livres dela”. Após um mês de internação, “melhorada licença experimental por motivos familiares a pedido”. Além disso, há vários atendimentos acionados pelo filho, realizados pelo Pronto Socorro, no qual normalmente ela não estava tomando banho nem se alimentava, apresentando indisposição frente a qualquer atividade, muito deprimida. Segundo o irmão, em 1971, “desde que saiu daqui toma ampicilil, mas sem maiores efeitos, relata que quando toma ECT há melhora”. Foi submetida a medicamentos e a cerca de 36 sessões de eletrochoque ao longo de sua trajetória. Com base no histórico de Leticia, fica evidenciado que cuidar das outras pessoas é delegado às mulheres; elas são ensinadas a “ser-para-os-outros” (Cunha, 1986, p. 148), como do marido; contudo, quando a mulher é quem adoece e necessita de cuidados, não há quem possa cuidar dela.

Lourdes/1955 (52 anos, branca, casada, doméstica - esquizofrenia paranoide), internada pelo filho, ficou três meses internada e foi transferida para a CJM. Segundo seu histórico: “O marido separou-se dela por incompatibilidade de gênios. **A paciente não cuidava do lar devidamente.** [...] O início da doença atual data de há 17 anos, **quando o marido a abandonou. Deixou de cuidar dos filhos**”. Após isso, ela ficou sob vigilância da mãe, mas, nos últimos meses, tinha começado a não obedecer, irritava-se e chegava à agressão, batendo na nora. Tal situação demonstra o sofrimento acarretado por ela ter sido deixada pelo marido, sendo atribuído, inclusive, que o fato de ele a ter deixado era por ela não cuidar devidamente do lar.

Maria/1956 (50 anos, branca, solteira, doméstica - síndrome depressiva/psicose de involução?), de nacionalidade portuguesa, estava há mais de vinte anos no Brasil. Foi internada pelo irmão e ficou um mês hospitalizada. Seus sintomas — tristeza, mal-estar, sensação de sufocamento, impulsos suicidas, “a ponto de **comprometer sua produtividade**” — eram associados pelos médicos à perda de produtividade e à “idade crítica” da menopausa, que culminou com o surgimento dos sintomas. Antes da internação, havia sido dispensada pelos patrões justamente por ter “perdido o interesse pelo trabalho”. Assim, embora houvesse risco suicida, o registro enfatiza sobretudo sua “**impossibilitada de qualquer iniciativa, incapaz de qualquer trabalho útil em casa**”, evidenciando a lógica de patologização da improdutividade e a biologização do sofrimento feminino.

Mariana/1956 (24 anos, preta, casada, doméstica – esquizofrenia) teve dez internações ao longo de dez anos, sendo, na última, transferida para a CJM. Sua trajetória ficou marcada

pela cobrança dos papéis sociais atribuídos às mulheres. Na primeira internação, em 1955, foi encaminhada pela polícia por apresentar agitação psicomotora em uma praça, visto que dançava e fazia menção à macumba. Já em 1956, o motivo da reinternação partiu do marido, porque ela **“não tem ânimo nenhum para os trabalhos domésticos”**. No prontuário, a própria paciente afirmava não ser “maluca”, mas necessitar apenas de tratamento para sua fraqueza e desânimo. Assim, enquanto inicialmente foi vista como um incômodo público, posteriormente, sua internação esteve ligada à falta de “utilidade” na esfera doméstica, revelando como o não cumprimento das funções de dona de casa era considerado motivo de exclusão social para tratamento, a fim de, então, voltar a ser produtiva.

Pamela/1960 (22 anos, preta, solteira, doméstica - síndrome catatônica), ficou 14 dias internada, não constando quem a internou. O motivo da internação é que, após um parto, há sete meses, começou a apresentar quadro de apatia, humor deprimido, negativismo, **“incapacidade para exercício de qualquer atividade útil”**.

Nessas situações, ainda que outros sintomas evidenciassem o sofrimento psíquico vivido por essas mulheres, o fator decisivo para a internação parecia ser o não cumprimento dos papéis sociais a elas atribuídos, sobretudo, os afazeres domésticos. O papel da esposa no lar era constantemente reforçado por diferentes meios, como demonstra o *Jornal das Moças*, no qual Silva (1946) descrevia a esposa como “síntese do sacrifício, da renúncia, do amor”, responsável pela direção e pelas maiores responsabilidades da casa. Nesse sentido, Franca Basaglia (1987) adverte que é impossível dimensionar quantas mulheres se encontram “perturbadas” (p. 32) e reprimidas dentro de suas famílias, uma vez que sua avaliação é reduzida ao desempenho nas tarefas domésticas. Assim, os prontuários revelam que, quando uma mulher deixava de realizar esse trabalho reprodutivo, era frequentemente conduzida à internação psiquiátrica.

Como nessa época as mulheres dependiam legalmente da autorização do marido para exercer **o trabalho remunerado**, o ato de trabalhar sem essa permissão configurava uma forma de resistência às imposições patriarcais. Entretanto, essa tentativa de autonomia era frequentemente reprimida, pois o poder jurídico e social concedia aos maridos o direito de controlar a vida das esposas. Assim, comportamentos que expressavam desejo de independência econômica ou insubmissão aos papéis sociais podiam ser interpretados como sinais de desvio ou “doença mental”, resultando, em alguns casos, na internação psiquiátrica dessas mulheres. Isso está evidente no prontuário de Celeste/1948 (49 anos, parda, casada, doméstica – esquizofrenia), que permaneceu menos de dois meses internada, por iniciativa do marido. Casada havia dez anos, teve dois filhos — um natimorto e outro falecido na primeira

infância — e trabalhava em serviços domésticos. Segundo o prontuário, ela **“acusa o marido de querer separar-se dela e, para conseguir isso, ia às casas em que a paciente trabalhava e pedia para a mandarem embora [...]. Diz ter sido internada por maldade do marido”**.

A autoridade dos homens e críticas às mulheres realizarem trabalho fora de casa, também, eram fatores reforçados pela medicina da época. Isso está expresso por Fontes (1960), já que, em um curso de higiene mental, promovido pela Liga Portuguesa de Higiene Mental Familiar, afirmava-se que a família moderna estaria “doente”. Entre as causas dessa suposta enfermidade, destacava-se o ingresso das mulheres no mercado de trabalho e sua competição com os homens, o que, segundo ele, teria prejudicado a educação e a afetividade das(os) filhas(os). Também, apontava a influência negativa da imprensa, do cinema e da literatura, bem como a perda dos valores morais tradicionais. Como forma de “cura” para essa doença familiar, o autor propunha revisar a organização doméstica — questionando a adoção, o divórcio e o trabalho das mulheres fora do lar — e reforçar a autoridade paterna, bem como a afetividade materna.

Da mesma forma, quando a mulher exercia **trabalho remunerado** e deixava de desempenhá-lo, a ênfase recaía sobre sua falta de produtividade. Alguns prontuários evidenciam como o trabalho assalariado, marcado por exploração, exigências excessivas e violências, poderia desencadear intenso sofrimento psíquico.

Ruti/1959 (40 anos, preta, solteira, doméstica - esquizofrenia), foi internada nove vezes; na primeira situação, foi ela quem solicitou a internação; possuía oito filhos e disse que precisava fazer tratamento, por isso, se internou; a outra internação foi realizada pela filha. De acordo com a madrastra da paciente: “sempre foi nervosa, **porém trabalhadora** [...] Atribuí a declarante que a doença da paciente, seja motivada por **dificuldade financeira e por um abalo moral que sofreu**”. Apresentava sintomas de excitação erótica, delírios persecutórios e alucinações. Assim, fica retratado como os impactos das questões financeiras podem causar também sofrimento psíquico.

Eliane/1950 (45 anos, branca, viúva, doméstica⁸⁴ - esquizofrenia): ficou dois meses internada; demonstrava sofrimentos por conta dos trabalhos remunerados que exerceu. Constava, no prontuário, que, depois que ficou viúva, ela trabalhou em um consultório médico, contudo, **“foi obrigada a sair por causa da perseguição deste, tentando seduzi-la”**. Após a situação, ela teria ficado “perturbada”, sendo tratada. Posteriormente, trabalhou em uma

⁸⁴ Constava, na capa do prontuário, doméstica, contudo, no prontuário, descrevia-se o trabalho de serviços de rouparia na escola.

“‘Exposição’ quando esta casa sofreu um princípio de incêndio. Devido à responsabilidade que tinha no serviço, ela se atrasou em procurar escapar daquela situação e quando decidiu fazê-lo, foi retirada desmaiada pelos bombeiros”. Pouco tempo depois, ela foi atropelada, acarretando “descontrole dos nervos”. Isso ocasionou uma internação no Hospital Central do Exército, onde foi submetida a vinte e cinco choques de insulina. Por fim, esteve trabalhando em uma escola, no serviço de rouparia; há quatro meses, os alunos e outros rapazes tiveram um conflito entre eles; esses rapazes, sabendo que ela trabalhava na escola, “continuando a represália aos alunos **dirigiam à paciente pilhérias, isso constantemente**”. Tais situações a afetaram emocionalmente, segundo a nora; em conversa com as pessoas, “sempre enaltecia a própria pessoa, salientando seus cuidados maternos, sua dignidade e religião”; recentemente: “Sentava-se na janela com o vestido levantado e gritando”. Seu histórico evidencia situações de violência vividas por uma mulher no ambiente de trabalho, incluindo o assédio do chefe e as “pilhérias” dos rapazes quando trabalhava na escola. Além disso, sua nora relatava, como sintoma, o fato de ela falar insistentemente sobre seus cuidados maternos, dignidade e religião — atributos constantemente cobrados das mulheres —, o que pode indicar a necessidade de reafirmar que seguia as expectativas sociais impostas a elas.

Patrícia/1960 (20 anos, branca, solteira, doméstica [remunerada] - histeria), internada pela patroa, ficou dois meses internada. Segundo a patroa, a paciente começou a trabalhar na residência da informante havia 4 meses, como **empregada doméstica** e com a finalidade de cuidar da filha de sua patroa de 15 anos, que tinha oligofrenia. Após um mês no trabalho, “começou apresentar conduta estranha, irritada e deu para andar nua dentro de casa. Se chamada a atenção dizia que gostava de assim proceder. É agressiva e uma vez espancou a menina deixando-a sem sentidos”. Depois da situação, foi mandada embora. “**A paciente nega as informações constantes na ficha de internação, dizendo apenas que ficou nervosa e chorando muito, preocupada com as profecias de uma vidente**”. Constava, no prontuário, que, durante a internação, não foi observada agressividade ou rebeldia, de maneira que apresentava estado de lucidez, mas, mesmo assim, foram realizados medicação de ampicilil e três eletrochoques.

Vanessa/1962 (28 anos, preta, solteira, doméstica [remunerada] - “psicose endotóxica? esquizofrenia?”), encaminhada pelos familiares ao Pronto Socorro. Segundo relatos da mãe, Vanessa teria estado agressiva e não dormia, tendo um irmão que havia falecido em hospital psiquiátrico. “A paciente **sempre esteve empregada em casa de família trabalhando como doméstica**, apareceu a 2 meses atrás na casa do irmão, estava calma depois agitou-se e pulou e

agrediu a família, arrebentou alguns utensílios”. De acordo com um irmão, Vanessa **“Sempre foi muito trabalhadora, desde muito jovem sustenta a mãe**, dando-lhe tudo. Refere-se à doença da irmã de que ela reclamava de ‘friagem no coração’, ‘desarranjos’ frequentes no intestino. Antes da doença era muito ‘boazinha’ para eles, jamais dando problemas. Não ia a bailes”. Em um exame mental, constava que ela estaria orientada no tempo e espaço, dando a “impressão da histeria”. Após três meses, em outro exame, referiram que teria desaparecido das alucinações e com estado depressivo. Ficou três meses internada.

Na história de Gabriela/1952 (18 anos, branca, solteira, freira – sem perturbação mental), ficou retratado sobre a rigidez dos comportamentos esperados nos espaços religiosos. Ela ficou um mês internada. Consta, no prontuário, que ela teria tido uma crise histérica, “foi vítima de um traumatismo moral”, pois pretendia ser “freira”, mas foi informada pela mãe que não era possível ser realizado o seu desejo, assim, logo em seguida, tentou o suicídio. Ela nega a tentativa de suicídio, havendo se engasgado com um medalhão, por estar aborrecida e nervosa; acrescenta “não ser doente mental e encontrar-se chocada com o que vê na enfermaria, onde algumas mulheres tiram a roupa, umas por doença, outras por imoralidade...”. Segundo informações da mãe, **“certas tarefas não eram bem executadas”**, além disso, **“uma vez que repreendia a irmã e ela depois, quis segurar-me o braço carinhosamente, parecia histeria**. Eu disse-lhe então que isto não estava de acordo com os princípios de nossa congregação”. A mãe também informou que ela havia deixado de comer, após saber que não seria freira, havendo deixado um bilhete, no qual a paciente dizia “que entregaria a alma a Deus, pede perdão a todos, etc.”, levando a crer que tentaria o suicídio. O médico anotou no prontuário que “suas informações são mais no que diz respeito a falta de disciplina da irmã, que não se adaptava bem ao regime severo da congregação”.

A história de Gabriela evidencia as contradições presentes no trabalho das freiras: embora submetidas a uma rotina marcada pela rigidez, com horários e penitências, os conventos constituíam-se um dos raros espaços em que as mulheres podiam alcançar certo reconhecimento dentro da Igreja, ocupando cargos de relativa autoridade e tendo acesso à educação (Nunes, 2020). No prontuário, o episódio em que Gabriela segura o braço da mãe de forma considerada “muito carinhosa” é imediatamente interpretado como um sinal de “histeria”, revelando de que forma até gestos afetivos podiam ser vistos como desvios de conduta. Como aponta Nunes (2020), a educação nos conventos e colégios religiosos era profundamente conservadora, voltada à manutenção da família tradicional cristã. Neles, o ideal feminino era

representado pela figura da Virgem Maria, que exaltava a virgindade e a maternidade, o que reforçava o controle da sexualidade e da conduta das mulheres.

O excesso de trabalho também acarretava sofrimento, como expresso na história de Péricles/1960 (42 anos, branco, casado, operário - paralisia geral progressiva). Ele foi internado por familiares, os quais relatavam que ele **“sempre foi um homem forte, trabalhador, cumpridor dos seus deveres, bom chefe de família”**; além disso, era muito preocupado, não se interessando por festas e reuniões sociais. Havia 15 dias, tinha começado a se comportar de maneira anormal, falando muito, alimentando-se pouco, **“trabalhando em excesso, sentir seus pensamentos desconexos, com perturbações”**. Desinteressado dos problemas familiares, não retornava à casa a não ser por intervenção de alguns familiares. Passou a **“demonstrar interesse por negócios mirabolantes** (como caminhões, automotivo, viagens, etc.)”. Ficou menos de um mês internado, sendo transferido para outro hospital. Além do esgotamento, outro fator ressaltado no prontuário é o quanto seria um bom chefe de família.

No prontuário de Emanuel/1950 (24 anos, branco, solteiro, comerciário - epilepsia), também é retratado sobre o sofrimento acarretado pelo local de trabalho. Ele já havia sido internado no Hospital do Juquery, por um ano e seis meses. O paciente, dias antes da internação, havia piorado, teve um ataque, ficou muito agitado e procurava agredir as pessoas que dele se aproximavam; não sendo possível contê-lo, foi levado para internação. No exame médico, consta que ele possuía crises convulsivas, mas estava orientado autopsiquicamente e quanto à situação. Conta aos médicos que, quando tinha 18 anos, sentiu uma rigidez muscular: **“Nesta ocasião servia como guinete da Marinha de Guerra e esta situação não era do seu agrado. Tendo ido para bordo lá em gracejo com seus companheiros apostam que abandonaria a marinha como portador de ataques”**. No dia seguinte, esses companheiros **“forçam o desencadeamento de um ataque** e este apossou-se do paciente, o que obrigou a ter sido levado do médico de bordo e lá para o Hospital”. Após a situação, ele começou a ter ataques. Ficou quase um ano internado no CPN e, depois, foi transferido para CJM, constando folha de transferência **“Solicito a transferência para a Colônia Juliano Moreira por necessidade de regimento Colonial de finalidade terapêutica”**. A história desse paciente demonstra a obrigatoriedade dos homens de se alistarem no exército, mesmo contra sua vontade, e como colegas forçaram um ataque convulsivo, implicando o resto de sua vida.

O desemprego e a miséria são retratados em alguns prontuários, como desencadeadores de sofrimento psíquico. Como salienta Marx (2007, p. 33), as pessoas

precisam primeiro “estar em condições de viver para poder ‘fazer história’. Mas, para viver, precisa-se, antes de tudo, de comida, bebida, moradia, vestimenta e algumas coisas mais”.

Natalia/1957 (21 anos, preta, casada, doméstica - esquizofrenia paranoide), teve seis internações; dessas, evadiu uma vez. Casou-se na polícia aos 16 anos; não chegou a viver com o marido, mas se encontravam, teve um filho; contudo, o filho “foi tomado”. No prontuário, consta que ela faz uso de bebidas alcoólicas; seria o **“Tipo de mulher de ‘vida fácil’”**. Dentre os sintomas, estava descrito que ela seria autoritária e agressiva, havia quebrado seu barracão, pois “algumas peças não estavam de acordo com seu gosto”. Na realização de um exame, o médico retratava que ela permanecia “excitada, irritada, desconfiada, pornográfica e ameaçadora”, estando hospitalizada **“porque não tinha para onde ir, mas agora quer ir embora. [...] Relata-nos que não pode dormir, não pode comer, que não a deixam sossegada um só instante. Não lhe dão serviço lá fora, querem é vê-la morrer seca, de fome (sic)”**. No prontuário, aparecem referências às dificuldades financeiras enfrentadas por ela, à impossibilidade de obter trabalho e à ausência de moradia, havendo insinuações de que teria recorrido à prostituição como meio de sobrevivência. Além disso, seus comportamentos foram descritos como “autoritários”, “ameaçadores” e “pornográficos” — categorias que expressam não apenas uma avaliação clínica, mas também a forma como condutas femininas, que fugiam aos padrões de docilidade e submissão socialmente esperados, era enquadrada como indícios de desvio ou periculosidade.

Para a medicina da época, as mulheres consideradas de “vida fácil” ou em situação de prostituição eram vistas como objeto de intervenção psiquiátrica, cabendo aos médicos diagnosticar e controlar seus comportamentos considerados desviantes: “contribuir para uma profilaxia do flagelo social tão velho quanto a humanidade” (Ribas, 1959, p. 1). Dentre os fatores que ocasionavam a prostituição, no século XIX, a principal era a hereditariedade, como explicava Lombroso e Ferrero (2017, p. 1), visto que a prostituta nata seria “fatalmente predestinada ao meretrício em obediência a uma tara familiar, ligada à epilepsia, ao alcoolismo e à loucura moral”. Ribas (1959) pontua que essa hipótese passou ao desuso, apesar da hereditariedade ainda ter um peso, todavia, ré analisada de modo mais flexível.

Ribas (1959, p. 2) descreve diferentes situações em que mulheres passaram a exercer o meretrício, desde “moças de excelentes lares” até aquelas em condições de pobreza extrema. Para o autor, as causas poderiam ser “orgânicas” — relacionadas à gestação ou parto —, mas predominavam, segundo ele, os fatores sociais e familiares, como a imaturidade dos pais, carência afetiva, falta de educação sexual, convite de indivíduos perversos e dificuldades

econômicas. O autor também menciona elementos mais amplos, como desemprego, miséria, salários insuficientes, abandono familiar, ausência de valores morais e religiosos, influência da mídia, impulsos sexuais, desejo por luxo e liberdade. Logo, de acordo com Ribas (1959), quando a mulher apresenta uma personalidade má estruturada e certa predisposição, tende a recair com facilidade na prostituição diante de situações desencadeadoras — sendo a mais comum o caso da jovem que engravida do namorado e é abandonada por ele e pela família, passando, sem alternativas, a exercer a prostituição. Os homens que frequentam esses ambientes também contribuem para a manutenção dessa prática (Ribas, 1959).

Outros casos observados especificamente entre os homens envolvem a pressão social para que desempenhem o papel de provedores, conforme destacado por Pinto Cezar (1943). Cada paciente que não é curado acaba impactando sua família e, quando se trata do chefe familiar, o prejuízo se estende à sociedade, que o sustenta por anos. Assim, um homem considerado incapaz de exercer o trabalho produtivo representa não apenas um ônus econômico, mas também uma falha diante das expectativas sociais de masculinidade e produtividade (Pinto Cezar, 1943). Portanto, o autor defende a necessidade do aumento das instalações e tratamentos terapêuticos modernos (como eletrochoque, convulsoterapia cadiazólica, malarioterapia, insulinoaterapia, entre outros) para que se consiga tratar e dar alta aos doentes. Seguem, assim, alguns casos em que a improdutividade dos homens foi explicitada.

Barnabé/1947 (19 anos, pardo, solteiro, operário - esquizofrenia), ouvia vozes e costumava ficar em casa. Sua mãe havia relatado que ele ficava inquieto, queixando-se de perseguição pela polícia, desconfiando-se das pessoas das relações. Barnabé **“Deixou de trabalhar**, não dormia mais a noite, falava sozinho, em voz baixa fazendo gestos”. Ficou dois meses internado e foi transferido para a CJM.

Hugo/1954 (48 anos, branco, solteiro, servente - alcoolismo); constava no exame do ato de entrada que ele estava calmo, bem orientado no espaço, tempo e meio; apresentava, por vezes, crises de irritabilidade. Havia cerca de 3 meses, fizera uso de bebidas alcoólicas: **“Abandonou o trabalho, para ficar exclusivamente se embriagando**. Dormia nas ruas, descuidando-se de tudo; por esse motivo, foi internado nesse hospital”. Constava no prontuário que ele estaria depressivo, mas, como **“expressou desejo de regressar ao trabalho, motivo pelo qual será concedida a licença de 90 dias”**. Nesse prontuário, ficou bem evidente que a produtividade era considerada um fator fulcral para a internação e também para a alta, pois só foi concedida a licença, após o paciente demonstrar interesse em retornar aos trabalhos produtivos.

Essa situação também ficou expressada no prontuário de Tomás/1956 (33 anos, pardo, solteiro, agenciador - em observação (no momento não apresenta sinais de perturbações mentais); foi internado pela polícia. No prontuário, consta que, em 1952, ele esteve internado no Hospital Central do Exército, por ter apresentado dores nas costelas e costas. “Dada a sua situação de ex -pracinha, nessa oportunidade informa que foi internado por ter **bebido demais**”, como é “**Ex combatente da Guerra**, há ofício do Ministério da Guerra solicitando internamento, colocando que quando houver vaga em outro hospital, será retirado do estabelecimento. Somente às vezes faz uso de bebidas alcoólicas, com exagero. **Tem vontade de sair daqui para poder trabalhar a fim de se manter**”. Apesar de ter sido internado pela polícia, por ter bebido, o caso demonstra o tratamento específico por ter sido do exército; além disso, o fato de demonstrar interesse em trabalhar pode justificar ter saído do hospital após um mês de internação.

Nicolas/1957 (28 anos, pardo, casado, funcionário da prefeitura - esquizofrenia?), foi internado pelo irmão. Já foi internado em outro hospital há 12 anos. Havia 5 meses, Nicolas teria se casado, porém, no mesmo dia, deixou o seu lar e foi para casa do irmão, “porque sua esposa dissera que com ele não viveria, dele só o dinheiro”. Havia 3 meses, ele “**deixou de trabalhar**, falava sozinho, dizia que via vultos, ouvia vozes, descobriu minas de ouro e petróleo. Tocava fogo nas vestes e várias vezes tentou suicídio. Ultimamente, excitado saia nú pela rua”. Além disso, consta no prontuário que ele já havia ferido um rapaz, por acreditar que era um dos seus inimigos. Segundo o primo e o irmão, ele “**cria dificuldades para a família devido ao estado mental**. Investe contra senhoras que passa em sua frente, e também manifestou ideias de suicídio”. Consta, em um atendimento de 1958, que ele teria entrado na sala médica, afirmando “ter gostado de uma rapariga, agora ela está fazendo chantagem”; posteriormente, afirmou ter um “grupo delas” e todas faziam “**radiações, choques elétricos**” para prejudicá-lo, chegando ao ponto de ser apedrejado por crianças na rua como “**o doido**” e “**o homem mulher**” etc. Os médicos pontuavam achar se tratar de deficiência no campo intelectual, pelo fato dele apresentar alucinações auditivas. Teve seis internações, de 1957 a 1964; na primeira, recebeu alta; em quatro, saiu de licença e, na última, evadiu. Sua história denota não somente o fato de ter deixado de trabalhar, mas o peso que a família alegava por conta de seu estado de saúde mental; além disso, suas alucinações denunciavam os choques elétricos que sofria, de forma que constava no prontuário que foram utilizados como forma de tratamentos; também, o preconceito, sendo inclusive apedrejado.

Luís/1955 (23 anos, preto, casado, desempregado - esquizofrenia); dentre os sintomas, constava que ele tinha alucinações auditivas frequentes. Em um exame, o paciente relatou que **"ganhei a nação sem sair do país e estou passando fome sem casa para morar nem nada"**. Ficou cinco meses internado e foi transferido para a CJM. Não houve como saber ao certo se ele trabalhou no exército, ou se foi por conta de alucinação, mas, pelo relato, demonstra alguém que teria trabalhado no exército e, no momento, passava por situações de miséria, sem ter o que comer e onde morar.

Valdir/1962 (19 anos, branco, solteiro, feirante - esquizofrenia catatônica); segundo sua irmã, sua doença teria iniciado havia dois meses, tornando-se calado; ficava deitado o dia todo, alimentando-se somente quando solicitado, **"sem executar os pequenos trabalhos que encarregavam os seus familiares, sendo atribuído à dificuldade em obter emprego"**. Foi internado em estado catatônico acentuado, visto que se recusava inclusive a se alimentar; devido ao seu precário estado físico, foi administrada alimentação via medicação. Ficou sete meses internado e faleceu. Havia sido encaminhado para internamento pelo Pronto Socorro.

Há outros casos de homens que, por conta da condição de saúde mental, não teriam condições de exercer trabalho, a exemplo do caso de Davi/1949 (23 anos, pardo, solteiro - esquizofrenia forma simples), internado pelo departamento de polícia. Tinha frequentes crises alucinatórias, ouvia vozes e ruídos que **"o impossibilitam de trabalhar"**. No prontuário, consta que o padraço solicitou formalmente uma licença de três meses, comprometendo-se em tratá-lo convenientemente em sua residência e responsabilizar-se pelo que ocorresse com o rapaz, mesmo durante a licença requerida. Ele ficou mais de um ano internado e, então, foi transferido para a CJM.

Lourenço/1955 (37 anos, pardo, solteiro - oligofrenia e debilidade mental), ficou dois meses internado; foi internado pela polícia. Segundo o irmão de criação: "Nunca foi possível fazer com que o mesmo estudasse, foi sempre um retardado mental não conseguindo nada a aprender. [...] Não possui iniciativa própria e **não é capaz de garantir sua própria subsistência**".

Nessa perspectiva, César (1958) resalta algumas problemáticas na organização capitalista moderna do trabalho, como a questão dos trabalhadores mutilados e os que possuem alguma deficiência mental. O trabalho de pessoas "alienadas e retardadas" (César, 1958, p. 3) é uma questão mais complexa, visto que requer situações especiais de trabalho, algo que envolve mais os poderes públicos do que as empresas. Assim: "Uma boa porcentagem de retardados é suscetível de reajustamento social no trabalho fabril. Nessa categoria inclui-se a

debilidade mental” (César, 1958, p. 3). É possível o “reajustamento” (César, 1958, p. 3) de operários com déficit de inteligência, os quais poderão ocupar lugares de rotina não especializados. A reclusão em asilos especiais não solucionava a situação das pessoas com deficiência intelectual, como apontava o geógrafo Delgado de Carvalho (1884–1980). Segundo ele, as despesas com o internamento ultrapassavam os recursos disponíveis dos Estados, tornando inviável a institucionalização de todos os indivíduos com algum tipo de comprometimento. Aqueles que permaneciam fora das instituições eram vistos “como uma ameaça social permanente”. O autor defendia, portanto, a necessidade de promover a socialização das pessoas “débeis mentais”, de modo que pudessem alcançar independência econômica.

Mesmo com os alienados crônicos, o processo hoje adotado em todos os grandes hospitais psiquiátricos do mundo é o da socialização pelo trabalho, no campo e nos ofícios manuais de pequena indústria. Este método age também como terapêutica e é chamado pelos psiquiatras de ergo ou laborterapia. Ele atua nos doentes mentais de dois modos: reeducando o paciente metodicamente nos trabalhos manuais e combatendo o autismo, isto é, o isolamento do mundo exterior, e as alucinações (César, 1958, p. 3).

Em alguns prontuários, observa-se que a pobreza e a miséria atravessavam diretamente as histórias de vida das pessoas internadas, muitas delas em situação de rua. A precariedade das condições materiais de existência levava ao sofrimento psíquico, mas, paradoxalmente, o motivo formal das internações não era o sofrimento em si, mas sim o fato dessas pessoas “perturbarem a ordem pública” — por estarem nas ruas, gritando, embriagadas ou simplesmente existindo fora dos padrões da normalidade social. Assim, as instituições psiquiátricas operavam como instrumento de controle social, destinado a retirar da visibilidade pública aqueles que expressavam, em seus corpos e comportamentos, as contradições da sociedade capitalista, de forma que era necessário “tratar” aqueles que eram vistos como improdutivos na ordem social burguesa.

As pessoas que estavam na rua eram vistas como não produtivas, sendo marginalizados como “miseráveis, vagabundos, pestilentos ou leprosos, além dos chamados loucos, os andarilhos improdutivos, vagantes sem moradia” (Araújo & Brito, 2005, p. 94). Segundo Resende (2001), mesmo antes do avanço da industrialização e da urbanização no Brasil, já existiam pessoas consideradas “doentes mentais”, nas cidades, vistas como aquelas que perturbavam a ordem e ameaçavam a paz social, motivo pelo qual se solicitava a intervenção das autoridades. Com o processo de industrialização, o trabalho passou a ser um critério central

para distinguir o que era considerado normal ou anormal: quem não produzia, era visto como um desvio da norma social. Nesse contexto, os tratamentos psiquiátricos tinham como objetivo principal a reintegração do indivíduo à lógica produtiva, sendo o próprio trabalho utilizado como forma de terapia, por meio das chamadas praxiterapias.

Como consta no Decreto n.º 24.559 (1934), que dispõe sobre a profilaxia das “doenças mentais”: “O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, **perturbar a ordem ou ofender a moral pública**, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento” (art. 10). Assim: “À psiquiatria cabia simplesmente recolher e excluir as sobras humanas que cada organização social, de cada momento histórico, tinha ‘produzido’” (Resende, 2001, p. 56). Tais situações ficaram expressas nas memórias dos prontuários.

Fabio/1951 (24 anos, preto, solteiro, marítimo - esquizofrenia), internado pela polícia, teve cinco internações, entre 1951 e 1953, saindo duas vezes por licença experimental, duas por evasão e, na última internação, foi transferido para a CJM. Constava no prontuário que ele era orientado no meio e no tempo, tendo alucinações auditivas e visuais, além de delírio persecutório. No relato do informante, diz que foi “acusado de estar **jogando pilherias às moças**. Quando chegou no **distrito policial fez barulho**, e por esse motivo foi encaminhado a este hospital”. Ele ouvia vozes, de maneira que fugia para o alto de um morro, onde foi perseguido por várias pessoas e agredido. Não retornou mais para sua casa, “**permanecendo na rua sem se alimentar e sem dormir, nessa ocasião foi preso e trazido para cá**. Sua genitora é doente mental. Diz que já esteve 8 vezes no hospital de Praia de Vermelha”.

Raissa/1959 (47 anos, negra, viúva, doméstica - hipomania), ficou um ano e meio internada. Dentre os sintomas, constava que ela possuía alucinações, contudo, dizia que teriam “3 membros que sempre lhe acompanham”; considerava-se “médium” e “rezadeira”, de rituais afro-brasileiros. Praticava roubos no hospital. Ela “**estava pedindo auxílio na rua quando foi trazida pela assistência**”.

Carlos/1948 (30 anos, preto, solteiro, operário - esquizofrenia), internado pela polícia. Foi internado porque “**Estava aborrecendo hóspedes da pensão a qual morava de favor, tentativa de furto, incomodava**”. Contava, no prontuário, que tinha ideias delirantes de perseguição e delírios mistos. A assistente social foi até a pensão onde Carlos residia; falou com a dona da pensão dizendo “que o paciente apareceu em sua porta a cerca de 1 ano **pedindo um prato de comida**. Sendo satisfeito o seu pedido, retirou-se depois. No dia imediato tornou a voltar e já então pediu um canto para dormir. Assim foram passando os dias e ele ficou

encostado lá até a data de sua internação”; inicialmente “portou-se bem, porém depois começou a brigar com as empregadas da pensão. [...] certa vez arrebatou das mãos de uma senhora a bolsa que foi um custo para tirar. Daí para cá foi piorando, tornando-se agressivo, trazendo sempre a dona da pensão e os hóspedes em sobressalto, dando motivo a muitas reclamações”. Assim, a dona da pensão “desconfiando tratar-se de um doente mental recorreu ao Distrito para promover a sua internação”, pedindo para a assistente social “interceder junto ao médico da Secção para **não deixar o paciente em liberdade**, evitando assim que ele torne a importuná-la”. Ficou três meses internado e, então, foi transferido para a CJM.

Brenda/1947 (28 anos, branca, viúva, doméstica - esquizofrenia): ficou um mês internada; foi internada pela polícia: **“A paciente informa que foi apanhada na rua por pessoas desconhecidas, porque estava gritando 'atoa'”**.

Safira/1961 (31 anos, branca, solteira, doméstica - esquizofrenia paranoide), no motivo do internamento, consta **“Perturbação de índole”**; na observação no ato de internação: “Paciente trazida para o ambulatório segundo informante **estava em via pública**, voltando a residência depois de uma hora”. Ademais, constavam sintomas, como angústia, tristeza, inquietação, desconfiança etc. Em um exame, consta que Safira gostaria somente de conversar com psicanalista, que o seu médico que a levou, contudo, alegava que é “difícil de falar”, fazendo referência “ao tratamento de choque e insulina que teria feito em sanatório”. Faz-se necessário ressaltar que, no período de um mês, em que ficou internada, foram realizados 16 eletrochoques.

Danieli/1949 (sem idade, branca, casada – psicose autotóxica e oligofrenia), teve duas internações; na segunda, ficou três anos e foi transferida para CJM, de forma que constavam observações da CJM até 1971, pois alguns casos do CJM eram atendidos pelo BMC do CPN. Em entrevista realizada com o esposo, ele conta que tinham dois filhos vivos, “Apesar de viverem pobres, eram muito felizes”. Danieli “sempre cumprira sua obrigação de dona de casa. Em certas ocasiões, ela começava a fazer qualquer serviço, fosse lavar roupa, e antes de o terminar ia se deitar ou cuidar de outro serviço muito diferente. Falava sozinha em voz baixa”. Ela havia vindo passar uns dias na casa de seu pai, mas, por conta da situação financeira, não foi possível que ambos viessem juntos. Quando Danieli chegou à casa do pai, se queixou de forte dor de dente e, como tinha tomado remédios e não melhorou, **“no dia seguinte saiu gritando na rua, como estiva em via pública seu destino foi detida por um policial** que a conduziu para o Hospital Pedro II”. Em outra internação, constava que ela era surda.

Samuel/1961 (22 anos, branco, solteiro, desempregado - alcoolismo), internado pelo Pronto Socorro Psiquiátrico. Paciente que “há vários anos faz uso de **bebidas alcoólicas. Esteve trabalhando algumas vezes, mas ‘não deu certo’**. Contou que ultimamente fica ‘fora de si’, quando bebe e acorda não recorda do que fez”. Além disso, nos prontuários, consta que, segundo Samuel, teria iniciado o uso de bebida “após muitos desgostos que teve. [...] Ultimamente se despe em público quando alcoolizado, tendo já **sofrido espancamentos**”. Ficou 20 dias internado e recebeu licença experimental.

Vitor/1962 (23 anos, pardo, solteiro - Esquizofrenia paranoide); internado pelo departamento de polícia a pedido do pai. Motivo da internação: “**Perambulava pela rua, e dizia-se perseguido por todos os estranhos que pretendiam matá-lo e prendê-lo**”. Consta no prontuário que ele era agressivo, agitado e delirava em alguns momentos. Ele já esteve em tratamento no Hospital Neuro Sífilis. No dia 19 de março de 1963, o pai escreveu ofício endereçado ao diretor do hospital solicitando a concessão de alta do filho, em que dizia assumir inteira responsabilidade de tudo quanto houvesse com ele fora do hospital, porém, naquela data, constou o óbito do paciente. Ficou cinco meses internado e faleceu; durante a internação, foram efetivados tratamentos medicamentosos e 10 eletrochoques em um mês.

Nelson/1957 (20 anos, preto, solteiro, auxiliar de escritório - psicose exotóxica e esquizofrenia); ficou quase um ano internado pela polícia: “**Informa o policial que o paciente está na via pública promovendo desordens praticando atos agressivos**”.

Nesse cenário, aqueles que não conseguissem exercer o trabalho atribuído — seja por condições de saúde, por rupturas subjetivas ou por não se adequarem às exigências do sistema — passavam a ser vistos como “improdutivos” e, frequentemente, como um problema social. Essa improdutividade, em muitos casos, foi interpretada pela psiquiatria como sinal de “doença mental”, justificando internações em hospitais psiquiátricos. Por outro lado, o próprio trabalho, quando marcado pela exploração da força de trabalho, pela sobrecarga ou pela precariedade, pode ser fonte de intenso sofrimento psíquico, contribuindo para o adoecimento mental. Assim, observa-se um duplo movimento: de um lado, a ausência do trabalho produtivo/reprodutivo é patologizada; de outro, o próprio trabalho, nas condições impostas pela sociabilidade capitalista, pode ser fator de adoecimento.

Como salienta Ducatti (2015), com o desenvolvimento capitalista e industrialização brasileira, principalmente após 1930, a “lógica pensada para a Saúde Pública era a lógica do corpo sadio para a produção” (p. 262), assim, a Saúde Pública tornou-se um instrumento de controle da classe trabalhadora. Dentre esses instrumentos, as políticas de isolamento, como os

hospitais psiquiátricos, foram formas de lidar com a miséria e a mendicância, que crescia nos meios urbanos, consequência da industrialização e do desenvolvimento tecnológico.

Por intermédio de um aumento exponencial de uma superpopulação ociosa, cabe ao capital, por meio do seu Estado, classificar, para controlar, aqueles(as) considerados(as) supérfluos(as) - Que efetivamente não irão para a produção -, acirrando a concorrência entre trabalhadores, consoante o que conhecemos como exército industrial de reserva. É nessa classificação entre aptos e não aptos para o trabalho que se demarcam os campos entre quem pode ser aproveitado (em número cada vez mais reduzido) ou não (necessariamente em número cada vez mais ampliado) (Ducatti, 2015, p. 267).

Nessa perspectiva, de acordo com Marx (2017), a acumulação capitalista produz constantemente uma população excedente de trabalhadores, condição indispensável para a continuidade da acumulação de riquezas. Essa população constitui o chamado exército industrial de reserva, que permanece disponível para ser explorado sempre que as necessidades do capital exigirem. A existência dessa massa excedente, além de garantir a reposição constante da força de trabalho, também atua na regulação dos salários, mantendo-os em níveis compatíveis com a reprodução do sistema. O estrato mais baixo dessa superpopulação é o pauperismo, que, “abstraindo-se dos vagabundos, delinquentes, prostitutas, em suma, do lumpemproletariado propriamente dito” (Marx, 2017, p. 719), se divide em três categorias: os trabalhadores ainda aptos ao trabalho; os órfãos e filhas(os) de indigentes; e os “degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho” (p. 719). Entre esses últimos, encontram-se as vítimas da própria indústria — doentes, deficientes e viúvas —, assim, o pauperismo “constitui asilo para inválidos do exército trabalhador ativo e o peso morto do exército industrial de reserva” (Marx, 2017, p. 719).

Os ideais eugênicos foram utilizados para adaptação das pessoas à ordem social, distinguindo dos que não seriam considerados adaptáveis, como pessoas negras, criminosas, “doentes mentais”, os quais deveriam ser isolados, ou até mesmo esterilizados (Ducatti, 2015). Ducatti (2015, p. 264) questiona: “Mas o que se entende por adaptação? Adaptação a quê? A economia política”; para além do discurso da melhoria da “raça”, tais ideais visavam ao controle da classe trabalhadora, a serviço do capital, para lidar com a miséria decorrente desse próprio sistema.

Dessa forma, para além da organização social capitalista — na qual as pessoas precisavam ser produtivas e, caso não o fossem, poderiam ser internadas —, existiam também as implicações da organização social patriarcal. Nessa, a construção social do masculino e do

feminino, entendidos como qualidades associadas ao sexo biológico, determina formas distintas de manifestação das necessidades, modos de relação e distribuição de responsabilidades na produção social. Essa divisão é desigual e empobrecedora, pois transforma o que seriam qualidades humanas — como a afetividade ou a racionalidade — em atributos naturalizados e biologizados, vinculados ao sexo. Portanto, como afirma Izquierdo (1992, p. 6), a distribuição dessas responsabilidades “é alheia à vontade das pessoas, e os critérios sobre os quais se estabelece essa distribuição são sexistas, classistas e racistas”.

Izquierdo (2013) salienta que o sistema sexo/gênero rege os significados sociais conforme a divisão sexual do trabalho. A posição designada às mulheres na divisão sexual do trabalho também contribui para a construção de sua subjetividade. Assim, a satisfação das mulheres é moldada pelos aspectos pelos quais elas são valorizadas — geralmente relacionados ao cuidado e às necessidades do outro —, o que dificulta o reconhecimento de suas próprias ações e a capacidade de enfrentar conflitos, uma vez que é socialmente ensinada à submissão e não ao confronto. Já a subjetividade dos homens, por sua vez, tem seu valor e satisfação associados aos bens e serviços que ele é capaz de produzir.

Como evidencia o médico higienista Levy Júnior (1945), o homem representa a força, a energia, devendo sustentar e proteger a família, dedicar-se ao trabalho e, como chefe de família, deve cuidar das necessidades do lar. Já a mulher, deve ser dócil, delicada, carinhosa, compreensiva, amante da vida familiar e das(os) filhas(os), sendo infeliz o homem que se casar com uma mulher egoísta, que é incapaz de se sacrificar pelos próximos, e feliz o homem cuja mulher se dedica a ele e à maternidade.

Contudo, esses papéis sociais acarretam sofrimentos psíquicos, em homens e mulheres, embora tomem formas particulares e expressões diferentes. Lessa (2012) observa que a cobrança em torno dos papéis sociais e os processos de alienação também se tornaram um peso para os homens, uma vez que ser provedor e marido passou a representar um fardo, levando muitos a se tornarem mais agressivos ou a se isolarem da família. Entre os homens, surgem formas distintas das observadas nas mulheres para expressar esse sofrimento — como a ideia de uma vontade sexual incontrolável, o embrutecimento, o uso abusivo de álcool e a violência -, visto que os sentimentos eram culturalmente atribuídos ao universo feminino.

Dessa forma, a pressão sobre os homens para que assumissem a posição de provedores era reiterada culturalmente. Dix (1948e) observa que, nesse contexto, algumas mulheres experimentavam situações de desgraça ao se unirem a parceiros que não demonstravam ambição suficiente para garantir o sustento familiar. Cabendo à esposa o peso de cuidar da casa e também

trabalhar fora, “o marido torna-se um ser completamente inútil, falhando em todas as tentativas [...] Limita-se ele a queixar-se de sua má sorte, a lamentar seu fracasso” (p. 5), ficando a responsabilidade do lar para a esposa e o marido isento de obrigações.

Dessa forma, Gomes (2020) ressalta que a concepção de saúde possui raízes na estrutura social capitalista, na qual o funcionamento considerado “normal” do corpo e da mente está associado à capacidade do indivíduo de desempenhar seu papel como trabalhador ou trabalhadora. Nesse sentido, os serviços de saúde tendem a prescrever predominantemente estilos de vida e hábitos considerados saudáveis, deslocando para os próprios sujeitos a responsabilidade por suas condições de saúde e de vida, sem que sejam problematizadas as determinações estruturais da organização social. O autor salienta, ainda, que o processo saúde-doença só pode ser compreendido a partir da análise das relações de produção e reprodução social próprias desse sistema. Assim, tanto as capacidades corporais quanto as mentais são desgastadas pelas cargas de trabalho inerentes às relações de produção, ao mesmo tempo em que os modos de vida, o cotidiano e as dimensões políticas e ideológicas — no plano da singularidade e da particularidade — são determinados pelo processo histórico e pela estrutura social.

Diante disso, os papéis sociais — que impõem às mulheres a responsabilidade pelo trabalho doméstico e aos homens o dever de serem provedores — podem acarretar sofrimento, seja pela sobrecarga dessas cobranças e imposições sociais, seja pela incapacidade de corresponder a elas. As particularidades de homens e mulheres são construídas com base em aspectos sociais, e a satisfação pessoal costuma estar relacionada a esses fatores, assim, portanto, também aos papéis sociais. Logo, ainda que de formas distintas, a improdutividade associada a esses papéis constituiu um dos principais fatores de internação psiquiátrica nos prontuários analisados. Esse panorama evidencia que, no interior da lógica psiquiátrica, a improdutividade foi tomada como critério de anormalidade, legitimando a exclusão de sujeitos que não correspondiam à função social exigida pelo capital. A análise dos prontuários do CPN revela como essas concepções se materializaram nas práticas institucionais, reafirmando a improdutividade como categoria socialmente construída e funcional à lógica de exclusão própria da sociedade burguesa.

Contudo, quando se trata das mulheres, a análise dos prontuários revela que a exigência de produtividade não se restringia ao espaço do trabalho assalariado, mas recaía principalmente sobre o âmbito doméstico e reprodutivo, já que, para além dos afazeres domésticos, também se esperava que cumprissem papéis vinculados ao chamado “instinto materno”. É justamente essa

dimensão — em que a maternidade foi tratada como obrigação natural e acarretando sofrimento psíquico — que foi discutida no próximo tópico.

5.2 “Instinto materno?”

O trabalho reprodutivo atribuído às mulheres — que abrange não apenas os afazeres domésticos, mas também a maternidade — foi historicamente idealizado e naturalizado como parte de uma suposta essência feminina. Nessa lógica, o ser mãe tornou-se um dever moral e social, em que a mulher que não correspondia a tais expectativas era vista como desviante de sua “natureza”. Essa construção ideológica, ao mesmo tempo em que reforçava a desigualdade entre homens e mulheres, impunha sobre elas uma dupla carga: a responsabilidade pela reprodução da vida e o peso subjetivo das normas que definiam o que significava “ser mulher”. Tal sobrecarga, profundamente atravessada pelas exigências patriarcais e capitalistas, emergiu de forma recorrente nos registros do CPN, revelando a íntima relação entre papéis sociais e sofrimento psíquico.

A idealização da maternidade é explicitada na música Mãe Amorosa, de Vadico e Vidoco (1969); no final da música, os cantores comparam a mãe com a Nossa Senhora, em contraposição expressa ao fato de que as mães sofrem caladas, que elas se cansam e trabalham, havendo distinções entre as mães de classes sociais ricas e pobres:

[...] Que lutou tanto e por nós sofreu calada
Quando os filhos estão todos pequeninos
A pobre mãe se cansa de padecer
Pra não deixar faltar nada pros filhinhos
Elas trabalham muitas vezes sem poder
Se ela é rica ela tem todo conforto
Mas se ela é pobre muitas vez tem que sofrer
Ela passa os trabalhos e não reclama
E tem orgulho em ver os seus filhos crescer
(Vadico & Vidoco, 1969).

A maternidade é frequentemente naturalizada como uma das principais funções das mulheres, sendo reforçada por prescrições religiosas. A Bíblia Sagrada (2015), conforme a tradição da Igreja Católica, orienta as moças a “amarem seu marido” e “amarem seus filhos”, além de serem “moderadas, castas, boas donas de casa, sujeitas a seu marido; para que a palavra de Deus não seja blasfemada” (Tito 2:4-5). Adicionalmente, a mulher seria reconhecida como

justa e capaz de se salvar do pecado original de Eva “dando à luz filhos, se permanecer na fé, na caridade, e na santificação, com modéstia” (Timóteo 2:15). Tais prescrições reforçam a concepção de maternidade como dever natural e moral das mulheres, moldando expectativas sociais e normativas sobre seu papel na família e na sociedade.

Com a família burguesa e industrialização, segundo Heller (1987, p. 11), foi criada a imagem da “mulher e mãe amorosa”, a qual compreenderia, perdoaria tudo, seria simpática, terna, frágil, estaria de bom humor; esse seria um ideal almejado pelas mulheres, contudo, quando não se conseguia atingir tais expectativas sociais, “assumem esta circunstância como um fracasso pessoal” (Heller, 1987, p. 12)

Além da religião, Porto-Carrero (1930), médico higienista, reforça que “a função sexual da mulher não está completa sem a maternidade [...] (p. 164). Na imprensa, tais ideais também eram salientados, como expresso na reportagem de Dix (1951b, s.p.) que “Toda mulher deve fazer grande sacrifício para ser uma boa mãe”.

Contudo, essa idealização e o próprio papel materno sofreram alterações durante o processo histórico, como salientado por Badinter (2018), em que, por conta de preocupações em relação à saúde e higiene do bebê, no final do século XVIII, foi criada uma nova imagem da figura materna, na qual ela deveria dedicar toda a sua vida a(ao) filha(o), apagando-se e sacrificando-se pelo bebê. A mãe precisava ser terna, amável e não rigorosa como era em outros períodos históricos. Caso a mulher não amasse as(os) filhas(os), era considerado algo imperdoável. Todavia, não eram todas as mulheres que conseguiam seguir tais expectativas sociais, de dedicar-se exclusivamente as(aos) filhas(os), cuidar da alimentação, amamentá-los; quem conseguia fazer isso era principalmente as mães das classes médias e burguesas. Nesse contexto, atinge, em última instância, as mulheres operárias, que precisavam mandar suas(seus) filhas(os) para trabalhar para ter algum dinheiro, sendo a criança “um fardo pesado, de que ela tem muitas vezes vontade de se livrar” (Badinter, 2018, p. 224).

Dessa forma, foram aumentadas as responsabilidades atribuídas às mulheres, devendo elas educarem as(os) filhas(os). Com o aumento de responsabilidades, surgiu o sentimento de angústia e culpa, por não conseguirem alcançar o novo papel imposto, sendo condenadas socialmente. As que não se sacrificavam pela prole eram:

acusada de egoísmo, de maldade, e até de desequilíbrio, aquela que desafiava a ideologia dominante só restava assumir, mais ou menos bem, sua ‘anormalidade’. Ora, a anormalidade, como toda diferença, é difícil de se viver. As mulheres submeteram-se,

portanto, silenciosamente, algumas tranquilas, outras frustradas e infelizes (Badinter, 2018, pp. 238-239).

Dos prontuários analisados, 52 mulheres já haviam tido filhas(os), sendo que 23% delas (equivalente a 20 prontuários) apresentavam registros de sofrimentos psíquicos relacionados à maternidade, situações que, em alguns casos, colocavam a vida das crianças em risco. Alguns relatos referem-se ao sofrimento ocorrido após o nascimento das(os) filhas(os), evidenciando o impacto da maternidade sobre a saúde mental dessas mulheres. A seguir, citamos algumas memórias da internação de mulheres no CPN.

Aline/1946 (22 anos, preta, casada, doméstica - psicose maníaco depressiva), ficou nove meses internada; foi internada pelo marido; estando casados há sete anos, têm um filho de dois anos. Segundo relato do marido: **“Há um mês teve um aborto, começando após isso reclamar de dor nos joelhos”**; ela chorava sem motivos, rasgava as roupas, tentava sair para a rua, não dormia, pulava e dançava.

Cecília/1948 (28 anos, parda, casada, doméstica - esquizofrenia), ficou quatro meses internada; foi internada pela polícia. Casou com vinte e três anos, teve quatro filhos; após o casamento, mostrou-se ciumenta, segundo o marido, “cuidava dos serviços domésticos com perfeição”, **“no terceiro filho começou a apresentar perturbação mental”**. Já ocorreu de agredir o marido, tendo, em 1946, perdido um filho, “somente depois de três meses lembrou da criança e não acreditava que ele havia falecido. Levaram-na para a roça, lá ela saía para bailes, brincava na rua e quando chovia brincava nas poças d’água”. Em 1948, ela havia tido outra criança: “começou a passar bem do seu estado mental e **começou a tratar dos seus afazeres domésticos**”. Anteriormente à internação: “A paciente 'atracou-se com a cunhada e depois queria matar o filhinho desta que conta com 3 meses de idade’”. Salientamos que, em 1948, foi considerado que ela havia tido uma melhora por ter retornado a realizar os afazeres domésticos.

Núbia/1957 (21 anos, preta, casada, doméstica - psicose maníaco depressiva), teve seis internações efetivadas pelo marido; era de religião evangélica, possuía seis filhos e uma de criação. Motivo da internação: “Agitação pós-parto”. Em outra internação (1960), constava que “ela deu à luz há 15 dias, refere o **marido que a visitava não cuida da criança**”. Conta que o marido a mandou para “Realengo para me distrair, pois em casa as crianças fazem muita bagunça”; no prontuário, consta que **“Toda vez que ‘ganha neném’, fica doente dos nervos**. Disse que são nove filhos, mas só ficou ‘louca’ de 4 (com nascimento desses 4 filhos, teve entrada nesse hospital)”. Havia sintomas de ideias persecutórias e dizia que iria “manejar agora’ para o marido entender que ela não é mais doente, se ele disser para ela não ir à igreja,

ela não irá mais”. Para além do adoecimento após o nascimento dos filhos, a fala de Núbia, de que irá obedecer e fazer o que o marido pede, para demonstrar que não é “doente”, explicita o quanto a submissão e obediência das mulheres eram fatores que estavam entrelaçados ao fato de a mulher ser considerada “saudável”.

Karina/1958 (22 anos, branca, casada, doméstica - “esquizofrenia?”), ficou um mês internada; internada pelo marido; possuíam dois filhos: “Seu marido informa que **a paciente adoeceu devido a várias preocupações que teve durante a gestação e o ‘resguardo’ preocupação com que não pode evitar**”. Ela dizia que recebeu a luz divina; dentre outros sintomas, constava que queria sair de casa com os filhos sem rumo, negativismo e rebelde.

Ivete/1953 (41 anos, parda, casada, doméstica - esquizofrenia) teve duas internações; foi internada pelo marido. Casada havia vinte e cinco anos, tiveram nove filhos. Havia três meses, falecera uma filha de nove meses: “Aos poucos foi deixando de dormir, de se alimentar, **de cuidar de sua pessoa e dos afazeres domésticos**. Passava os dias sentada, falando incessantemente horas e horas. **Dizia que os filhos iam todos morrer**”. A situação retrata o sofrimento pela perda de sua filha e que até mesmo o processo de luto acarretava internação.

Em alguns casos, a falta de interesse da mulher pelas(os) filhas(os) era interpretada como sinal de “doença mental”. A função das mulheres, segundo a lógica social vigente, estava voltada para o outro: inicialmente, para o marido, a quem deveria ceder e suportar qualquer situação; e, posteriormente, para as(os) filhas(os), a quem deveria dedicar-se integralmente. Esses ideais eram naturalizados como um suposto “instinto materno”, inerente a toda mulher, pressuposto que geraria amor ilimitado, paciência e dedicação constantes. No entanto, segundo Badinter (2018), quando a mulher não sentia essa felicidade atribuída à maternidade ou não desempenhava espontaneamente esses papéis, esperava-se que o fizesse por dever moral, o que reforçava o seu sacrifício. As mulheres que não demonstravam afeto pelas(os) filhas(os) eram fortemente condenadas; a figura da “mãe má” está entrelaçada à da mãe considerada doente, a qual carrega culpa, angústia e sofrimento. Tais situações são expressas em alguns prontuários do CPN.

Flora/1951 (26 anos, preta, casada - esquizofrenia forma hebefrênica catatônica), três internações; internada pelo pai. Segundo o pai, a filha estudou em escola particular, é casada há um ano, frequentava igreja evangélica, “gostava de ajudar nos afazeres domésticos”, porém, “no 5º dia de puerpério, em 1951, ao escutar o barulho de uma explosão (pedreira) acordou assustada desde então, começou a ficar desassossegada, não querendo se alimentar, tinha

insônia, tentava sair correndo para a rua e além disso **não ligava para a filha recém-nascida e não tratava dos serviços domésticos e da higiene pessoal**".

Em outros prontuários, foi retratada, inclusive, a tentativa de infanticídio pela genitora. De acordo com Garcia (1954), na psicose puerperal, pode ocorrer a melancolia gravídica, especialmente em mulheres que engravidaram fora do casamento. Inicialmente, essas mulheres conseguem ocultar a gravidez, mas, posteriormente, surgem sentimento de culpa e depressão. Segundo o autor, "o infanticídio seja quase um apanágio da mãe solteira ou engravidada fora do matrimônio, na qual os inelutáveis motivos de defesa da honra vencem os sentimentos da maternidade" (p. 337). Os tratamentos aplicados incluíam até eletrochoque no penúltimo mês de gestação. As causas da psicose puerperal seriam perturbações psicológicas na adaptação à maternidade, como dificuldades no relacionamento com o marido, problemas de ordem social relacionados à criança, questões econômicas e a denominada "recusa neurótica da maternidade" (Garcia, 1954, p. 343).

No que se refere à psicose puerperal, Lopes (1928) propõe como solução a separação entre mãe e filha(o), a fim de evitar possíveis casos de infanticídio, o que contraria a crença de que a convivência com o bebê despertaria o instinto materno. Em situações extremas, o autor chega a considerar o aborto como uma alternativa. Defende ainda que se evite o estigma associado à internação psiquiátrica, recomendando, sempre que possível, o tratamento da mulher na maternidade, em casa ou em serviços abertos. Além disso, sob uma perspectiva eugênica, Lopes (1928) sugere o exame pré-nupcial como medida preventiva, com o intuito de evitar casamentos que, em sua visão, poderiam resultar em "doenças mentais" puerperais.

Elisa/1950 (52 anos, preta, casada, doméstica - psicose maníaco depressiva), internada duas vezes pelo esposo; na segunda, foi transferida para a CJM. Casou-se com vinte e dois anos, teve nove filhas(os), dos quais seis estavam vivos. Segundo o esposo, ela era "calma, afetiva, trabalhadora, boa mãe e esposa", entretanto, em 1936, quando retornou do trabalho, ela estava falando "palavras obscenas" e nunca havia acontecido dela dizer nenhum termo "imoral"; posteriormente, **"ela apanhou um filho de 4 meses de idade e com um lençol e uma colcha fez dele um pacote"**. Em seguida, abriu um colchão e colocou no interior a criança, assim empacotada e ficou dando risadas". O esposo acrescentava que: "Uma das nossas filhas, que no momento entrara no quarto, aproximou-se e retirou do colchão, **a criança que já estava sendo asfixiada. Por duas vezes tentou me matar com uma tesoura**". Em outro dia, ela havia tentado atirar o filho de quatro meses pela janela e, então, ela e o esposo entraram em luta corporal. Havia sido chamada a polícia e ela foi internada no Hospital da Praia Vermelha; ficou

bem por quatorze anos, mas os sintomas retornaram: “dizia frases sem nexos, palavras obscenas, falava sozinha e tentava sair para a rua”.

Joana/1954 (31 anos, parda, casada, doméstica - esquizofrenia), internada pelo esposo e pela mãe, ficou seis meses hospitalizada. Segundo o esposo, “a **paciente tentou matar os filhos menores** (afetividade comprometida)”. Ademais, a paciente retratou que: “Não gosta do cunhado, porque este prometeu matar seu filho, além de bater na irmã, chegando mesmo a ‘tirar sangue’”.

Nicole/1957 (26 anos, branca, casada, doméstica - síndrome maníaca), ficou onze meses internada, pelo marido, saindo de licença experimental solicitada pelo marido. Possuíam dois filhos; eram de condição econômica precária; segundo o marido, quando a conheceu, achava-a “bobinha” e, depois de cinco dias que a conheceu, ela “exibiu-se” para seus companheiros dançando frevo. Mas, apesar disso, era trabalhadora”. Marido contou que: “Em 1955 a paciente teve o primeiro filho, **logo após o parto ficou abobalhada**”; depois, teve o segundo filho, havia quatro meses, “[...] há 8 dias, a paciente subitamente quebrou tudo que estava em seu alcance, **maltratava os filhos e tentou matar a filha mais nova, com um soco na cabeça**”. Havia dois dias, Nicole dissera ao esposo: “eu soube que você vai me internar num hospital, **antes de sair mato as crianças** e em seguida acabo com a minha vida”.

Nadir/1957 (25 anos, parda, solteira, doméstica - síndrome depressiva, esquizofrenia?); teve oito internações, realizadas pelo companheiro. Segundo o companheiro, Nadir “já esteve em tratamento, submetendo-se a eletrochoques. **Ultimamente abandonou os afazeres domésticos, querendo ultimamente matar a filha com uma faca**”.

A música de Wilson Batista, Mãe Solteira (1954), descreve a história de uma mulher que, por ser mãe e solteira, atea fogo em si, demonstrando o sofrimento ocasionado por isso e pelos julgamentos sociais; como explicitado na música, há muitos julgamentos religiosos, pois essas mães solteiras não teriam entrada no céu.

[...] Maria da Penha

A porta-bandeira

Ateou fogo às vestes

Por causa do namorado

[...] O seu desespero

Foi por causa de um véu

Dizem que essas Marias

Não tem entrada no céu

Parecia uma tocha humana

Rolando pela ribanceira

A pobre infeliz

Teve vergonha de ser mãe solteira (W. Batista, 1954).

Renata/1959 (20 anos, branca, casada, doméstica - psicose puerpério e epilepsia), teve três internações; internada duas vezes pelo pai e outra pela mãe. Quando internada, estava gestante, aparentando ser 8 meses: “Informa o seu pai que a paciente é casada e foi **abandonada pelo marido há 12 dias pra cá**. Tornou-se agressiva passando a cometer desatinos, quebrando tudo que está ao seu alcance”; na segunda internação, constava Psicose puerpério.

Os papéis femininos de esposa e mãe estão interligados, de modo que, segundo Anderson (1960), a mulher que desempenha apenas um deles, e não o outro, seria considerada incompleta. Caso o marido ou namorado acabe deixando a mulher, isso é culpa dela, como exposto em uma pesquisa norte-americana, na qual um advogado, especializado em divórcio, explicita que a maioria das separações ocorre por falta de preparo das mulheres para o casamento (Anderson, 1960).

Dessa forma, a sobrecarga decorrente dos trabalhos domésticos e do cuidado com a(o) filha(o) ou filhas(os) pode ser geradora de intenso sofrimento psíquico, sobretudo quando associada a outros fatores, como pobreza e desigualdades raciais/étnicas. O Jornal das Moças (1959b) apresentou uma pesquisa da Universidade de Edimburgo sobre o trabalho das mulheres antes e após o nascimento das(os) filhas(os), na qual se constatou que a maioria dos maridos auxiliava as esposas durante a gestação, realizando tarefas domésticas. Entretanto, após o parto, esse auxílio praticamente desaparecia, o que revelava a sobrecarga enfrentada pelas mulheres no cuidado com o bebê recém-nascido. Apesar de expor essas dificuldades, o título da reportagem reforçava o ideal de maternidade sagrada: “Apesar de tudo ser mãe, é padecer num paraíso!” (s.p.).

Nessa mesma perspectiva, o Jornal das Moças (1960, s.p.) descrevia o modelo de “dona de casa completa” como aquela que “saiba fazer do lar o andro de atração do esposo e dos filhos”, tarefa considerada simples “quando a mulher é amorosa e culta, ativa e enérgica, econômica e não avara”. Além disso, recomendava-se que realizasse seus deveres domésticos “sem manifestar mau humor ou arrebatamentos de ira”. Cumprindo tais exigências, e ainda sendo responsável por criar e educar as(os) filhas(os), a mulher seria, então, digna do título de “rainha do lar”.

Em contraposição, no jornal *O Momento Feminino* (1947h), foi retratado sobre a miséria da população, que afetava principalmente as mulheres e as crianças, como a responsabilidade de seus cuidados recaía nas mulheres. Na reportagem, chamavam atenção para a mortalidade infantil, falta de creches, de hospitais, jardins de infância e de escolas. Ficou explicitada a naturalização de um suposto instinto materno, no qual as crianças “são o sonho e a ambição de todas as mulheres. Em qualquer situação econômica, a mulher deseja tanto um filho”. No entanto, mesmo com esse desejo de ter filha(o):

Mas a vida vem com os seus problemas amargos, duros, cruéis, e as nossas crianças, num país sem maternidade para o povo, sem creches e sem hospitais, não conseguem viver. O ‘grande homem’, a ‘mulher formidável’ não se realizam... E o sonho daquele filho se torna um pesadelo. Como carrega-lo para o emprego? Onde deixa-lo se tem que trabalhar? Como dar-lhe leite e alimentá-lo? Como vai ele crescer? O sonho se torna tão pesado e traz em si tanto sofrimento. Aquela mulher que ontem desejou o filho não se arrepende de tê-lo feito nascer, mas sofre enormemente por não poder vê-lo como as crianças dos anúncios [...] (*O Momento Feminino*, 1947h, s.p.).

Entre a idealização da maternidade, cobrança dos papéis sociais e julgamento das mulheres, caso não atingissem as expectativas atribuídas, havia a miséria, a fome, falta de creches e condições concretas para que essas mulheres conseguissem prover as mínimas condições necessárias de existência das(os) filhas(os), como expresso na imagem a seguir.

Figura 40

O Momento Feminino



Nota: *O Momento Feminino* (1947h).

Com a industrialização e a necessidade de garantir novos trabalhadores, de desenvolver uma nação forte, preocupação com a mortalidade infantil, maior interesse pela educação moral e disciplinadora desde a infância, para não ameaçarem a ordem social, aumentou-se a preocupação médica de preservar a infância. Isso foi exposto no Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (1922a), visto que, para melhorar a nação,

o aproveitamento e o avigoramento da criança representam a economia, o acréscimo das forças vivas da nacionalidade. Do que valem sacrifícios para trazer ao Brasil imigrantes quando deixamos migrarem para a eternidade as criancinhas por falta de cuidados? [...]

- O problema da criação dos meninos deixou de ser uma questão de ordem puramente familiar para abranger múltiplos interesses de ordem social. Uma criança que se perde, material ou moralmente, não significa somente uma saudade para a família, uma vergonha para os pais; é, mais do que isto, **uma força que se perde para a sociedade** (p. 132, grifo nosso).

Isso vai implicar a cobrança aos pais, principalmente das mulheres, sobre a amamentação, cuidado e educação das(os) filhas(os).

Reconhecido ser o trabalho feminino fora do lar, isto é, na indústria, a causa principal do abandono dos menores e de outros males sociais, se devem tomar medidas no sentido de que, tanto quanto possível comporte a situação social, se evite a ausência da mulher-mãe do lar doméstico, sobretudo quando seus filhos sejam ainda de tenra idade (Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, 1922b, p. 143).

Essas discussões levaram a reformulações no conceito de saúde, com a compreensão de que a saúde do adulto dependia diretamente da saúde da criança e que, para garantir o bem-estar infantil, era indispensável assegurar também a saúde materna. Assim, consolidou-se a ideia de que o Estado deveria prestar assistência tanto à mãe quanto à criança (Boaretto, 2003). Nesse contexto, a assistência pré-natal às mulheres foi instituída no Brasil entre as décadas de 1920 e 1930 (Reis & Rached, 2017).

Camargo (1945) descreve sobre a importância dos preceitos da higiene mental na educação da futura mãe, inclusive, sobre a importâncias dos exames pré-natais, havendo já a criação de vários centros de saúde com a assistência pré-natal. O aconselhamento à mãe visa inclusive que ela “esteja apta a cumprir com galhardia a missão que lhe foi confiada pela Natureza” (p. 2). O autor salienta que a mãe necessita de alimentação abundante, mas sem exagero, embora, como exposto pelo jornal *O Momento Feminino* (1947h), às pessoas pobres,

faltava alimento para mães e crianças. Ademais, Camargo (1945) enfatiza sobre a vigilância materna:

Vale a pena dizer que com a evolução que o mundo vem perenemente sofrendo, com o acréscimo das dificuldades de vida, há necessidade de serviço social em que a gestante tenha assistência moral e material que necessitar. Cumpre estimular e ressaltar à mulher o seu alto valor na perpetuação da espécie. Eis por que o Brasil, berço de um povo civilizado, sadio, moralmente convicto do culto sagrado à Maternidade, deve prestar o máximo apoio que vão ser mães, reflexo sublimes daquilo que nós também adoramos (p. 3).

Até a década de 1970, os programas materno-infantis no Brasil mantinham uma visão restrita da mulher, centrada em sua função biológica e social de mãe e dona de casa, considerada a principal responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde das(os) filhas(os) e demais familiares (Ministério da Saúde, 2004, p. 15). Apenas em 1984, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que representou uma mudança significativa ao reconhecer esse grupo como sujeito de direitos e não apenas como gestante. O novo programa passou a contemplar ações educativas, preventivas, diagnósticas e ginecológicas, além de oferecer assistência à concepção e à contracepção⁸⁵, incorporando uma perspectiva mais ampla e integral da saúde feminina (Ministério da Saúde, 1984).

Já a **figura paterna**, historicamente, era de autoridade, contudo, como o cuidado com as(os) filhas(os) foi atribuído quase integralmente às mulheres, não lhes restaram muitas funções nesse âmbito. Dessa maneira, cabia a ele ser o provedor, trabalhar e retornar para a casa, não tendo com as(os) filhas(os) nenhuma responsabilidade direta (Badinter, 2018). Segundo a autora, “o homem foi despojado de sua paternidade” (p. 294). O mau pai era comumente da classe trabalhadora, diferentemente da má mãe, que poderia ser de ambas as classes. Ademais, isso era relacionado aos que faziam uso de álcool e, posteriormente, agrediam a esposa e filhas(os), ou àquele que não repassava os valores morais e sociais.

Conforme expresso nos dados dos prontuários dos homens, apenas 18% mencionam filhas(os), sendo que, na maioria dos casos, são apenas registros da existência deles — o que evidencia que a paternidade não era socialmente cobrada da mesma forma que a maternidade. Em alguns casos, observa-se inclusive o abandono das(os) filhas(os), como no prontuário de

⁸⁵ Os anticoncepcionais foram desenvolvidos e comercializados somente na década de 1960, nos Estados Unidos, chegando ao Brasil em 1962. Com as pílulas, as mulheres poderiam não ter filhas(os) de modo indesejado, o que iniciou discussões no âmbito da sexualidade voltadas ao prazer sexual das mulheres, para além da reprodução (Maria Pedro, 2018).

Paulo/1960 (27 anos, branco, solteiro, servente — sem diagnóstico): “Boêmio, solteiro, tem várias namoradas e mulheres, têm dois filhos, um de cada mulher”. Em outros quatro prontuários de homens, somente, são relatados sofrimentos relacionados às(aos) filhas(os) ou mesmo aos netos, mas de forma muito menos frequente do que nos casos das mulheres, como expresso nos casos apresentados a seguir.

Geraldo/1952 (42 anos, preto, viúvo, carpinteiro - alcoolismo), internado pela polícia. Apresentava alucinação auditiva e insônia, acompanhada de angústia, ilusões e alucinações auditivas e visuais. Relata que o que provocou sua perturbação foi que estava “**procurando a sua filha na maternidade do Hospital Getúlio Vargas, por ter tido a ideia de que a mesma se achava grávida do filho do seu patrão, do qual deveria pleitear uma indenização**”. No prontuário, consta que Geraldo teria “consciência da morbidade desta ideia, não ignorando ser a causa incoerente dessa suspeita, a qual teria surgido em consequência de uma intoxicação alcoólica”. Recebeu alta hospitalar, mas foi internado novamente em 1953, saindo dessa internação por licença experimental. Embora a preocupação do paciente seja por conta de uma intoxicação alcoólica, ela demonstra o sofrimento acarretado em um pai pelas cobranças dos papéis sociais femininos, como da filha ter engravidado fora do casamento, o que poderia interferir na honra da família.

Bernardo/1947 (36 anos, branco, solteiro, guarda-linha - esquizofrenia); de naturalidade portuguesa, na primeira internação, foi encaminhado pela polícia; na segunda, ele mesmo se internou. Motivo do internamento: “porque estava muito nervoso” e não tinha família, da qual se desligou a tempos; além disso, “**Perde o seu filho** em consequência de um colapso”. Atitude autista: não se interessa pelo ambiente, parcialmente orientado no meio, lugar e orientado no tempo. Não tem consciência de sua enfermidade mental, atribuindo a sua alienação à “questão de papéis”. Tratamentos realizados: 7 convulsoterapias elétricas e medicamentos. Transferido para a CJM.

Francisco/1951 (58 anos, branco, casado, jornalista - psicose por tumor cerebral); conforme observação, o paciente recusava alimentos dias antes da internação e, por insistência, comia alimentos leves. “**Em 1950 separou-se dos netos, o que lhe ocasionou uma forte depressão**”. Em 1951 apresentou crises Epileptiformes, insônia e ftofobia. Exagerando emotividade com frequentes crises de choro imotivado”. “Faz referências a algumas alucinações. **Diz que escutava vozes de crianças**”. Havia pedido do genro de remoção do hospital para a residência da família. Não constou a saída do paciente, somente a transferência para o BMC.

Ricardo/1959 (39 anos, branco, casado, comerciário - alcoolismo crônico e epilepsia), encaminhado pela polícia. Motivo do internamento: “Em casa mostrou-se agressivo, utilizando de facões, **passou a agredir os filhos e vizinhos**”. Consta como sintomas: o “surto” e insônia; faz uso de bebidas alcoólicas, tem crises convulsivas havia 3 anos. Teve seis internações de 1959 a 1973, recebendo alta em todas.

Os papéis sociais, principalmente no que concerne à cobrança da maternidade e paternidade, têm pesos distintos aos homens e às mulheres. Aos homens, caberia somente o papel de serem provedores; já às mulheres, de gerar, cuidar e educar as(os) filhas(os). Dessa forma, se a mulher for amorosa e culta, e para ser uma boa esposa e mãe, deve se sacrificar, realizar seus papéis sem manifestar nenhum sentimento de descontento, de cansaço, de esgotamento e de sofrimento psíquico. Deve, de modo geral, abdicar de si para o outro. Heller (1985) salienta que a recusa dos papéis sociais demonstra “o conflito entre os casos de dever-ser, e, neste caso, o conflito moral, que se expressa de modo particular, são inevitáveis na medida em que um homem não se submete incondicionalmente todo o seu ser ao papel que desempenha num dado momento” (p. 96).

Como evidenciado nos prontuários, o papel social da maternidade é idealizado, romantizado e, muitas vezes, inatingível, o que pode gerar conflitos, sofrimento psíquico, ideação suicida e até infanticídio. A recusa ou o questionamento desses papéis, como aponta Heller (1985), pode ser compreendida como uma forma de rebelião contra o conformismo e as imposições sociais, embora frequentemente seja interpretada como sinal de “doença mental”, resultando em maior sofrimento para as pessoas.

O sofrimento relacionado à maternidade, portanto, não se limita às explicações biologizantes, como as alterações hormonais frequentemente destacadas pelos discursos médicos, mas está profundamente enraizado em determinantes sociais e estruturais — a pobreza, a fome, a falta de moradia, a sobrecarga com os cuidados infantis e domésticos, as dificuldades em conciliar o trabalho remunerado com a criação das crianças e adolescentes, diante da escassez de creches e escolas, e as cobranças morais que atribuem exclusivamente às mulheres a responsabilidade pelo cuidado e bem-estar das(os) filhas(os). Quando não conseguem corresponder a tais expectativas, elas são culpabilizadas, classificadas como “doentes mentais” e, muitas vezes, internadas. Além disso, o sofrimento pode estar associado ao não desejo de ser mãe, o que rompe com a crença de que o chamado “instinto materno” é natural — quando, na verdade, se trata de uma construção social e histórica, que sustenta a idealização da maternidade e reforça a sujeição das mulheres.

Essa lógica de controle e culpabilização das mulheres não se restringe à maternidade, mas também se expressa em outras dimensões de suas vidas, como se observa nos casos de violência contra as mulheres, retratados em alguns prontuários psiquiátricos, que serão discutidos no tópico seguinte.

5.3 Retratos de violência contra as mulheres

A violência contra as mulheres, expressa de múltiplas formas — física, sexual, psicológica, patrimonial, moral e institucional —, tem sido, historicamente, um instrumento de dominação dos homens e de manutenção da submissão das mulheres, expressando-se como parte de um sistema social que hierarquiza as relações entre os sexos. Conforme analisa Saffioti (1999), essa violência não é um fenômeno individual ou episódico, mas resultado das construções sociais e históricas que definem e naturalizam os papéis sociais atribuídos aos corpos sexuais, sobretudo no exercício do poder dos homens sobre as mulheres.

Nos prontuários psiquiátricos analisados, é possível identificar como essas violências, muitas vezes naturalizadas e silenciadas, produzem profundos sofrimentos psíquicos, que acabam sendo interpretados sob a ótica médica como sintomas de “doença mental”, em vez de serem compreendidos como reações às opressões vividas. Assim, as internações psiquiátricas, nesses casos, revelam não apenas o sofrimento individual, mas também as marcas de uma estrutura social que, para sua manutenção, precisa usar a violência.

No século XX, ainda, não havia uma legislação específica voltada à violência contra as mulheres⁸⁶, embora o Código Penal previsse punições para lesão corporal e homicídio. Contudo, mesmo nesses casos, a legislação refletia e reforçava a desigualdade entre homens e mulheres, ao permitir a redução da pena quando o crime fosse cometido “impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida à injusta provocação da vítima” (Decreto-Lei n.º 2.848, 1940, arts. 121 e 129). Assim, a norma jurídica acabava por legitimar a violência, ao defender o chamado “valor moral e social” dos homens, em detrimento da integridade e autonomia das mulheres.

Apesar de não termos encontrado dados quantitativos que expressem a frequência em que ocorriam as situações de violência contra as mulheres, incluindo a violência sexual e o assassinato de mulheres, é importante considerar que muitos desses comportamentos eram naturalizados e não reconhecidos como formas de violência. Ainda assim, algumas reportagens

⁸⁶ Somente em 2006, foi criada a Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que visa criar mecanismos para prevenir, punir e erradicar a violência doméstica e familiar contra a mulher.

da época apresentam registros sobre esses casos, evidenciando que tais situações ocorriam na vida de diversas mulheres. Um exemplo é o caso de uma jovem, de 20 anos, operária, que foi levada para um matagal, “esganada e estuprada. O cadáver foi encontrado por populares, tendo as mãos atadas com cordas”. O homem que cometeu o crime foi detido (O Estado de S. Paulo, 1958a, p. 15).

Todavia, as mulheres não estavam seguras em nenhum local, havendo vários registros de violência contra as mulheres realizadas pelos próprios maridos. Em 1953, foi registrado o julgamento de João Maciel, acusado de ter assassinado o sogro Benedito. Na investigação, constava que “a esposa de João Maciel, filha da vítima, era constantemente espancada pelo marido, homem de maus sentimentos e que se dava ao vício da embriaguez, fatos esses que causaram à vítima grande desgosto” (O Estado de S. Paulo, 1953, p. 2). O pai, sabendo da violência que a filha sofria, foi armado, juntamente com outros dois filhos, à procura de João para matá-lo. No entanto, na busca, Benedito sofreu um acidente, caiu e se lesionou, falecendo. Diante da situação, João Maciel foi absolvido pelo Júri (O Estado de S. Paulo, 1953). Outra reportagem do O Estado de S. Paulo (1958b, p. 12) apresentava que uma mulher foi agredida pelo marido, declarando que “há muito tempo vem sendo espancada diariamente por seu esposo, resolvendo, por fim, solicitar medidas da Polícia para pôr paradeiro às agressões”.

A música de Adoniran Barbosa (1957) retrata o sofrimento de uma mulher submetida à violência doméstica, que, em meio à dor, promete à mãe que deixará essa relação — o que evidencia como a violência contra as mulheres permeava tanto o cotidiano quanto as expressões culturais da época.

Mãe, eu estou aqui a fim de lhe avisar
 Que minha vida com ele não tem mais jeito não
 Oh, mãe!
 Ele não trabalha, não faz nada
 Só aparece de madrugada
 Todo alcoolatrado, e o corpo fechado
 [...] Acha que é uma beleza
 Entrar em casa destruindo tudo
 Outro dia rasgou minha blusa de veludo
 E as duas combinação
 Que eu ganhei da mulher do João
 Mãe eu juro, pela luz que me alumia

Se eu continuar com ele
Não me chamo mais Maria
Mãe, Eu Juro!

Infelizmente, por conta da opressão e violências constantes, muitas mulheres eram - e ainda são - brutalmente assassinadas. No início do século XX, Pereira (1920) evidenciou a urgência dessas situações, visto que uma mulher era morta por hora no Brasil, além do fato de que a maioria desses crimes permanecia impune, o que demonstra a naturalização e a indiferença social com a vida das mulheres.

Telles (1959, p. 34) publicou uma crônica sobre crime passionai, denominada “O direito de não amar”:

Os jornais parecem tomar, diariamente, verdadeiros banhos de sangue. Do sangue que escorre dos crimes passionais, um sangue porventura mais ardente, mais violento, mais terrível do que o sangue vertido nos acidentes comuns, e nos quais amor e ódio não se imiscuem com sua vermelhidão da loucura. [...] os jornais diariamente se banham no sangue quase sempre jovem dos que amaram demais. E que, não correspondidos, no seu amor, acharam mais fácil dar cabo do ser amado: ‘Já que não vai ficar comigo, que não fique então com mais ninguém.

No jornal O Estado de São Paulo⁸⁷, foram relatados diversos casos de assassinato de mulheres, geralmente cometidos por seus companheiros. Em 1949, por exemplo, noticiou-se o caso de Julieta Bianco Couto, de 33 anos, “assassinada a pauladas por seu marido João Couto, o qual foi preso por vizinhos e entregue à polícia” (O Estado de S. Paulo, 1949, p. 9). Eles eram casados havia 15 anos e tinham três filhos; segundo a reportagem, “João vinha apresentando sinais de perturbação mental e passou a difamar a esposa” (O Estado de S. Paulo, 1949, p. 9). Outro caso, noticiado sob o título “Disparo acidental”, descreveu a morte de Ida Romano, de 21 anos, atingida por arma de fogo disparada pelo próprio marido. Já em 1947, foi registrado o assassinato de Maria Luzia, de 30 anos, morta a golpes de faca por Domingos Silveira de Sousa, que mantinha relacionamento com a irmã da vítima. Após o término do relacionamento, motivado por “divergências e incompatibilidades de gênios”, Domingos tentou agredir a ex-companheira quando ela voltou à residência para buscar seus pertences, acompanhada de Maria. Ambas tentaram fugir, mas Maria foi atingida várias vezes nas costas (O Estado de S. Paulo, 1947, p. 7).

⁸⁷ Foi realizada uma busca no jornal O Estado de São Paulo, utilizando o termo “assassinada”, sendo encontrados 68 registros, na década de 1940, 198, na década de 1950, e 241, na década de 1960.

Em 1940, foi retratado o caso de um tenente, que já havia sido internado em hospital psiquiátrico “por sofrer das faculdades mentais”, e que teria tido nova crise. Nessa situação, ele tentou agredir a mãe, que conseguiu fugir, mas atingiu a companheira com uma barra de ferro, matando-a. Posterior a essa situação, ele foi internado no HNA (Correio da Manhã, 1940).

Outra notícia relatava o assassinato de Angelina Vicente dos Santos, de 25 anos, morta a golpes de faca pelo marido, Gumercindo Honório dos Santos, que posteriormente se entregou à polícia. O casal estava casado havia cinco anos e, tinha cerca de três meses, Angelina havia começado a trabalhar em uma residência. Segundo a reportagem, o cunhado informou a Gumercindo que ela estaria trabalhando em uma “casa suspeita”. Diante disso, ele exigiu que a esposa deixasse o emprego, mas, ao vê-la retornar ao trabalho, “indignado com a atitude da esposa, sacou de uma faca e lhe desferiu quatro golpes” (O Estado de S. Paulo, julho de 1950, p. 7). A história dela retrata o quanto as mulheres eram controladas e oprimidas, não tendo autonomia para escolher o que fazer, que profissão exercer; assim, ao marido, era atribuída não somente a dominação sobre ela, mas sobre sua vida. Isso é mostrado por Engels (2007, p. 80), uma vez que, com a família monogâmica e patriarcal, a mulher foi submetida incondicionalmente ao poder do homem, “mesmo que ele a mate, não faz mais do que exercer um direito seu”.

A crescente incidência de violência contra as mulheres mobilizou os movimentos feministas, que lutaram pela criação de delegacias especializadas no atendimento a elas. Como resultado dessas lutas, foi instituída, apenas em 1985, por meio do Decreto n.º 23.769 (1985), a primeira Delegacia da Mulher, localizada em São Paulo.

Nos prontuários analisados, constatou-se a presença de diversas situações de violência praticada por companheiros ou ex-companheiros, o que revela a forte incidência da violência contra mulheres no período. Essa violência teve implicações significativas para o sofrimento psíquico das mulheres, identificado em 12% dos prontuários das mulheres e em 11% dos homens que indicavam a ocorrência de algum tipo de violência. Em dois casos — um de mulher e um de homem —, a internação psiquiátrica também estava relacionada ao trabalho, sendo contabilizados em ambas as categorias, mas descritos neste tópico. Seguem, assim, algumas memórias de situações de violência que foram evidenciadas nos prontuários.

Clara/1948 (34 anos, preta, casada, doméstica - psicose autotóxica); ficou menos de dois meses internada; casou-se com 21 anos e teve 4 filhos. Segundo informações da tia, a paciente “via caixões mortuários, urubus”, além disso, **“sentia-se perseguida pelo marido. Tinha medo de ser assassinada por ele”**.

Catarina/1948 (43 anos, branca, casada, doméstica - psicose maníaco-depressiva), teve cinco internações; uma vez, foi internada pelo filho; nas outras, ela buscou a internação, sendo transferida posteriormente para a CJM. Havia 12 anos, ficara viúva, pois seu marido foi assassinado na rua; já viviam separados, porque ele tinha uma amante. Depois, teve outro companheiro, que a abandonou e ela teve um “choque profundo, que atribui a sua doença atual”. Seu marido atual, suboficial da aeronáutica, “muito político e partidário do Getúlio, quando faltava água, em sua casa, a examinanda metia o pau no Getúlio, então aproveitava o 'marido' para interná-la e insinuar segredos com pessoas de sua família. **O 'marido' em determinada época tentou eliminá-la misturando veneno ao Leite de Magnésia**”. Sempre manifestou, com mais ou menos exuberância, ciúmes em relação ao companheiro “quer das amigas que com ela morava ou pelos telefonemas que acaso recebia de algumas mulheres. Ultimamente houve exacerbação das manifestações da parte da enferma o que resultou em seu internamento”. Assim, ficou descrito no prontuário que foi evidenciado na paciente “grande sensualidade e manifestações de ciúme”.

Glória/1952 (27 anos, branca, casada (amasiada), doméstica - esquizofrenia), teve duas internações; foi internada pelo marido. Glória “teria **vinte anos de idade quando foi violentada por João [nome fictício] atual marido, vindo a engravidar em consequência**. Não precisa a data do abuso. Declara, não obstante, haver sentido prazer, aborrecendo-se e preocupando-se seriamente, porque foi abandonada por João”; ela o havia conhecido na casa de sua mãe, mas, após ter engravidado e ele a abandonar, eles passaram a residir juntos. Glória sofreu um acidente, no qual uma barreira caiu sobre um trem que viajava e caiu um tijolo em sua cabeça, acarretando traumatismo craneano. Após a situação, ela passou a ter visões e pesadelos sobre o acidente, modificando seus comportamentos, desinteressando-se por tudo, “**pondo-se à margem da vida doméstica cotidiana**”. Como antecedentes da segunda internação, narrou que, “após o nascimento do último filho, teve um bocado de corrimento”. A paciente, “por estar muito fraca, não sentia prazer com o marido. Nos últimos dias da vida em comum, recusou a mantê-las”. Assim, o companheiro, aborrecido com sua doença, mandou-a de volta para casa da mãe. “Revela que regressou ao Rio com **o intuito de levar o filho de três meses, ‘ao que o companheiro se opôs internando-a neste Hospital’**”.

A história de Glória/1952 evidencia as violências sexuais e os julgamentos sociais que recaem sobre as mulheres, revelando o desespero diante do abandono por parte do autor da violência, quando resultava em uma gravidez. É importante lembrar que tanto o Código Penal de 1890 (Decreto n.º 847, 1890, art. 276) quanto o Código Penal de 1940 (Decreto-Lei n.º 2.848,

1940) previam a extinção da punibilidade do crime de estupro caso o autor da violência se casasse com a vítima — dispositivo que permaneceu em vigor até 2005. Essa legislação evidencia como a violência sexual contra a mulher era tratada sob a ótica da defesa da honra familiar, e não da proteção da vítima, legitimando a ideia de que a mulher violentada deveria casar-se com seu estuprador para “reparar” a honra perdida.

Iris/1953 (39 anos, parda, casada, doméstica - esquizofrenia catatônica), ficou sete meses internada; era casada havia treze anos, tinha um filho, teve abortos provocados. Relatou que “ultimamente era muito desprezada pelo marido. De uns tempos para cá, o casal de vez em quando se desentendia, e **quase sempre a paciente era agredida pelo marido**”. Ocorrendo crises de choro, falava sozinha em altas vozes, via vultos e tinha mania de perseguição para com seus vizinhos; às vezes, quando saía para a rua, “**proferia palavras pornográficas** às pessoas da vizinhança, levantava as vestes e tinha impulsos agressivos. Acrescenta, que **mesmo assim não deixou de cuidar dos serviços domésticos**”.

Julietta/1954 (38 anos, parda, viúva, doméstica - psicose psicogênica reação esquizofrênica), foi internada em duas situações pela família. Ela se casou com dezoito anos, teve dois filhos: “O **marido** do qual está separada e que viveu apenas 3 anos, **batia-lhe e tentou mesmo atirá-la de um precipício**. Há 10 anos que vive com outro homem do qual não tem filhos e que está atualmente detido por ser bicheiro”. Quinze dias antes da internação, ela estava preocupada de o companheiro estar preso e não poder soltá-lo, então, ela e a mãe ingeriram uma bebida alcoólica, que não era habitual. No dia seguinte, acordou já modificada, com comportamento incoerente, interesse por vezes obsceno; dizia ouvir espíritos, não comia, nem dormia.

Nora/1957 (21 anos, parda, casada, doméstica - esquizofrenia catatônica), teve duas internações, ficando, na segunda, dois anos internada. Na primeira, estava no período puerperal; na segunda, constatou-se que ela teria agredido uma criança de colo no alojamento em que morava. Além disso, “o marido vive maritalmente com uma irmã dela, e que o **próprio irmão a espanca diariamente**, sem motivo, razão porque fugiu de casa (sic)”.

Rosa/1959 (52 anos, parda, casada, doméstica - “esquizofrenia?”), teve três internações; foi internada pela irmã. Casou-se aos 27 anos, tendo dois filhos dessa união; segundo a irmã, a paciente “**fez dois abortos, por exigência do marido**. Nessa ocasião mostrou-se descuidada em relação a sua pessoa, como também desinteressada pelos filhos e por sua casa”. Havia cerca de um ano, esteve internada no Hospital do Juquery, e a irmã foi buscá-la alegando “**que o marido a maltratava**. A paciente tentou suicidar-se. [...]. Conta-nos a irmã, que **o marido da**

paciente maltrata em demasia. Apesar disso, cada vez mais a paciente se apegava a ele". Além disso: "Atribui as suas perturbações, aos grandes desgostos que tem com o marido. Soube há pouco da existência de outra mulher na vida dele. Recebe sempre conselhos da família para deixá-lo, o que porém não aceita pois gosta muito do marido". Na terceira internação, declarou sentir um apagamento de tudo, **"dificuldade para fazer seus trabalhos de dona de casa e de pensar. [...] Tenho crianças e não posso tomar conta deles"** (sic). Nesse caso, constava declaração da irmã de 1965, em que o marido da irmã deixou o lar e ela estaria cuidando dos quatro filhos da irmã, e também teria três filhos para cuidar, tendo dificuldades para sustentar o lar; ela declara que "não dispõe de recursos para o devido tratamento de sua irmã". Sendo Rosa/1959 transferida seis meses depois para a CJM.

Selena/1961 (32 anos, preta, casada, costureira - esquizofrenia simples), ficou dois meses internada; foi internada pela prima. A mãe informa que ela possui quatro filhos; foi abandonada pelo marido há 9 anos **"Levou um tiro do marido, nas nádegas"**. Foi nessa época que houve a alteração psíquica que levou ao primeiro internamento no IP". Havia seis meses, ela tivera "perturbações mentais, não vai para casa, anda o dia todo, sempre brigando com os parentes, vizinhos, gritando e ela mesma diz-se nervosa, desconhece os filhos, dizendo que não eram dela, pois os seus verdadeiros eram brancos (eles eram pretos) [...]".

No prontuário de Lara/1955 (20 anos, parda, solteira, doméstica – esquizofrenia forma catatônica), ficou retratado que ela foi **internada com sinais de lesão por maltrato físico**, edemas em ambas as mãos, em que o médico anota "contenção?", e também sinais de contenção mecânica nos pulsos e axilas. Não havia informações da causa dessas lesões de maltrato, de familiares, da sua história; somente o relato do exame físico, em que constam esses hematomas, e outras anotações sobre sua vestimenta, higiene, que possuía alucinações e fala lenta. Ela saiu por licença experimental, também não constando para onde foi.

Sofia/1961 (25 anos, parda, casada, doméstica - esquizofrenia); marido era rodoviário; consta na ficha "Convênio dos Rodoviários"; tem uma criança de 5 meses. Foi internada duas vezes, entre 1961 e 1967. Ela ouviu uma "briga do **vizinho que ameaçou matar a mulher** se o acompanhasse em uma viagem que ia fazer"; após isso, ficou extremamente apreensiva e desassossegada, passou por um atendimento médico que aconselhou internação psiquiátrica. Após internação, constou que ela estaria lúcida e orientada, mas teria alucinações e delírio persecutório. **"Da como motivo da sua internação a sua preocupação com o nascimento de sua filha, cujo marido a maltrata e ameaçou matá-la"**. No pedido de alta do marido, em 1961, constava: **"Devido a extrema insistência do marido, concordamos"**.

Nos prontuários dos homens, também constam situações de violência contra a mulher e os papéis sociais femininos, como de Douglas/1949 (76 anos, pardo, casado, detetive - psicose por lesões cerebrais e demência senil); no prontuário, consta “Sujeito a crises de nervosismo e principalmente de **excitação sexual, ameaçava agredir a esposa quando esta não se sujeitava às suas frequentes solicitações**”, além de ser “**completamente incapaz para qualquer trabalho**”. Segundo relatos da filha, a sua doença seria principalmente por impotência sexual, o qual teria tomado um remédio e ficado excitado sexualmente e muito nervoso.

Gabriel/1952 (35 anos, pardo, solteiro, industrial - esquizofrenia forma paranoide), ficou três meses internado pela polícia. De acordo com a esposa, havia cerca de 3 meses que o marido começou a apresentar perturbações de conduta, delírio persecutório, rasgar roupas, destruir coisas, “**quis matá-la diversas vezes com a faca do vizinho. Apavorada pediu a internação**”.

Mateus/1956 (18 anos, pardo, solteiro, vendedor ambulante - personalidade psicopática), teve cinco internações; dessas, evadiu em quatro, sendo transferido para a CJM. Segundo informações do prontuário: “**Há um mês atrás, aborreceu-se com a companheira, por duvidar de sua fidelidade, pensou inclusive em matá-la. Jurou até.** Não o fez por intercessão de outras pessoas. Passou um período de tempo desorientado em que suas reações oscilavam entre o querer e o não poder exterminar a companheira”. Ele tomou ácido para morrer na porta do hospital e foi internado. Em outra internação, constou que “brigou com a amante, que tinha desconfiança de sua fidelidade, ficou sozinho, ‘sem ninguém’ por si e então resolveu internar-se porque está desempregado [...]”. Durante a internação: “Tornou-se líder de um pequeno grupo e, com ele, vem cometendo uma série de atos condenáveis, entre os quais **procura estabelecer contato com as doentes do sexo feminino**, através do muro que separa os dois pátios. Na enfermaria foi surpreendido com **práticas homossexuais**”. Além disso, perseguia uma funcionária do hospital. Ele solicitou transferência para a CJM.

Silas/1961 (38 anos, preto, solteiro, operário - epilepsia), teve cinco internações: “Vida heterossexual iniciada aos 15 anos de idade, refere práticas homossexuais. Viveu 2 anos com uma senhora, a abandonou há cerca de 4 anos, **tendo agredido-a três vezes**”. Ele teve uma segunda esposa, mas teria “**Agredindo a mãe, irmã e a diversas crianças**”. Segundo a sua mãe, ele fazia uso moderado de bebidas alcoólicas, o que o tornava mais agressivo e aumentava as crises convulsivas. Ultimamente, ele trancava-se no quarto, não falava, não tinha iniciativa para nada, só se alimentava quando solicitado. Internando por indicação médica, que o

encaminhou para o ambulatório. Importante salientarmos que, apesar das diversas violências cometidas pelo paciente à sua família, ele só foi encaminhado pelas crises convulsivas terem aumentado e não estar tendo iniciativa para nada, o que demonstra o quanto os comportamentos masculinos eram mais tolerados e a violência naturalizada.

Vinícius/1962 (45 anos, branco, casado, lavrador, nacionalidade portuguesa - epilepsia), teve três internações. Segundo o prontuário, ele tinha crises convulsivas desde os quatorze anos; após as crises, ficava agressivo; quando não tinha crise, era “trabalhador”; havia quatro meses, teve uma crise **“quase matando a esposa”**. Em determinado momento, falava que “Deseja amar-se e pergunta se tal é possível”. Na última internação, ele faleceu. A história de Vinícius/1962 expressa que sua identidade está mediada pela utilidade do trabalho — ele é reconhecido como “trabalhador” apenas na ausência das crises, isto é, quando pode produzir. Quando tem crises, a primeira via é a violência contra a esposa. Outro fator é a restrição do sentir aos homens, enrijecimento dos papéis sociais de agressividade, visto que ele questiona se seria possível se amar.

Em outro prontuário, embora não retratasse que o paciente havia cometido violência contra a mulher, constava que ele e sua mãe sofreram violência por parte do pai. Inácio/1953 (42 anos, branco, solteiro, biscateiro – esquizofrenia), ficou quatro meses internado; no seu processo histórico, contava que o pai “foi um indivíduo insensível que **batia muito nele sem motivo e também batia na mãe** e outras mulheres”.

Em três prontuários, constava referência a alguma situação de assédio sexual, como no prontuário de Gustavo/1952 (20 anos, preto, solteiro - psicose devido à sífilis e psicose exotóxica): “Paciente exageradamente sórdido, com **perda total de senso moral**, pois que procura praticar **pederastia ativa com os demais doentes e com maior naturalidade possível**. Às vezes procura urinar sobre outros doentes. **O paciente revela falhas graves na conduta, tendo inclusive procurado prazeres com a irmã**. Ultimamente se entrega a **prática da vadiagem**”. Ivan/1953 (18 anos, branco, solteiro, comerciante – esquizofrenia catatônica), desde os 15 anos, tomava conta do negócio do pai, “respeitador que era passou a **tentar relações com a companheira do pai**”. Outro prontuário, de Kevin/1950 (20 anos, branco, solteiro, servente de pedreiro – esquizofrenia forma hebefrênica), deixou de trabalhar, entrava na casa dos vizinhos **“tentava agarrar as donas”** e tentava agredir os vizinhos.

Nos prontuários, os papéis sociais atribuídos a homens e mulheres são revelados também nas formas de violência praticadas contra as mulheres, evidenciando como essas violências eram naturalizadas e legitimadas socialmente. Tal naturalização é reforçada inclusive

por discursos médicos e higienistas, como o de Porto-Carrero (1930), ao afirmar que “a **mulher** é o ser que espera, que a princípio se esquia, ou resiste, que por fim se entrega, se abre, **suporta a agressão**; o **homem** é o ser que procura, que excita, que penetra, **que agride**. É por isso o amor da mulher feito de abnegação, de apagamento de si mesma [...]” (p. 158). Essa concepção evidencia como a ciência médica da época também participava da construção e manutenção da submissão das mulheres, ao justificar a violência como algo inerente às “diferenças naturais” entre os sexos/gêneros.

Nessa perspectiva, Costa (1979) salienta que a honra e poder do homem sobre a mulher foram utilizados pela higiene mental, pois era a única propriedade que restava à maioria dos homens. Os homens reagiam somente quando sentiam que essa propriedade, a mulher, estivesse ameaçada, suportando em demais contextos “todo tipo de exploração dos novos senhores” (p. 253).

Profundamente convencido de que o verdadeiro homem era dono da mulher e fiscal dos filhos, o ‘machista’ tornava-se um ciumento guardião da moral higiênica. Estava sempre disposto a reprimir com violências físicas e morais todos aqueles que, por incompetência ou rebeldia, ousassem contestar os novos mandamentos da conduta masculina (Costa, 1979, p. 253).

Assim, o controle e a violência contra as mulheres passaram a ser uma válvula de escape, para que eles não se voltassem à exploração que sofrem da sua força de trabalho nos meios de produção capitalista. Em contrapartida, as mulheres são ensinadas a aceitar qualquer forma de violência e brutalidade, a se sacrificar pelo casamento e pelas(os) filhas(os). Dessa forma, a violência, o medo e o controle sobre as mulheres tornam-se instrumentos centrais para a manutenção da estrutura social capitalista e patriarcal. Como ressalta Saffioti (2004, p. 139), “a violência ainda é necessária para manter o *status quo*”.

As múltiplas expressões da violência evidenciam, portanto, as brutalidades legitimadas socialmente para sustentar a ordem vigente — uma ordem em que os homens são autorizados a exercer poder e coerção sob o pretexto de defender sua honra, a moral e os preceitos da família. Paralelamente, os homens que não correspondem ao ideal de provedor, viril e dominante — aqueles que se mostram sensíveis ou delicados — também são marginalizados e considerados “anormais”, revelando como o patriarcado oprime não apenas as mulheres, mas também os homens que rompem com seus papéis socialmente prescritos.

Embora as violências contra as mulheres não fossem necessariamente classificadas como “doenças mentais”, os prontuários revelam que essas violências eram frequentes na vida

das mulheres, acarretando sofrimento psíquico. Nos prontuários dos homens, a violência aparece de modo distinto, frequentemente associada à condição de autores desses atos, evidenciando que tais sujeitos não eram detidos em razão das violências que cometiam, mas, em vez disso, encaminhados à internação.

Dessa forma, Breilh (2010) salienta a necessidade de romper com a lógica empírica e com as análises de causa e efeito dos fatores relacionados ao processo saúde-doença, compreendendo a saúde como movimento e como um processo relacional inscrito na materialidade. Portanto, a análise das categorias presentes nos prontuários demonstra que a “mulher saudável” era aquela que correspondia aos papéis sociais de boa esposa, boa mãe e boa dona de casa. Quando deixava de cumprir essas funções, podia ser considerada “doente mental” e até internada, frequentemente, por iniciativa do próprio marido — o mesmo que, em muitos casos, exercia violência sobre ela. Por outro lado, as histórias dos homens evidenciam a tolerância social e familiar diante de comportamentos agressivos ou abusivos, revelando a existência de critérios desiguais para a definição do que seria considerado um comportamento “patológico” em homens e mulheres.

6. ÚLTIMAS PEGADAS DESSE PERCURSO: ALGUNS DESDOBRAMENTOS

Refletindo sobre a trajetória desta pesquisa, observamos que, inicialmente, traçamos um percurso, imaginamos destinos e objetivos, mas, na materialidade, ele se mostrou longe de ser linear. Foram muitas as encruzilhadas, desvios e redescobertas que se impuseram ao longo dessa caminhada. Agora, ao alcançarmos as últimas pegadas, não se trata de um ponto final, mas da abertura para novos caminhos e desdobramentos possíveis, que emergem das reflexões construídas até aqui.

Iniciamos este percurso movidos por diversas indagações acerca dos sofrimentos psíquicos e dos papéis sociais atribuídos às mulheres. Partimos do reconhecimento de que a estrutura patriarcal e capitalista produz impactos profundos na vida dos sujeitos, influenciando os comportamentos considerados aceitáveis para cada sexo/gênero e naturalizando tanto os papéis sociais quanto o próprio sofrimento psíquico. Ao longo da história, essas formas de sofrimento foram classificadas em diversas “etiquetas científicas”, utilizadas para nomear e controlar aqueles e aquelas que, em geral, se desviavam das normas e expectativas sociais.

A análise dos prontuários do CPN revelou a complexidade da relação entre as “doenças mentais” e os papéis sociais atribuídos às mulheres, pois são mediadas por um conjunto de determinações sociais, econômicas e culturais, mas encontram sustentação — em maior ou menor grau — nas atribuições sociais do sistema sexo/gênero. Um dos principais percalços encontrados foi a tendência à biologização do sofrimento psíquico e um descaso com as informações das(os) pacientes, havendo lacunas significativas sobre a história de vida de quem eram aquelas pessoas que passaram dias, meses, até mesmo anos internadas no CPN, por vezes, chegando a óbito no hospital.

Ao longo desta pesquisa, compreendemos que o percurso trilhado pelas mulheres e pelos homens na sociedade capitalista e patriarcal é marcado por trilhas íngremes, ladeadas por expectativas e exigências que moldam comportamentos, papéis sociais e padrões de produtividade — seja no trabalho assalariado, seja no reprodutivo. Assim, o adoecimento psíquico não pode ser compreendido apenas como fenômeno individual, mas como expressão concreta das determinações universais, particulares e singulares que configuram a vida social.

As marcas desse percurso se revelam nas singularidades de cada sujeito — nos passos cansados de quem tenta acompanhar o ritmo imposto, no esgotamento de quem busca corresponder às cobranças e às normas da ordem social vigente, ou ainda em quem não se ajusta ao caminho estreito traçado pelos papéis sociais. Essas formas de sofrimento, no entanto, não

são neutras: carregam as diferenças de sexo/gênero, de raça/etnia e de classe social, que tornam algumas trilhas mais árduas, mais pedregosas e desiguais do que outras.

Como nos lembra Franca Basaglia (1987), quanto mais restritos são os caminhos sociais que delimitam os papéis e as normas, maior é a incidência de sanções e infrações psiquiátricas — especialmente sobre as mulheres. Embora tanto homens quanto mulheres fossem internados com o objetivo de “endireitá-los”, isto é, de ajustá-los à ordem social burguesa, o controle exercido sobre as mulheres assume uma dimensão particular. Pois, os homens e mulheres respondem aos papéis sociais atribuídos a partir de relações de poder e privilégios desiguais, colocando as mulheres em uma posição de opressão e subjugação. Sob a lógica patriarcal e capitalista, as mulheres são concebidas como uma extensão da propriedade privada, portanto, destituído de autonomia. Nesse contexto, a internação psiquiátrica e a maior incidência de tratamentos controversos sobre as mulheres funcionam como instrumentos de controle e disciplinamento, legitimados sob o discurso científico.

Entre os mecanismos de controle e ajustamento da população, destacamos as instituições psiquiátricas e as(os) profissionais de saúde que, sob a aparência de neutralidade científica, utilizam-se de diferentes “etiquetas científicas” para classificar e normatizar os sujeitos. Embora essas classificações, teorias e instituições tenham se modificado historicamente, a lógica subjacente de disciplinarização e controle permanece inalterada. Isso porque os sentidos atribuídos socialmente, as concepções científicas e os tratamentos utilizados em cada época sobre o que é considerado “doença mental” perpassam as formas de produção e reprodução da vida social, estando intrinsecamente articulados também aos papéis sociais e ao sofrimento psíquico.

Dessa forma, ainda que décadas nos separem do período estudado, os fatores que causaram sofrimento psíquico em mulheres e homens, que estiveram internados no CPN, ainda permanecem, sob novas roupagens. Apesar dos avanços nos direitos políticos e sociais das mulheres, a violência segue como uma realidade cotidiana — estima-se que 3,7 milhões de brasileiras tenham sofrido violência doméstica e/ou familiar em 2025 (Agência Senado, 2025). Além disso, as mulheres continuam sendo as mais afetadas por transtornos de ansiedade e depressão, bem como por sofrimento psíquico no período gestacional e pós-gestacional, condição que atinge cerca de 20% das mulheres no mundo, com menos de 10% recebendo atendimentos de saúde mental adequado em países subdesenvolvidos (ONU News, 2022; 2025). Soma-se a esse cenário a permanência, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, de 109 hospitais psiquiátricos no Brasil, com 13.240 leitos (Ministério da Saúde, 2021). Evidencia-se,

assim, a centralidade da análise histórica para compreender os fenômenos em seus processos de mudanças e permanências, iluminando as contradições do tempo presente. Como afirma Lessa (2012, p. 86), a cada mudança social, também se ergue uma nova crise afetiva — um abalo nas formas de sentir e existir no mundo:

A angústia e a tristeza se converteram em traços tão generalizados das pessoas contemporâneas que se elevam à condição de epidêmicas doenças ‘da alma’, como a depressão. Do ponto de vista especificamente feminino, as pessoas podem ser literalmente estraçalhadas pela pressão social. Ser profissional no mercado de trabalho, cidadã na esfera política, esposa do lar, amante de quem ama, mãe para os filhos... Como uma pessoa poderia se desenvolver de modo íntegro sob tais demandas? [...] assistimos à ‘libertação feminina afogada em uma banheira de culpas’.

Nessa perspectiva, as Memórias da Desinstitucionalização do Instituto Municipal Nise da Silveira nos mostram algumas possibilidades a serem alcançadas; aqui, fica exposta a história de Maria da Conceição, que foi internada pela polícia por estar andando nas ruas em 1977:

Sem registro de familiares ou pessoas próximas, entra na instituição onde passaria grande parte de sua vida. Nesse mesmo ano, uma breve menção em prontuário refere que Maria da Conceição teria tido um filho durante a internação e que o mesmo havia sido entregue para adoção, indicando que possivelmente a mesma chegará gestante para admissão. Maria da Conceição tinha 35 anos, e assim como esse filho, sua história pessoal vai desaparecendo a partir do momento em que passa a compor o lado de dentro dos muros. [...] Maria da Conceição foi destituída de tudo, se tornando mais uma desconhecida a perambular pela instituição a catar guimbas de cigarro. Depois de passar a metade de sua vida institucionalizada, já curvada pelo peso da idade e do hospício, pôde voltar para o lado de fora, redescobrimdo a cidade a partir de sua ida para um Serviço Residencial Terapêutico. Apesar de abatida, aos 74 anos, pôde dar os braços à novas parcerias e recomeçar (Instituto Municipal Nise da Silveira, 2019, p. 131).

Neste estudo, abordamos somente as memórias da institucionalização de mulheres e homens, mas a memória da desinstitucionalização, representadas pela trajetória de Maria da Conceição, evidência a importância da continuidade da luta antimanicomial, bem como das lutas das mulheres e das classes trabalhadoras. Embora essas lutas encontrem limites na ordem social burguesa, faz-se necessária a busca por uma igualdade substantiva, que não pode ser alcançada por vias individuais, mas apenas por caminhos coletivos, como nos lembra Marx: “O

grau de emancipação feminina determina naturalmente a emancipação geral” (Marx, Engels & Lênin, 1980, p. 44).

Assim como quem percorre uma trilha, fomos guiadas(os) por marcas do terreno social: as pedras da desigualdade, os espinhos da violência, os atalhos abertos pela resistência. Em cada trecho, a paisagem da sociedade capitalista e patriarcal se fez presente, não como cenário distante, mas como terreno concreto onde germina o sofrimento psíquico.

Como ressalta Heller (1987), a “revolução não é destino, é possibilidade” (p. 31). Essa possibilidade nos faz deslumbrar por novos caminhos, pois cada história analisada neste percurso não é apenas registro de sofrimento, mas também memórias de pessoas que resistiram à ordem social estabelecida, sinalizando a urgência de lutar por outra forma de sociabilidade — uma sociedade que supere o patriarcado, a propriedade privada e o capitalismo — para que alcancemos de fato uma emancipação humana. Assim, mais do que relacionar “doenças mentais” e papéis sociais, esta pesquisa buscou lançar luz sobre uma organização social que adocece os sujeitos — e que, ainda hoje, se renova em formas sutis (ou nem tanto) de controle e exclusão. Questionar tais formas se faz necessário na atuação diária, no espanto com a individualização, naturalização dos aspectos sociais e no ajustamento dos sujeitos, pois, como reforçado por Nise da Silveira, é somente se espantando, se indignando e se contagiando que podemos contribuir para a transformação da realidade social (Melo, 2022).

REFERÊNCIAS

- 35ª Bienal de São Paulo. (2023). *Aurora Cursino dos Santos e Ceija Stojka*. Equipe de Educação da Bienal. Recuperado de <https://35.bienal.org.br/aurora-cursino-dos-santos-e-ceija-stojka/>
- Acervo de São Paulo. (s.d.). *Coleção de arte moderna*. Governo do Estado de São Paulo. Recuperado de <http://www.acervo.sp.gov.br/acervoArtMod.html>
- Adoniran Barbosa. (1957). *Mãe, eu juro!*. Letras. Recuperado de <https://www.letras.mus.br/adoniran-barbosa/1497040/>
- Agência Saúde. (2021). *Dia Nacional da Psicofobia alerta para o cuidado com a saúde mental*. Ministério da Saúde. <https://aps.saude.gov.br/noticia/11997#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o,De%20toda%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20mundial>
- Agência Senado. (2025). Data Senado: violência de gênero atinge 3,7 milhões de brasileiras. Senado Notícias. Recuperado de <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/11/24/datasenado-violencia-de-genero-atinge-3-7-milhoes-de-brasileiras>
- Alves, I. da C. (2022). *Para o coração, sim. Mas também para o espírito: Momento feminino e o debate feminista no Brasil republicano (1947-1956)*. Revista de História, (181). Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/181667/184396>
- Amarante, P. D. C. (1996). *O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Fiocruz.
- Amarante, P. (Coord.). (1998). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Fiocruz.
- Amarante, P., & Freitas, F. (2017). *Medicalização em psiquiatria* (2ª ed.). Fiocruz.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2010). Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: A questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In R. P. Nogueira (Org.), *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp. 151–160). Cebes. Recuperado de <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Determina%C3%A7%C3%A3o%20Social%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria.pdf>

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Artmed.
- Anderson, A. (1960). A mulher é a base do casamento. *Jornal das Moças*, 02349(2). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_06&pesq=%22A%20Mulher%20%C3%A9%20a%20base%20do%20casamento%22&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=1506
- Andriolo, A. A. (2003). “Psicologia da arte” no olhar de Osório César: Leituras e escritos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/HPXhN9R7LSYnXKrtRwvvrN/?format=pdf&lang=pt>
- Anuário Estatístico do Brasil. (1945a). *Comércio – Estabelecimentos atacadistas investigados pelos inquéritos econômicos para a defesa nacional - 1944*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/trabalho/1941_45/trabalho1941_45aeb_06.pdf
- Anuário Estatístico do Brasil. (1945b). *Produção industrial – Resumo da produção segundo as indústrias - 1941*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/trabalho/1941_45/trabalho1941_45aeb_02.pdf
- Anuário Estatístico do Brasil. (1950). *Estado da População – Resultados preliminares do recenseamento geral de 1950*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/populacao/1950/populacao1950aeb_09_a_19.pdf
- Anuário Estatístico do Brasil & Serviço Estatístico da Educação e Saúde. (1953). *Quadros retrospectivos Educação*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1953/educacao1953aeb_3.pdf
- Araújo, J. N. G., & Brito, M. M. M. (2005). Loucos pela rua: escolha ou contingência?. *Cronos*. Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/viewFile/3235/2625>
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro* (1ª ed.). Geração Editorial.
- Archivos Brasileiros de Hygiene Mental. (1925a). Estatutos da Liga Brasileira de Hygiene Mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, (1). Recuperado de

<http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental-abhm/ano-1-numero-1-1925.pdf>

Archivos Brasileiros de Hygiene Mental. (1925b). Contra o alcoolismo: em favor da hygiene mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1(1). Recuperado de <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental-abhm/ano-1-numero-1-1925.pdf>

Arquivo Permanente. (s.d.). *Prontuários psiquiátricos do Centro Nacional de Psiquiatria de 1946 a 1949*. Instituto Municipal Nise da Silveira.

Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria. (1920). A inauguração do Ambulatório Rivadavia Correia. *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*, 20(2). Recuperado de <https://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=064645&Pesq=%22Ambulat%c3%b3rio%20Rivadavia%22&pagfis=1772>

Arquivos de Neuro-Psiquiatria. (s.d.). Sobre a revista. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. Recuperado de <https://www.arquivosdeneuropsiquiatria.org/about-the-journal/>

Arrufos. (2024). In *Enciclopédia Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileira*. Itaú Cultural. Recuperado de <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra6374/arrufos>

Arruzza, C. (2015). Considerações sobre gênero: Reabrindo o debate sobre patriarcado e/ou capitalismo. *Revista Outubro*, (23). Recuperado de http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/06/2015_1_04_Cinzia-Arruza.pdf

Artrianon. (2017). *Mulher chorando (1947)*. Artrianon. Recuperado de <https://artrianon.com/2017/09/04/obras-inquietas-43-mulher-chorando-1947-candido-portinari/>

Badinter, E. (2018). *Um amor conquistado: O mito do amor materno* (2ª ed.). Nova Fronteira.

Barreto, L. (1993). *O cemitério dos vivos* (2ª ed.). Graphia.

Barretto, A. C. (1944). Leucotomia pré-frontal a Egas Moniz: Técnica, resultados imediatos e tardios em 100 casos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2(3), 248–254. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/anp/a/ngrpy9ddsssnrtwnsglrmt/?format=pdf&lang=pt>

Basaglia, F. [Franco] (1985). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. Edições Graal.

Basaglia, O. F. [Franca] (1987). La mujer y la locura. In F. Basaglia, *Mujer, locura y sociedad* (pp. 29–56). Universidad Autónoma de Puebla.

- Batista, M. R. (1980). Anita Malfatti e o início da arte moderna no Brasil. *Revista de Artes Visuais*, 19(32), pp. 273-286. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/PortoArte/article/view/23332/13406>
- Batista, W. (1954). Mãe Solteira. *Letras*. Recuperado de <https://www.lettras.mus.br/wilson-batista/265225/significado.html>
- Bauer, C. (2001). *Breve História da Mulher no Mundo Ocidental*. Xamã: Edição Pulsar.
- Beauvoir, S. (2009). *O segundo sexo* (2ª ed.). Nova Fronteira.
- Biancarelli, A. (1998). Hospital psiquiátrico de SP, o maior do país, será investigado: ONG quer apuração de mortes no Juqueri. *Folha*. Recuperado de <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff25099813.htm#:~:text=Uma%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20oficial%20poder%C3%A1%20desenterrar,clandestino%20esconderia%20parte%20desses%20corpos>.
- Bíblia Sagrada. (2015). *Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo Testamentos*. Publicada por A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.
- Bittar, M., & Bittar, M. (2012). História da Educação no Brasil: a escola pública no processo de democratização da sociedade. *Acta Scientiarum. Education*, 34(2), pp. 163-172. Recuperado de <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/17497/pdf>
- Boaretto, M. C. (2003). *Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro* [Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional De Saúde Pública]. Repositório Institucional da Fiocruz. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4684>
- Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In R. P. Nogueira (Org.), *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (pp. 87-125). Cebes. Recuperado de <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Determina%C3%A7%C3%A3o%20Social%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria.pdf>
- Britto, A. (1930). Trabalhos de Anti-Alcoolismo. O Alcoolismo e a Mulher. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 3(6). Recuperado de <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental-abhm/ano-3-numero-6-junho-1930.pdf>

- Brasil, B. (2020). Correio da Manhã. *Biblioteca Nacional Digital*. Recuperado de <https://bndigital.bn.gov.br/artigos/correio-da-manha/>
- Burkle, T. da S. (2009). *Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual De Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM*. [Dissertação de mestrado, Instituto de Estados de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Recuperado de <Http://Www.Posgraduacao.Iesc.Ufrj.Br/Media/Tese/1368465776.Pdf>.
- Butantan. (2021). Há mais de 100 anos, Revolta da Vacina foi marcada por mortes, estado de sítio e fake news. *Portal Butantan*. Recuperado de <https://butantan.gov.br/noticias/ha-mais-de-100-anos-revolta-da-vacina-foi-marcada-por-mortes-estado-de-sitio-e-fake-news#:~:text=Ela%20chegou%20a%20matar%20cerca,morreram%20por%20conta%20da%20doen%C3%A7a>.
- Camargo, I. (1945). A Higiene Mental e os problemas da gestante. *Boletim de Higiene Mental*, 2(13). Recuperado de <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/boletins-de-higiene-mental>
- Cançado, M. L. (1979). *Hospício é Deus: diário I*. Record.
- Capelato, M. H. R. (1988). *A imprensa na história do Brasil*. Contexto.
- Carone, E. (1985). *A República Liberal: II evolução política (1945-1964)*. Difusão Editora S. A.
- Carrilho, H. (1919). Acta da 15ª sessão Ordinaria Realisada em 11 de Setembro de 1919. *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*, 04(6). Recuperado de <https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=064645&pasta=ano%20195&pesq=%22Lohman%22&pagfis=1531>
- Carroll, L. (2002). *Alice no país das maravilhas*. Arara Azul.
- Carvalho, J. M. de. (2002). *Cidadania no Brasil: O longo Caminho* (3ª ed.). Civilização Brasileira.
- Cavalcanti, A. De L. (1949). Serviço Nacional De Doenças Mentais. *Revista Do Serviço Público*. Recuperado de <Https://Revista.Enap.Gov.Br/Index.Php/Rsp/Article/Download/7343/4444>
- Centro Cultural Do Ministério Da Saúde. (s.d.). Hospício de Pedro II. Da construção à desconstrução. As Colônias (continuação). Recuperado de *Ministério da Saúde*. <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/colonias2.php>

- César, O. (1958). Proteção à vida e a saúde do trabalhador brasileiro. *Boletim de Higiene Mental*, 15(168), 3. Recuperado de <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/boletins-de-higiene-mental>
- César, O. (2007). A arte primitiva nos alienados (1924): manifestação escultórica com caráter simbólico feiticista num caso de síndrome paranóide. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(1), pp. 118-130. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/TqkKV3pCGWYBbkVGvgySM4b/?format=pdf&lang=pt>
- Código de Deontologia Médica. (1945). *Conselho Federal de Medicina*. Recuperado de <https://Portal.Cfm.Org.Br/Images/Stories/Documentos/Eticamedica/Codigodeontologiaamedica1945.Pdf>
- Código de Deontologia Médica. (1953). *Conselho Federal de Medicina*. Recuperado de <https://Portal.Cfm.Org.Br/Images/Stories/Documentos/Eticamedica/Codigoeticaamb1953.Pdf>
- Conselho Nacional de Arquivos. (2024). Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. *Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços*. Recuperado de <https://www.gov.br/conarq/pt-br/servicos-1/consulta-as-entidades-custodiadoras-de-acervos-arquivisticos-cadastradas/entidades-custodiadoras-no-estado-do-rio-de-janeiro/instituto-municipal-de-assistencia-a-saude-nise-da-silveira>
- Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. (1934). Presidência da República: *Casa Civil*. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm
- Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. (1946). Presidência da República: *Casa Civil*. Recuperado de [Http://Www.Planalto.Gov.Br/Ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.Htm](http://Www.Planalto.Gov.Br/Ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.Htm)
- Constituição dos Estados Unidos do Brasil. (1937). Presidência da República: *Casa Civil*. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm
- Corpo de Bombeiros Militar do Paraná. (s.d.). *A história do Siate*. Recuperado de <https://www.bombeiros.pr.gov.br/Pagina/historia-do-SIATE>
- Correio da Manhã. (1944). Revelações de uma visita ao velho Hospício Nacional de Alienados. *Correio da Manhã* (p. 4). Biblioteca Nacional Digital. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReaderMobile.aspx?bib=089842_05&pasta=ano%20194&pesq=%22Hosp%C3%ADcio%20Nacional%22

- Correio da Manhã. (1949). A aposentadoria da mulher. *Correio da Manhã*, ed. 17196, p. 1. Biblioteca Nacional Digital. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_05&pasta=ano%20194&pesq=%22A%20aposentadoria%20da%20mulher%22&pagfis=46652.
- Correio da Manhã. (1950). Agressões. *Correio da Manhã*, ed. 14143, p. 1. Biblioteca Nacional Digital. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_05&pasta=ano%20194&pesq=%22Hosp%C3%ADcio%20Nacional%22&pagfis=4316
- Correio da Manhã. (1953). Dois Crimes Passionais em Porto Alegre. *Correio da Manhã*, ed. 18433, p. 1. Biblioteca Nacional Digital. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_06&pasta=ano%20195&pesq=%22Dois%20Crimes%20Passionais%20em%20Porto%20Alegre%22&pagfis=25926.
- Correio da Manhã. (1955). Criado o Pronto Socorro Psiquiátrico. *Correio da Manhã*, ed. 19109, p. 1. Biblioteca Nacional Digital. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_06&pasta=ano%20195&pesq=%22Dois%20Crimes%20Passionais%20em%20Porto%20Alegre%22&pagfis=5038.
- Correio da Manhã. (1956). Hospital-modelo. *Correio da Manhã*, ed. 19437, p. 1. Biblioteca Nacional Digital. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_06&pasta=ano%20195&pesq=%22Hospital%20Pedro%20II%22&pagfis=65079
- Correio da Manhã. (1957). Novas Técnicas de Recuperação dos Doentes Mentais. *Correio da Manhã*, ed. 19751, p. 1. Biblioteca Nacional Digital. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_06&pasta=ano%20195&pesq=%22Hospital%20Pedro%20II%22&pagfis=80324
- Correio da Manhã. (1958a). Só o Brasil não cumpriu o compromisso: Deve o Senado aprovar, dentro em pouco, a Reforma do Código Civil. *Correio da Manhã*, ed. 19994, p. 2. Biblioteca Nacional Digital. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&pesq=%22Reforma%20do%20C%C3%B3digo%20Civil%22&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=91992

- Correio da Manhã. (1958b). “No amor há dois direitos: o de querer e o de recusar”. *Correio da Manhã*, ed. 20144, p. 1. Biblioteca Nacional Digital. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_06&pasta=ano%20195&pesq=%22Dois%20Crimes%20Passionais%20em%20Porto%20Alegre%22&pagfis=99318
- Correio da Manhã. (1959). Ala do Hospital Pedro II, de Engenho de Dentro. *Correio da Manhã*, ed. 20197, p. 1. Biblioteca Nacional Digital. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_06&pasta=ano%20195&pesq=%22Hospital%20Pedro%20II%22&pagfis=101818
- Cortês, I. R. (2018). A Trilha legislativa da mulher. In C. B. Pinsky & J. Maria Pedro (Orgs.), *Nova história das mulheres no Brasil* (1ª. ed.).
- Costa, J. F. (1979). *Ordem médica e norma familiar*. Edições Graal.
- Costa, J. F. (2007). *História da Psiquiatria no Brasil* (5ª ed.). Garamond.
- Couto, C. (2025). Brasil tem dez mulheres assassinadas por dia, segundo Atlas da Violência. *CNN Brasil*. Recuperado de <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil/brasil-tem-dez-mulheres-assassinadas-por-dia-segundo-atlas-da-violencia/>
- Criança Morta. (2024). In *Enciclopédia Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileira*. Itaú Cultural. Recuperado de <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra3327/crianca-morta>
- Cunha, M. C. P. (1986). *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. Paz e Terra.
- Cunha Lopes. (1939). Notícia Histórica da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. *Arquivos Brasileiros de Neuratria e Psiquiatria*, 7(2). Recuperado de <https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=064645&pasta=ano%20195&pesq=%22Lohman%22&pagfis=4758>
- Cunha-Lopes. (1945). Aperfeiçoamento da Raça. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Doenças Mentais. Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.
- Cunha-Lopes. (1948). Classificação Psiquiátrica. *Revista do Centro Psiquiátrico Nacional*, 1(2). Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.
- Cunha-Lopes. (1958). Estado Mental Histórico e Mitomania. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, IV (1 e 2). Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Boitempo.
- Decreto Municipal n.º 18.917, de 5 de setembro de 2000. (2000). *Altera a denominação da unidade de Saúde — Centro Psiquiátrico Pedro II — e dá outras providências*.

Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. Recuperado de https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/11696865/4295939/tc0152014.pdf?utm_source=chatgpt.com

Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. (1940). *Código Penal*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto-Lei n.º 4.073, de 30 de janeiro de 1942. (1942). *Lei orgânica do ensino industrial*. Presidência da República: Casa Civil. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del4073.htm

Decreto-Lei n.º 4.244, de 9 de abril de 1942. (1942). *Lei orgânica do ensino secundário*. Presidência da República: Casa Civil. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del4244.htm

Decreto-Lei n.º 5.452, de 1 de maio de 1943. (1943). *Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto-Lei n.º 7.055, de 18 de novembro de 1944. (1944). *Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, no Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências*. Poder Executivo Federal. Recuperado de <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/129900-cria-o-centro-psiquiutrico-nacional-e-extingue-o-conselho-de-proteuuu-aos-psicopatas-e-a-comissuo-inspetora-no-ministurio-da-educauuu-e-saude-e-du-outras-providuncias.html>

Decreto-Lei n.º 8.347, de 10 de dezembro de 1945. (1945). *Dá nova redação aos arts. 5º, 15, 19, 20, 24, 25, 28, 35, 36, 38, 39, 43, 45, 49, 50, 51, 85, 88 e 91 do Decreto-Lei n. 4244, de 9 de abril de 1942*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8347-10-dezembro-1945-416352-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto-Lei n.º 8.529, de 2 de janeiro de 1946. (1946). *Lei orgânica do ensino primário*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8529-2-janeiro-1946-458442-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto-Lei n.º 8.530, de 2 de janeiro de 1946. (1946). *Lei Orgânica do Ensino Normal*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8530-2-janeiro-1946-458443-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto-Lei n.º 8.550, de 3 de janeiro de 1946. (1946). *Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional.* Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8550-3-janeiro-1946-416491-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=4%C2%BA%20Os%20cr%C3%A9ditos%20or%C3%A7ament%C3%A1rios%20e,Pires%20do%20Rio.&text=Publica%C3%A7%C3%A3o:>

Decreto-Lei n.º 938, de 13 de outubro de 1969. (1969). *Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências.* Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-938-13-outubro-1969-375357-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto n.º 82, de 18 de julho de 1841. (1841). *Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo.* Senado Federal. Recuperado de <https://Legis.Senado.Leg.Br/Norma/385725/Publicacao/15742236>

Decreto n.º 7.247, de 19 de abril de 1897. (1879). *Reforma o ensino primário e secundário no município da Corte e o superior em todo o Império.* Coleção de Leis do Império do Brasil. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>

Decreto n.º 3.029, de 9 de janeiro de 1881. (1881). *Reforma a legislação eleitoral.* Coleção de Leis do Império do Brasil. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-3029-9-janeiro-1881-546079-publicacaooriginal-59786-pl.html>

Decreto n.º 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. (1890). *Approva as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro último, e cria a assistência médica e legal de alienados.* [Presidência da República: Casa Civil.](https://planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D206-A.htm) Recuperado de https://planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D206-A.htm

Decreto n.º 847, de 11 de outubro de 1890. (1890). *Código Penal Dos Estados Unidos Do Brazil.* Coleção de Leis do Brasil. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903. (1903). *Reorganiza a assistência a alienados.* Diário Oficial da União. Recuperado de

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>

Decreto n.º 8.834, de 11 de julho de 1911. (1911). *Reorganiza a Assistência a Alienados*. Diário Oficial da União. Recuperado de <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.>

Decreto n.º 21.076, de 24 de fevereiro de 1932. (1932). *Decreta o Código Eleitoral*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-21076-24-fevereiro-1932-507583-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto n.º 21.173, de 19 de março de 1932. (1932). *Converte o atual Laboratório de Psicologia da Colônia de Psicopatas, no Engenho de Dentro, em Instituto de Psicologia*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-21173-19-marco-1932-515745-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto n.º 21.417-A, de 17 de maio de 1932. (1932). *Regula as condições do trabalho das mulheres nos estabelecimentos industriais e comerciais*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-21417-a-17-maio-1932-526754-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Regula%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20do%20trabalho,Art>

Decreto n.º 21.999, de 24 de outubro de 1932. (1932). *Extingue o Instituto de Psicologia, anexando os respectivos serviços, sem aumento de despesa, à Assistência a Psicopatas*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-21999-24-outubro-1932-508977-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934. (1934). *Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto n.º 3.200, de 19 de abril de 1941. (1941). *Dispõe sobre a organização e proteção da família*. Presidência da República: Casa Civil. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-

[lei/del3200.htm#:~:text=Del3200&text=DECRETO%2DLEI%20N%C2%BA%203.200%2C%20DE%2019%20DE%20ABRIL%20DE%201941.&text=do%20Terceiro%20Grau-,Art.,termos%20do%20presente%20decreto%2Dlei.](#)

Decreto n.º 17.185, de 18 de novembro de 1944. (1944). *Aprova Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-17185-18-novembro-1944-327528-publicacaooriginal-1-pe.html>.

Decreto n.º 49.974-A, de 21 de janeiro de 1962. (1961). *Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei n.º 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=social%20do%20indiv%C3%ADduo.-,Art.,em%20t%C3%AArmos%20de%20amparo%20social.&text=Cap%C3%ADtulo%20I%20Estat%C3%ADstica-,Art.,101>

Decreto n.º 55.474, de 7 de janeiro de 1965. (1965). *Altera as denominações de órgãos do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Ministério da Saúde e dá outras disposições*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-55474-7-janeiro-1965-395828-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto n.º 23.769, de 6 de agosto de 1985. (1985). *Cria a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher*. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Recuperado de <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1985/decreto-23769-06.08.1985.html>

Divisão Nacional De Saúde Mental. (1972). *Movimento de doentes em hospitais públicos e particulares. Doentes admitidos, por nacionalidade e sexo, segundo o diagnóstico – 1970*. Anuário Estatístico Do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1972/saude1972aeb_108.pdf

Dix, D. (1948a). Uma Boa mãe deve ser também uma boa esposa. *Carnet das Jovens. Jornal das Moças*, ed. 01740(3). Recuperado

- de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=111031_04&pasta=ano%20194&pesq=%22carnet%20das%20jovens%22&pagfis=22622
- Dix, D. (1948b). Devem as Mulheres Declarar-se?. Carnet das Jovens. *Jornal das moças*, ed. 01728(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=111031_04&pasta=ano%20194&pesq=%22carnet%20das%20jovens%22&pagfis=21886
- Dix, D. (1948c). Época de Repouso para as mães. Carnet das Jovens. *Jornal das Moças*, ed. 01747(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=111031_04&pasta=ano%20194&pesq=%22carnet%20das%20jovens%22&pagfis=23111
- Dix, D. (1948d). Responsabilidade Matrimonial. Carnet das Jovens. *Jornal das Moças*, ed. 01705(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=111031_04&pasta=ano%20194&pesq=%22carnet%20das%20jovens%22&pagfis=20390
- Dix, D. (1948e). Esposos Negligentes. Carnet das Jovens. *Jornal das moças*, ed. 01720(4). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=111031_04&pasta=ano%20194&pesq=%22carnet%20das%20jovens%22&pagfis=21306
- Dix, D. (1948f). Os Jovens Devem terminar os estudos antes de pensarem no matrimônio. Carnet das Jovens. *Jornal das Moças*, ed. 01708(5). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_04&pesq=%22A%20Psiquiatria%20Moderna%22&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=20550
- Dix, D. (1949). Esposas não muito caseiras. Carnet das Jovens. *Jornal das Moças*, ed. 01787(3). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=111031_04&pasta=ano%20194&pesq=%22carnet%20das%20jovens%22&pagfis=25316
- Dix, D. (1951a). As esposas necessitam de distração e descanso. Carnet das jovens. *Jornal das moças*, ed. 01865(2). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=111031_05&pasta=ano%20195&pesq=%22Dix%22&pagfis=3503
- Dix, D. (1951b). Todos os esposos necessitam de liberdade. Carnet das Jovens. *Jornal das Moças*, ed. 01886(1). Recuperado

- de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%22Todos%20os%20esposos%20necessitam%20de%20liberdade%22&pagfis=4845
- Ducatti, I. (2015). A eugenia no Brasil: uma pseudociência como suporte no trato da “questão social”. *Temporalis*, 15(30), pp. 259-280. Recuperado de <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/10959/8397>
- Elejaude, P. (1948, 18 de novembro). Insânia. *Correio da Manhã*, ed. 17077(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_05&Pesq=%22Ins%20c%20nia%22&pagfis=44373
- Emenda Constitucional n.º 9, de 28 de junho de 1977. (1977). *Dá nova redação ao § 1º do artigo 175 da Constituição Federal*. Presidência da República: Casa Civil. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc0977.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%209%2C%20DE,seguinte%20Emenda%20ao%20texto%20Constitucional.
- Emenda Constitucional n.º 25, de 15 de maio de 1985. (1985). *Altera dispositivos da Constituição Federal e estabelece outras normas constitucionais de caráter transitório*. Presidência da República: Casa Civil. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc2585.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2025%2C%20DE%2015%20DE%20MAIO%20DE%201985.&text=Altera%20dispositivos%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal,FEDERAL%2C%20nos%20termos%20do%20art.
- Enders, A. (2015). *A História do Rio de Janeiro* (3ª ed.). Gryphus.
- Eneida. (1947a). Mundo de Hoje. *O Momento Feminino*, ed. 03(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22O%20momento%20feminino%22&pagfis=33>
- Eneida. (1947b). Mundo de Hoje. *O Momento Feminino*, ed. 17(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22O%20momento%20feminino%22&pagfis=257>
- Engels, F. (2010). *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Boitempo.

- Engels, F. (2017). *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*. Lafonte.
- Facchinetti, C., Cupello, P., & Evangelista, D. F. (2010). Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *História, Ciências, Saúde*, 17 (supl. 2), pp. 527-535. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/7XmnhXmSwpdnvHY7WwnkSBn/?format=pdf&lang=pt>
- Fausto, B. (2013). *História do Brasil*. Edusp.
- Federici, S. (2017). *Calibã e a Bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Elefante.
- Federici, S. (2021). *O Patriarcado do Salário*. Boitempo.
- Fernandes, F. (2020). *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. Kotter editorial; Contracorrente.
- Ferreira, S. A. T. (2011). A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSMs) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. *Revista Hospital Universitário Padre Ernesto*, 10, pp. 78-90. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/8855/6735>
- Figueiredo, N. (1947). O Marido, a Mulher e o Trabalho. *O Momento Feminino*, edição 019(2). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22O%20momento%20feminino%22&pagfis=304>
- Fioravanti, C. (2016). Ateliê Juquery: Esculturas e pinturas resgatam o trabalho do médico Osório Cesar, que valorizou a produção artística em um hospital psiquiátrico. *Humanidades Saúde Mental*. Recuperado de <https://revistapesquisa.fapesp.br/atelie-juquery/>
- Folha de São Paulo. (2022). Veja pinturas de Aurora Cursino. *UOL*. Recuperado de <https://fotografia.folha.uol.com.br/galerias/1732654758957163-veja-pinturas-de-aurora-cursino>
- Fon-Fon. (1912). O Feminismo no Brasil. *Fon-Fon: Seminário Alegre, Crítico, Espusante*, ed. 022(1). Recuperado de <https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=259063&pesq=%22Feminismo%20no%20Brasil%22&pagfis=10180>

- Fon-Fon. (1932). A mulher e o Voto. *Fon-Fon: Seminário Alegre, Critico, Espusiente*, ed. 01(2). Recuperado de <https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=259063&pesq=%22Feminismo%20no%20Brazil%22&pagfis=78600>
- Fonseca, C. (2020). Ser mulher, mãe e pobre. In M. D. Priore (Org.), *História das Mulheres no Brasil* (10ª ed.). Contexto.
- Fontanella, A. T. (2017). *Uso De Psicofármacos: Uma Abordagem De Gênero*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. LUME Repositório Digital. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/Handle/10183/179737>
- Fontes, V. (1960). Agregado Familiar e Higiene Mental. *Separata do Jornal Médico*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1Gwxku6PIPMjPH-s7u1G3TsSAbq5Xia0I/view?usp=sharing>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2025). Anuário Brasileiro de Segurança Pública. *FBSP*. Recuperado de <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/09/anuario-2025.pdf>
- Fraletti, P. (1956). Duas Palavras Sobre a Arte Sandia. *Boletim de Higiene Mental*, XIII(138), p. 4. Recuperado de <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/boletins-de-higiene-mental>
- Fraletti, P. (1957). Considerações sobre a Arte dos Alienados e dos Artistas Modernos. *Boletim de Higiene Mental*, XIV/ XV (152-158/159-161), pp. 1-10. Recuperado de <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/boletins-de-higiene-mental>
- Fraletti, P. (1958). 20º Aniversário da “Instituição de Assistência Social ao Psicopata”. *Boletim de Higiene Mental*, XV(170), pp. 1-7. Recuperado de <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/boletins-de-higiene-mental>
- Francisco El Hombre. (2016). Triste, louca ou má. *Letras*. Recuperado de <https://www.lettras.mus.br/francisco-el-hombre/triste-louca-ou-ma/>
- Frota, L. H. (2003). *Cinquenta Anos de Medicamentos Antipsicóticos em Psiquiatria*. Colégio Pedro II.
- Fundação Getúlio Vargas. (2023). Período Vargas (1930-1945): Presos Políticos no Estado Novo. *Atlas Político*. Recuperado de <https://atlas.fgv.br/marcos/ditadura-do-estado-novo/mapas/presos-politicos-no-estado-novo>

- Garcia, J. A. (1954). *Compêndio de Psiquiatria* (Psicopatologia Geral e Especial) (3ª ed.). Livraria Atheneu.
- Garcia, J. A. (1957a). O Problema Do Tratamento E Da Psicoterapia Das Esquizofrenias. *Arquivos Brasileiros De Neuropsiquiatria E Psiquiatria*, ed. 02(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=064645&pesq=%22O%20Problema%20Do%20Tratamento%20E%20Da%20Psicoterapia%20Das%20Esquizofrenias%22%22&pagfis=5976>
- Garcia, J. A. (1957b). O Problema do Prognóstico das Esquizofrenias. *Arquivos Brasileiros De Neuropsiquiatria E Psiquiatria*, ed. 1. Recuperado de <https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=064645&pasta=ano%20195&pesq=%22Lohman%22&pagfis=5851>
- Gomes, R. M. (2020). Determinação Social do Processo Saúde-Doença: Alguns Elementos Conceituais. In A. de F. Franco, S. D. Tuleski, & F. W. Mendonça (Orgs.), *Ser ou não ser na sociedade capitalista: O materialismo histórico-dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de saúde e doença*. Phillos. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1BkBfd_WCRu6wXvOHhhE1HYY0ZYsfS2bR/view
- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano: Ensaio, intervenções e diálogos*. Zahar.
- Governo do Estado da Bahia. (2021). A cada 100 minutos, Brasil registrou pelo menos um caso de estupro coletivo. *Secretaria de Políticas para Mulheres*. Recuperado de <https://www.ba.gov.br/mulheres/noticia/2024-03/6365/cada-100-minutos-brasil-registrou-pelo-menos-um-caso-de-estupro-coletivo>
- Grupo de Estudos e Pesquisa Higiene Mental e Eugenia. (1998). Sobre. *UEM*. Recuperado de <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe>
- Guandalini Jr., W., & Fonseca, R. M. (2014). Os Arquitetos da Independência: o Conselho de Estado e a Construção de um Estado Nacional Brasileiro (1822-1834). *Revista Prologómenos: Derechos y Valores*, pp. 96-122. de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5331217.pdf>
- Guerreiro, C. A. M. (2006). História do Surgimento e Desenvolvimento das Drogas Antiepilépticas. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12(1). 18-21. <https://www.scielo.br/j/jecn/a/r6LLRhWDBFW4sfnXCtdWYQ/?format=pdf&lang=pt>

- Guimarães da Silva, M. L. (2022). Quem foram as artistas do Juquery? A participação das mulheres nos ateliês de arte do Hospital Psiquiátrico do Juquery. In *Atas do XV Encontro de História da Arte* (n. 15). IFCH/UNICAMP. Recuperado de <https://econtents.bc.unicamp.br/eventos/index.php/eha/article/view/4707/4449>
- Guimarães, A. N., Borba, L. de O., Larocca, L. M., & Maftum, M. A. (2013). Tratamentos em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 a 2000): Histórias Narradas por Profissionais de Enfermagem. *Contexto Enferm*, 22(2). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/tce/a/Nqmhpijwx99tRHMv6fR8HLCc/?format=pdf&lang=pt>
- Hartmann, H. (1979). Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresiva entre marxismo y feminismo. (Papers de la Fundació, 88). *Fundació Rafael Campalans*. Recuperado de <https://fcampalans.cat/archivos/papers/88.pdf>
- Heller, A. (1985). Sobre os papéis sociais. In A. Heller, *O Cotidiano e a História* (2ª ed., pp. 87-110). Paz e Terra.
- Heller, A. (1987). A concepção de família no estado de bem-estar social. In A. Heller, *Serviço Social & Sociedade*, 8(24), pp. 5-31.
- Hobsbawm, E. (1998). O sentido do passado. In E. Hobsbawm, *Sobre história* (pp. 22–35). Companhia das Letras.
- Illich, I. (1975). *A Expropriação Da Saúde*. Editora Nova Fronteira S.A.
- Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. (2020). PNS 2019: Cai O Consumo De Tabaco, Mas Aumenta O De Bebida Alcoólica. *Agência IBGE Notícias: Estatísticas Sociais*. Recuperado de <https://Agenciadenoticias.Ibge.Gov.Br/Agencia-Sala-De-Imprensa/2013-Agencia-De-Noticias/Releases/29471-Pns-2019-Cai-O-Consumo-De-Tabaco-Mas-Aumenta-O-De-Bebida-Alcoolica>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Panorama do Censo de 2022*. Recuperado de <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2024). *Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil* (3ª ed.). Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html>
- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários. (1951). Produção Industrial. Resultados do Censo dos Segurados do I. A. P. I. – 1948. Anuário Estatístico do Brasil. *IBGE: Século XX*. Recuperado de

https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/trabalho/1951/trabalho1951aeb_01.pdf

Instituto Municipal Nise da Silveira. (2019). Memórias da Desinstitucionalização: Maria da Conceição. In *Archivos Contemporâneos do Engenho de Dentro Histórias da desconstrução de um manicômio*. EncantArte.

Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passos. (1945). *Planta Geral do Centro Psiquiátrico Nacional (1945)*.

Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passos. (s.d.). *Planta Geral do Centro Psiquiátrico Nacional*.

Izquierdo, M. J. (1992). *Bases materiais do sistema sexo/gênero*. Recuperado de <https://anossapropriasubstancia.wordpress.com/2016/12/21/bases-materiais-do-sistema-sexogenero%c2%b9/>

Izquierdo, M. J. (2013). *La construcción social de género*. Sociología y género. Editorial Tecnos.

Jean, Y. (1949). Os Salários Femininos. Presença da Mulher. *Correio da Manhã*, ed. 17129(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_05&pasta=ano%20194&pesq=%22Os%20Sal%C3%A1rios%20Femininos%22&pagfis=45434.

Jean, Y. (1952). A crise do Casamento. *Correio da Manhã*, ed. 18037(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_06&pasta=ano%20195&pesq=%22A%20crise%20do%20Casamento%22&pagfis=14631.

Jeha, S., & Birman, J. (2022). *Aurora: Memórias e Delírios de uma mulher da vida*. Veneta.

Jesus, C. M. de. (1986). *Diário de Bitita*. Nova Fronteira.

Jordan, A. (1958). Para ser uma esposa cem por cento. Lembrete as Noivas. *Jornal das Moças*, ed. 02259(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%22Todos%20os%20esposos%20necessitam%20de%20liberdade%22&pagfis=28759

Jornal Brasileiro de Psiquiatria. (1949). O Ensino de Psiquiatria em 1949. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.

Jornal das Moças. (1947a). *Jornal das Moças*, ed. 01690(1). de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=111031_04&pasta=ano%20194&pesq=%22carnet%20das%20jovens%22&pagfis=19493

Jornal das Moças. (1947b). O que todas as Mulheres devem saber. *Jornal das Moças*, ed. 01649(1).

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_04&Pesq=%20%20que%20todas%20as%20Mulheres%20devem%20saber%22&pagfis=16730

Jornal das Moças. (1946). Traços e Troços. Quantas São?. *Jornal das Moças*, ed. 01624(1). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_04&Pesq=%20%20que%20todas%20as%20Mulheres%20devem%20saber%22&pagfis=15393

Jornal das Moças. (1949). O Exame Pré-Nupcial. *Jornal das moças*, ed. 01785(2). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_04&Pesq=%20%20que%20todas%20as%20Mulheres%20devem%20saber%22&pagfis=25249

Jornal das Moças. (1950). Decálogo da Esposa Perfeita. *Jornal das Moças*, ed. 01832(1). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%20Todos%20os%20esposos%20necessitam%20de%20liberdade%22&pagfis=1742

Jornal das Moças. (1952a). Um Bom Senso. *Jornal das Moças*, ed. 01922(1). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%20Todos%20os%20esposos%20necessitam%20de%20liberdade%22&pagfis=8027

Jornal das Moças. (1952b). Empregos Escassos. *Jornal das Moças*, ed. 01912(1). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%20Todos%20os%20esposos%20necessitam%20de%20liberdade%22&pagfis=6508

Jornal das Moças. (1955). Preparação de noivas. *Jornal das Moças*, ed. 02103(1). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%20Todos%20os%20esposos%20necessitam%20de%20liberdade%22&pagfis=18943

Jornal das Moças. (1958a). Feminismo a Varejo. Foi criado em Paris um instituto que reconcilia casais briguentos. *Jornal das Moças*, ed. 02232(1). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%20Ja%20p%30a3o%22&pagfis=27105

Jornal das Moças. (1958b). Feminismo a Varejo. Cresce na Polônia o número de divórcios. *Jornal das Moças*, ed. 02240(1). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%22Ja p%20c3%20a3o%22&pagfis=27601

Jornal das Moças. (1958c). Feira de Curiosidades. *Jornal das Moças*, ed. 02251(1). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%22Ja p%20c3%20a3o%22&pagfis=28284

Jornal das Moças. (1959a). A Mulher e os Números. *Jornal das Moças*, ed. 02305(1). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%22T odos%20os%20esposos%20necessitam%20de%20liberdade%22&pagfis=31760

Jornal das Moças. (1959b). Apesar de tudo ser mãe, é padecer num paraíso!. *Jornal das Moças*, ed. 02272(2). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&Pesq=%22T odos%20os%20esposos%20necessitam%20de%20liberdade%22&pagfis=29638

Jornal das Moças. (1960). A dona-de-casa completa. *Jornal das Moças*, ed. 02348(1). Recuperado de

https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=111031_06&pasta=ano%2 0196&pesq=%22A%20dona-de-casa%20completa%22&pagfis=1448

Kedy, V. (1984). *Implantação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística em um hospital Universitário* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Repositório da USP. Recuperado de https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-06062018-162643/publico/MTR_360_Kedy_1984.pdf

Kollontai, A. (1907). Os Fundamentos Sociais da Questão Feminina. *Marxists Internet Archive*. Recuperado de

<https://www.marxists.org/portugues/kollontai/1907/mes/fundamentos.htm>

Kollontai, A. (2002). Comunismo e Família. *Marxists Internet Archive*. Recuperado de https://www.marxists.org/portugues/kollontai/1920/mes/com_fam.htm

Kosík, K. (1969). *Dialética Do Concreto*. Paz e Terra S. A.

Laboratório Think Olga. (2023). *Esgotadas*. Recuperado de <https://lab.thinkolga.com/wp-content/uploads/2023/08/LAB-Think-Olga-Esgotadas.pdf>

Lei de 15 de outubro de 1827. (1827). *Manda crear escolas de primeiras letras em todas as cidades, villas e logares mais populosos do Imperio*. Recuperado de

https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38398-15-outubro-1827-566692-publicacaooriginal-90222-pl.html

Lei n.º 3.071 de 01 de janeiro de 1916. (1916). *Código Civil dos Estados Unidos do Brasil*. Presidência da República: Casa Civil. Recuperado de Http://Www.Planalto.Gov.Br/Ccivil_03/Leis/L3071.Htm

Lei n.º 38, de 4 de abril de 1935. (1935). *Define crimes contra a ordem política e social*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-38-4-abril-1935-397878-republicacao-77367-pl.html#:~:text=Define%20crimes%20contra%20a%20ordem%20pol%C3%ADtica%20e%20social.&text=S%C3%A3o%20crimes%20contra%20a%20ordem,Art.>

Lei n.º 452, de 5 de julho de 1937. (1937). *Organiza a Universidade do Brasil*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-452-5-julho-1937-398060-publicacaooriginal-1-pl.html>

Lei n.º 1.390, de 3 de julho de 1951. (1951). *Inclui entre as contravenções penais a prática de atos resultantes de preconceitos de raça ou de côr*. Coleção de Leis do Império do Brasil. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/11390.htm

Lei n.º 2.312, de 3 de setembro de 1954. (1954). *Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde*. Diário Oficial da União. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2312-3-setembro-1954-355129-publicacaooriginal-1-pl.html>

Lei n.º 4.024, de 20 de dezembro de 1961. (1961). *Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Presidência da República: Casa Civil. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4024.htm

Lei n.º 4.119, de 27 de agosto de 1962. (1962). *Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo*. Câmara dos Deputados: Centro de Documentação e Informação. Recuperado de https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/15/2016/12/Lei-4119_1962.pdf

Lei n.º 4.121, de 27 de agosto de 1962. (1962). *Dispõe sobre a situação jurídica da mulher casada*. Presidente da República: Casa Civil. Recuperado de Http://Www.Planalto.Gov.Br/Ccivil_03/Leis/1950-1969/L4121.Htm

Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Presidência da República: Casa Civil. Recuperado de

- https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental
- Lei n.º 11.106, de 28 de março de 2005. (2005). *Altera os arts. 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências*. Presidência da República: Casa Civil. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11106.htm#art5
- Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006). *Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Presidente da República: Secretária-Geral. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Lei n.º 13.104 de 09 de março de 2015. (2015). *Lei de Feminicídio*. Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm
- Lei n.º 14.231, de 28 de outubro de 2021. (2021). *Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família*. Diário Oficial da União. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2021/lei-14231-28-outubro-2021-791916-publicacaooriginal-163711-pl.html>
- Lemos, A. (2018). *Artistas Brasileiras*. Miguilim.
- Lemos, F. de. (1950). O Homem e o Crime. *Correio da Manhã*, ed. 17533(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&pesq=%20o%20homem%20e%20o%20crime%22&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=2624
- Lênin, V. I. (1913). O Trabalho da Mulher na Agricultura no Regime Capitalista. *Marxists Internet Archive*. Recuperado de <https://www.marxists.org/portugues/lenin/1913/07/31.htm>
- Lênin, V. I. (1916). O Direito ao Divórcio. *Marxists Internet Archive*. Recuperado de <https://www.marxists.org/portugues/lenin/1916/10/divorcio.htm>
- Lênin, V. I. (1921). O dia internacional da mulher. *Marxists Internet Archive*. Recuperado de <https://www.marxists.org/portugues/lenin/1921/03/08.htm>
- Lerner, G. (2019). *A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens*. Cultrix.
- Lessa, S. (2012). *Abaixo a Família Monogâmica!*. Instituto Lukács.

- Levy Júnior, M. (1945). Casamento e Higiene Mental. *Boletim de Higiene Mental*, II. Recuperado de <https://drive.google.com/open?id=11ZIatPqa9zN4G4wdolQhk48Kd-sQqfQG>
- Lôbo, F. S. (1955a). Leucotomia e atividade criadora. *Correio da Manhã*, ed. 19207(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=54702
- Lôbo, F. S. (1955b). Clorpromazina e Rauwolfia. *Correio da Manhã*, ed. 19071(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=48693
- Lôbo, F. da S. (1955c). Para Inglês Ver. *Correio da Manhã*, ed. 19112. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=50483
- Lôbo, F. da S. (1955d). Recuperação Integral. *Correio da Manhã*, ed. 19155(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=52451
- Lohmann, A. A. (1957). Aproveitamento e recuperação social das Doentes Mentais Jovens. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ed. 01(2). Recuperado de <https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=064645&pasta=ano%20195&pesq=%22Lohman%22&pagfis=5896>
- Lombroso, C., & Ferrero, G. (2017). *A mulher delinquente: A prostituta e a mulher normal*. Antoniofontoura.
- Lopes, E. (1942). A Assistência Hetero-Familiar no Engenho de Dentro. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*, 5. Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.
- Lopes, J. L. (1956). O Diagnóstico Psiquiátrico. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, 1(2). Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.
- Lopes, J. M. de. (1928). Da Prophylaxia e Therapeutica das Psychoses Puerperaes. *Annaes da Colonia de Psychopathas*. Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.

- Lopes, R. H. (s.d.). *Correia, Rivadávia*. CPDOC FGV. Recuperado de <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeirarepublica/CORREIA,%20Rivad%C3%A1via.pdf>
- López-Muñoz, F.; Ucha-Udabe, R., & Alamo, C. (2005). The history of barbiturates a century after their clinical introduction. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1(4) 329–343. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2424120/pdf/ndt-0104-329.pdf>
- Louro, G. L. (2020). Mulheres na sala de aula. In M. D. Priore (Org.), *História das Mulheres no Brasil* (10ª ed.). Contexto.
- Lukács, G. (2012). *Para uma ontologia do ser social I*. Boitempo.
- Lukács, G. (2013). *Para uma ontologia do ser social II*. Boitempo.
- Magaldi, F. (2019). Das memórias de Nise da Silveira no Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro. *Mana*, 25(3), pp. 635-665. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/mana/a/BJkYhRrZRjXKKgjLDZzTtCz/?format=pdf&lang=pt>
- Maia, E. (1961). Visão Panorâmica da Assistência Psiquiátrica no Brasil. Trabalhos Originais. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, VI. Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.
- Maia, R. (1931). Suicídios. *O Homem do Povo*, ed. 4(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=720623&pasta=ano%20193&pesq=%22As%20nossas%20pris%C3%B5es%22&pagfis=20>
- Malheiros, A. R. (1919). A mulher brasileira no jury. *Revista Feminina*, ed. 060(1). Recuperado de <https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=212547&pesq=&pagfis=1>
- Maluf, M. & Mott, M. L. (1998). Recônditos do Mundo Feminino. In N. Sevcenko (Org.), *História da vida privada no Brasil 3*. Companhia das Letras.
- Mangue. (2024). In *Enciclopédia Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileira*. Itaú Cultural. Recuperado de <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra2610/mangue>.
- Marcelino da Silva, L., & Alexandre, H. (1950). Electroconvulsoterapia e Gravidez. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1.
- Maria Pedro, J. (2018). Corpo, Prazer e Trabalho. In C. B. Pinsky & J. Maria Pedro, *Nova História das Mulheres no Brasil* (1ª ed.). Contexto.
- Marques, A. (junho, 1956). Aspectos Psicodinâmicos da Toxicofilia Alcoólica. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ed. 02(1). Recuperado de <https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=064645&pesq=&pagfis=5615>

- Martín-Baró, I. (2017). Guerra e saúde mental. In I. Martín-Baró, *Crítica e libertação na psicologia: estudos psicossociais* (pp. 251-270). Vozes.
- Marx, K. (2006). *Sobre o suicídio*. Boitempo.
- Marx, K. (2008). Prefácio. In K. Marx, *Contribuição à crítica da economia política* (pp. 45-51). Expressão Popular.
- Marx, K. (2010a). *Manuscritos econômico-filosóficos*. Boitempo.
- Marx, K. (2010b). *Sobre a questão judaica*. Boitempo.
- Marx, K. (2017). *O capital: crítica da economia política*: Livro I: o processo de produção do capital. Boitempo.
- Marx, K. (2022). *Capítulo VI (inédito): manuscritos de 1863-1867*, O Capital, livro I (1ª ed.). Boitempo.
- Marx, K., & Engels, F. (2007). *A Ideologia Alemã: Crítica Da Mais Recente Filosofia Alemã em seus Representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do Socialismo Alemão em seus Diferentes Profetas*. Boitempo.
- Marx, K., Engels, F., & Lenin, V. I. U. (1980). *Sobre a Mulher* (2ª ed.). Global Editora e Distribuidora LTDA.
- Masiero, A. L. (2003). A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 10(2), pp. 549-572. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Lg63Lg8vPjHT4v3TLvYmpyG/?format=pdf&lang=pt>
- Massad, H. de F., Marin, E., & Azevedo Neto, R. S. de. (2003). Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In *O Prontuário Eletrônico Do Paciente Na Assistência, Informação E Conhecimento Médico* (pp. 1-20). USP. Recuperado de Http://Www.Sbis.Org.Br/Biblioteca_Virtual/Prontuario.Pdf
- Mathias, I. (1950). Sobre a Classificação das Doenças Mentais. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, 8(4). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/anp/a/bLnwY6S9p4sgpdH5pQ4Yzvt/?format=pdf&lang=pt>
- Matos, E. M. de. (1949). Psicoses no Climaterio. *O Momento Feminino*, ed. 61(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22Climaterio%22&pagfis=914>
- Maurício J. (1960). Arte e Psicopatias. Itinerário das Artes Plásticas. *Correio da Manhã*, ed. 20699(1). Recuperado

- de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=089842_07&pasta=ano%20196&pesq=%22Arte%20e%20Psicopatias%22&pagfis=9859
- Medeiros, M. de. (1949). Neuroses e Psicoses do Climatério Feminino. Conferências, Lições e Comunicações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1(6).
- Melo, A. de. (2022). Quem foi Nise da Silveira?. *Revista Cult*. Recuperado de <https://revistacult.uol.com.br/home/quem-foi-nise-da-silveira/>
- Melo, W. (2007). Maceió é uma cidade mítica: o mito da origem Nise da Silveira. *Psicologia USP*, 18(1), pp. 101-124. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pusp/a/PdwcNmnXhkL9TnkSgZJY5ZG/?format=pdf&lang=pt>
- Melo, W. (2009). Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. *Mnemosine*. Recuperado de https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41432/pdf_158
- Mendes, A. (2007). Datas e Fatos. In *Archivos contemporâneos do Engenho de Dentro*, 1(1). Instituto Municipal Nise da Silveira.
- Mészáros, I. (2008). *A educação para além do capital* (2ª ed.). Boitempo.
- Mészáros, I. (2011). A liberação das mulheres: a questão da igualdade substantiva. In I. Mészáros, *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição* (pp. 267-309). Boitempo.
- Ministério da Educação & Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (s.d.). *Mapa do Analfabetismo no Brasil*. Recuperado de https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/mapa_do_analfabetismo_do_brasil.pdf
- Ministério da Saúde. (1964). *O Centro Psiquiátrico Nacional nos seus vinte anos de funcionamento*. Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.
- Ministério da Saúde. (1984). Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. *Centro de Documentação do Ministério da Saúde*. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf
- Ministério da Saúde. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- Ministério Da Saúde. (2006). *Saúde Mental Em Dados* (Ano I, n.º 1). Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1220.pdf>

- Ministério da Saúde. (2021). Tenção Hospitalar. *Ministério da Saúde*. Recuperado em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica/atencao-hospitalar>
- Ministério do Trabalho e Emprego. (2024). *Mulheres recebem 19,4% a menos que os homens, aponta 1º Relatório de Transparência Salarial*. Ministério do Trabalho e Emprego: Igualdade Salarial.
- Mochel, A. (1947a). Nossos Problemas. *O Momento Feminino*, ed. 02(3). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22%C3%A1lcool%22&pagfis=22>
- Mochel, A. (1947b). Nossos Problemas. *O Momento Feminino*, ed. 03(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22%C3%A1lcool%22&pagfis=33>
- Montenegro, A. (1947). Uma Triste Fila Dentro da Noite. *O Momento Feminino*, ed. 022(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22Triste%20Fila%20Dentro%20da%20Noite%22&pagfis=367>
- Montenegro, A. (1950). Eleições Marcadas de Sangue. *O Momento Feminino*, ed. 077(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22Triste%20Fila%20Dentro%20da%20Noite%22&pagfis=1119>
- Montes, S. de S.; Fraga, H. C. de J. R., & Souza, A. C. dos S. (2020). O processo de saúde-doença na perspectiva da teoria histórico-cultural de Lev Semyonovich Vygotsky. *Revista Scientia, Salvador*, 5(2), 123-141. Recuperado de <https://revistas.uneb.br/scientia/article/view/7975/5458>
- Mota, M. de L. (2017). *Violência contra as mulheres e saúde mental: silenciamentos e invisibilidades do sofrimento de usuárias da atenção primária à saúde em Recife* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco]. Repositório da UFPE. Recuperado de <https://www.google.com/search?q=https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/25471/1/DISSERTA%25c3%2587%25c3%2583O%2520Mirella%2520Lucena%2520Mota.pdf>

- Mulheres Protestando. (2024). In *Enciclopédia Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileira*. Itaú Cultural. Recuperado de <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra4612/mulheres-protestando>.
- Museu Histórico Nacional. (2020). *O quadro “Sessão do Conselho de Estado”, pintado em 1922 pela artista paulista Georgina de Albuquerque (1885-1962)*. Recuperado de <https://www.facebook.com/photo/?fbid=1306960699501418&set=a.355331734664324>
- Museu Imagens do Inconsciente. (2023). Escultura Lucio Noemann. *IMASNS*. Rio de Janeiro.
- Neiva, L. (1947). *Evolução da Psiquiatria. Anais do Instituto de Psiquiatria 1944-1945*. Instituto de Psiquiatria.
- Nery, C. (2024). Censo 2022: Taxa de analfabetismo cai de 9,6% para 7,0% em 12 anos, mas desigualdades persistem. *IBGE*. Recuperado de [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/40098-censo-2022-taxa-de-analfabetismo-cai-de-9-6-para-7-0-em-12-anos-mas-desigualdades-persistem#:~:text=Em%201940%2C%20menos%20da%20metade,taxa%20\(20%2C3%25\)](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/40098-censo-2022-taxa-de-analfabetismo-cai-de-9-6-para-7-0-em-12-anos-mas-desigualdades-persistem#:~:text=Em%201940%2C%20menos%20da%20metade,taxa%20(20%2C3%25)).
- Nogueira, N. A. da S. (2017). Pagu: política e pioneirismo nas histórias em quadrinhos nos anos de 1930. *XXIX Simpósio Nacional de História*. Recuperado de https://www.snh2017.anpuh.org/resources/anais/54/1502671728_ARQUIVO_PAGU_ANPUH_CORRIGIDO.pdf
- Nunes, M. J. R. (2020). Freiras no Brasil. In M. D. Priore (Ed.), *História das Mulheres no Brasil* (10ª ed.). Contexto.
- O Estado de S. Paulo. (1947, 7 de maio). Notas Policiais. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado de <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19470507-22074-nac-0007-999-7-not/busca/assassinada>
- O Estado de S. Paulo. (1949, 11 de novembro). Notas Policiais. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado de <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19491111-22850-nac-0009-999-9-not/busca/assassinada>
- O Estado de S. Paulo. (1950, 29 de julho). Notas Policiais. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado de <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19500729-23071-nac-0007-999-7-not/busca/assassinada>

- O Estado de S. Paulo. (1953, 12 de agosto). Júri. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado de <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19530812-24004-nac-0002-999-2-not/busca/espandada+marido>
- O Estado de S. Paulo. (1958a, 5 de novembro). O Homicídio de Vila Maria. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado de <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19581105-25618-nac-0015-999-15-not/busca/estuprada>
- O Estado de S. Paulo. (1958b, 8 de março). Espancada pelo marido. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado de <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19580308-25413-nac-0012-999-12-not/busca/Espancada+marido>
- O Homem do Povo. (1931, 9 de abril). As nossas prisões. *O Homem do Povo*, ed. 7(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=720623&pasta=ano%20193&pesq=%22As%20nossas%20pris%C3%B5es%22&pagfis=37>
- O Momento Feminino. (1947a) Capa. *O Momento Feminino*, ed. 9(1). Recuperado de https://hemeroteca-pdf.bn.gov.br/118800/per118800_1947_00009.pdf
- O Momento Feminino. (1947b). Capa. *O Momento Feminino*, ed. 1(1). Recuperado de https://hemeroteca-pdf.bn.gov.br/118800/per118800_1947_00001.pdf
- O Momento Feminino. (1947c). Como vivem as tecelãs. *O Momento Feminino*, ed. 06(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22Climaterio%22&pagfis=92>
- O Momento Feminino. (1947d). A Luta das Mulheres. *O Momento Feminino*, ed. 19(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22Climaterio%22&pagfis=303>
- O Momento Feminino. (1947e). Jubileu da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino. *O Momento Feminino*, ed. 3(2). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22Climaterio%22&pagfis=48>
- O Momento Feminino. (1947f). As Mulheres discutem seus problemas. *O Momento Feminino*, ed. 17(2). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22Climaterio%22&pagfis=263>

- O Momento Feminino. (1947g). Consentimento para casar. *O Momento Feminino*, ed. 10(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22consentimento%20para%20casar%22&pagfis=161>
- O Momento Feminino. (1947h). Amemos as Crianças. *O Momento Feminino*, ed. 6(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22%C3%A1lcool%22&pagfis=103>
- O Momento Feminino. (1948a). América Latina: Elegem e São Eleitas. *O Momento Feminino*, ed. 47(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22consentimento%20para%20casar%22&pagfis=727>
- O Momento Feminino. (1948b). Creches para nossas crianças. *O Momento Feminino*, ed. 27(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22Climaterio%22&pagfis=429>
- O Momento Feminino. (1950). Ademar de Barros Espanca Mulheres em São Paulo. *O Momento Feminino*, ed. 66. Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22consentimento%20para%20casar%22&pagfis=990>
- O Momento Feminino. (1954a). A Liga da Emancipação Nacional Dirige-se ao Povo Brasileiro. *O Momento Feminino*, ed. 106(4). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22consentimento%20para%20casar%22&pagfis=1580>
- O Momento Feminino. (1954b). Usar a arma de voto. *O Momento Feminino*, ed. 107(2). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22consentimento%20para%20casar%22&pagfis=1622>
- O Momento Feminino. (1955). Uma festa, uma assembleia, uma nova esperança. *O Momento Feminino*, ed. 112(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=118800&pesq=%22consentimento%20para%20casar%22&pagfis=1792>

- ONU News. (2022). OMS: 20% das mulheres terão doença mental durante gravidez ou pós-parto. *Nações Unidas*. <https://news.un.org/pt/story/2022/09/1801501>
- ONU News. (2025). OMS alerta que mais de 1bilhão de pessoas vivem com transtornos mentais. *Nações Unidas*. <https://news.un.org/pt/story/2025/09/1850854>
- Observatório da Mulher Contra a Violência. (2016). *Panorama da Violência Contra as Mulheres no Brasil: Indicadores Nacionais e Estaduais*. Senado Federal. Recuperado de <Http://Www.Senado.Gov.Br/Institucional/Datasenado/Omv/Indicadores/Relatorios/Br.Pdf>
- Pacheco e Silva, A. C. (1944). *Boletim de Higiene Mental* (Ano 1, n. 1). Gephe. Recuperado de https://drive.google.com/open?id=1ZUqCct_FNqizXdmCqTNoxJvk49ysuTXk
- Pacheco e Silva, A. C. (1952). *A higiene mental: Conceitos-generalidades-tendências modernas-campos de aplicação*. Divisão de Difusão Cultural, Departamento de Cultura e Ação Social, Reitoria da Universidade de São Paulo. Recuperado de <https://documentcloud.adobe.com/gsuiteintegration/index.html?state=%7B%22ids%22%3A%5B%221QFtfxCzg33KVy40LY-J1HsbXOly3eJjG%22%5D%2C%22action%22%3A%22open%22%2C%22userId%22%3A%22104927007102372639087%22%2C%22resourceKeys%22%3A%7B%7D%7D>
- Pagu. (1931a). Malakabeça Fanika e Kabelluda. *O Homem do Povo*, ed. 4(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=720623&pasta=ano%20193&pesq=%22As%20nossas%20pris%C3%B5es%22&pagfis=24>
- Pagu. (1931b). Malakabeça Fanika e Kabelluda. *O Homem do Povo*, ed. 6(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=720623&pasta=ano%20193&pesq=%22As%20nossas%20pris%C3%B5es%22&pagfis=36>
- Pagu. (1931c). Improprio para menores. *O Homem do Povo*, ed. 7(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=720623&pasta=ano%20193&pesq=%22As%20nossas%20pris%C3%B5es%22&pagfis=7>
- Pagu. (1931d). Maltus Alem. Mulher do Povo. *O Homem do Povo*, ed. 1(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=720623&pasta=ano%20193&pesq=%22As%20nossas%20pris%C3%B5es%22&pagfis=2>
- Pamplona, F. C. (2019). *Emancipação ou exploração? A regulamentação da prostituição no Estado Capitalista Neoliberal* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do

- Paraná]. Recuperado de <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/64259/R%20-%20D%20-%20FERNANDA%20CRISTINA%20PAMPLONA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Parisoto, D. J. B. (2020). *Permanência e mudança da cultura machista: formação social de adolescentes*. [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Oeste do Paraná]. Recuperado de <https://tede.unioeste.br/bitstream/tede/4853/5/Dyeniffer%20Jessica%20Bezerra%20Parisoto.pdf>
- Pearson, M. (1953). Os deveres de esposa e seu papel de mãe. *Jornal das moças*, ed. 01999(5). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&pesq=%20os%20deveres%20de%20esposa%20e%20seu%20papel%20de%20m%C3%A3e%22&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=12212
- Pena, M. V. J. (1981). A Revolução de 30, a Família e o Trabalho Feminino. *Cadernos de Pesquisa*, (37), pp. 78-83. Recuperado de <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/1601/1590>
- Pereira, C. (1920). Os Assassinos de Mulheres. *Revista Feminina*, ed. 70(1). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=212547&pesq=&pagfis=1227>
- Pereira, M. de O. (2019). *Mulheres e Reforma Psiquiátrica Brasileira: experiências e agir político*. [Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz]. Recuperado de https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/44282/melissa_pereira_ensp_dout_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Pessotti, I. (1994). *A Loucura e as épocas*. Editora 34.
- Pilgallo, O. (2002a). *A história do Brasil no século 20 (1900-1920)*. Publifolha.
- Pilgallo, O. (2002b). *A história do Brasil no século 20 (1920-1940)*. Publifolha.
- Pilgallo, O. (2003). *A história do Brasil no século 20 (1940-1960)*. Publifolha.
- Pinheiro, F. G. B. (2018). Os prontuários médicos como fonte para a história: o caso do leprosário cearense Antônio Diogo (1928-1939). *XII Encontro Estadual De História da ANPUH-PE*. Recuperado de https://www.encontro2018.pe.anpuh.org/Resources/Anais/8/1535559045_Arquivo_Osprontuariosmedicoscomofonteparaahistoria-Franciscagabrielabandeirapinheiro.Pdf

- Pinsky, C. B. (2014). *Mulheres dos anos dourados*. Contexto.
- Pinto Cezar, E. (1943). Assistência aos Doentes Mentais no Estado de S. Paulo. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, 1(1). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/anp/a/KkThydp9C6pgZZPSjJqddkH/?format=pdf&lang=pt>
- Projeto de Lei 1904/2024. (2024). *Acresce dois parágrafos ao art. 124, um parágrafo único ao artigo 125, um segundo parágrafo ao artigo 126 e um parágrafo único ao artigo 128, todos do Código Penal Brasileiro, e dá outras providências*. Câmara dos Deputados. Recuperado de <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2434493&fichaAmigavel=nao>
- Portaria n.º 1.864, de 29 de setembro de 2003. (2003). *Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192*. Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html
- Porto, F., Freitas, G. F. de, & Silas González, J. (2009). Fontes Históricas e Ético-Legais: Possibilidades e Inovações. *Cultura de los Cuidados*, 13(25). Recuperado de <https://repositorio.usp.br/item/001790371>
- Porto-Carrero, J. P. (1930). Sexo e Cultura. *Trabalhos Originaes - Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 3(5). Recuperado de <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental-abhm/ano-3-numero-5-maio-1930.pdf>
- Porto-Carrero, J. P. (1933). O Exame Pré-Nupcial como Factor Eugenico. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 6(2). Recuperado de <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental-abhm/ano-1-numero-1-1925.pdf>
- Portocarrero, V. (2002). *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria* (vol. 4, Coleção Loucura & Civilização). Fiocruz. Recuperado de <https://books.scielo.org/id/p26q6/pdf/portocarrero-9788575413883-07.pdf>
- Prefeitura do Rio de Janeiro. (2021, 11 de novembro). Instituto Municipal Nise da Silveira encerra hospitalização de pacientes psiquiátricos. Notícias: *Saúde, Prefeitura do Rio*. Recuperado de <https://prefeitura.rio/saude/instituto-municipal-nise-da-silveira-encerra-hospitalizacao-de-pacientes->

[psiquiatricos/#:~:text=O%20Instituto%20Municipal%20Nise%20da%20Silveira%20\(I MNS\)%20nasceu%20em%201911,o%20tratamento%20de%20pacientes%20psiqui%C3%A1tricos](#)

Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. (1922a). *Sessão de Abertura em 27 de agosto de 1922* (Parte 2). Departamento da Criança do Brasil. Recuperado de <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/primeiro-congresso-brasileiro-de-protecao-a-infancia/primeiro-congresso-brasileiro-de-protecao-a-infancia-parte-2.pdf>

Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. (1922b). *Actas das Reuniões das Secções. Sociologia e Legislação* (Parte 2). Departamento da Criança do Brasil. Recuperado de <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/primeiro-congresso-brasileiro-de-protecao-a-infancia/primeiro-congresso-brasileiro-de-protecao-a-infancia-parte-2.pdf>

Pupo, P. P. (1943). Acidentes encefálicos da eletroconvulsoterapia. In Associação Paulista de Medicina Secção de Neuro-Psiquiatria. *Reuniões Científicas Sessão Ordinária 6 de julho de 1943* (vol. 1, n. 2). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/anp/a/MbtrsnfztZrw3gQPx4XxXVD/?format=pdf&lang=pt>

Quadros, A. C. de. (2009). *Oswald de Andrade no jornal O Homem do Povo* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas]. Recuperado de <https://doi.org/10.11606/T.8.2009.tde-05022010-124806>

Quintanilha Junior. (1953). Aspectos Médico-Legais dos Leucotomizados. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*, 4(4). Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Rago, L. M. (1985). *Do cabaré ao lar: a utopia da Cidade Disciplinar*, (2ª ed.). Paz e Terra.

Rago, M. (2020). Trabalho feminino e sexualidade. In M. D. Priore (Org.), *História das Mulheres no Brasil* (10ª ed.). Contexto.

Reis, R. S., & Abi Rached, C. D. (2017). O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa - gestante. *International Journal of Health Management Review*, 3(2). Recuperado de <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/125>

Resende, H. (2001). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. Tundis, & N. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Vozes.

- Resolução CFM n.º 1.246/88. (1988). *Código de ética médica*. Conselho Federal de Medicina. Recuperado de https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2020/09/1246_1988.pdf
- Resolução CFM n.º 1.638/2002. (2002). *Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde*. (Seção I, pp. 184-185). Recuperado de <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/br/2002/1638>
- Revista Feminina. (1920). Mulheres assassinadas!. *Revista Feminina*, ed. 70(2). Recuperado de <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=212547&pesq=&pagfis=1252>
- Rezende, G. (1943). Gustavo Riedel Administrador. *Anais da Colônia Gustavo Riedel*. Ministério da Educação e Saúde, Serviço Nacional de Doenças Mentais, Ano VI(6). Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.
- Ribas, J. C. (1959). O psiquiatra, a profilaxia e a terapêutica da prostituição. *Boletim de Higiene Mental*, Ano XVI, 2ª fase (jan.-mar.). GEPHE. Recuperado de <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/boletins-de-higiene-mental>
- Rocha Filho. (1961). Organização Hospitalar, Instrumento de Cura. *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Serviço Nacional de Doenças Mentais, 6. Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.
- Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8(1). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000100003>
- Rohden, F. (2001). *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Fiocruz.
- Rosa, F. M. (1952). A Soberania do Júri. *Correio da Manhã*, ed. 18240(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=20204
- Rosemberg, F. (2018). Mulheres educadas e a educação de mulheres. In C. B. Pinsky, & J. Maria Pedro (Orgs.), *Nova História das Mulheres no Brasil*, (1ª ed.). Contexto.
- Rothmann, M., & Alves, E. R. F. (2013). “Alice No País Das Maravilhas”: Uma Relação Entre Literatura E Sociedade No Período Vitoriano [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Amazonas]. Recuperado de <https://edoc.ufam.edu.br/retrieve/496902d5-b46e-4060-a0ae-18871a032401/TCC-Letras-2013-Arquivo.012.pdf>

- Saffioti, H. I. B. (1999). Primórdios do conceito de gênero. *Cadernos Pagu*, 12. Recuperado de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634812/2731>
- Saffioti, H. I. B. (2004). *Gênero, patriarcado, violência*. Fundação Perseu Abramo.
- Saffioti, H. I. B. (2013). *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Expressão Popular.
- Sampaio, G. (1928). *A esterilização eugenica e a deontologia medica* [These inaugural apresentada à Faculdade de Medicina de São Paulo]. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1zY1bH3JWQJbv9fiYQJoHVQWaLL3vU7TO/view?usp=sharing>
- Saviani, D. (2008). *A nova lei da educação: trajetória, limites e perspectivas* (11ª ed.). Autores Associados.
- Saul, V. (s.d.). Estado de S. Paulo. FGV. Recuperado de <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/ESTADO%20DE%20S.%20PAULO,%20O.pdf>
- Schumacher, S. (2003). *Um Rio de Mulheres: a participação das fluminenses na história do Estado do Rio de Janeiro*. REDEH.
- Schwarcz, L. M. (Org.). (1998). *História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea*. Companhia das Letras.
- Secretaria-Geral do Conselho Nacional de Estatísticas. (1955). *Produção Industrial: Estabelecimentos industriais nos municípios das capitais*. Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/trabalho/1955/trabalho1955aeb_027.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1955a). *Ensino Extra-primário: Ensino industrial - matrícula inicial, segundo os ciclos didáticos, o sexo dos alunos e a dependência administrativa – 1955*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1955/educacao1955aeb_31.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1955b). *Ensino Extraprimário: Ensino agrícola - matrícula inicial, segundo o ciclo didáticos, o sexo dos alunos e a dependência administrativa*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1955/educacao1955aeb_33.pdf

- Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1955c). *Ensino Extraprimário: Ensino normal - matrícula inicial, segundo os ciclos didáticos, o sexo dos alunos e a dependência administrativa* – 1955. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1955/educacao1955aeb_29.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1955d). *Ensino Extraprimário: ensino secundário - unidades escolares, segundo os ciclos didáticos e a dependência administrativa* – 1955. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1955/educacao1955aeb_24.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1955e). *Ensino Extraprimário: ensino Normal - unidades escolares, segundo os ciclos didáticos e a dependência administrativa* – 1955. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1955/educacao1955aeb_28.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1955f). *Ensino Extraprimário: ensino Comercial - unidades escolares, segundo os ciclos didáticos e a dependência administrativa* – 1955. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1955/educacao1955aeb_26.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1955g). *Ensino Extraprimário: ensino Industrial - unidades escolares, segundo os ciclos didáticos e a dependência administrativa* – 1955. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1955/educacao1955aeb_30.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1955h). *Ensino Extraprimário: ensino agrícola - unidades escolares, segundo os ciclos didáticos e a dependência administrativa* – 1955. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1955/educacao1955aeb_32.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1956a). *Ensino Extraprimário: Curso, corpo docente e matrícula inicial em 1956 e conclusões de curso em 1955 - ensino comercial, ensino normal, ensino industrial*. IBGE: Século XX. Recuperado de

https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1956/educacao1956m_aeb_097_1a098.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1956b). *Ensino Extraprimário: curso, corpo docente e matrícula inicial em 1956 e conclusões de curso em 1955 - ensino secundário.*

IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1956/educacao1956m_aeb_095_1a096.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1957). *Ensino extra-primário: especificação do ensino comum, de nível superior, segundo as modalidades de ensino e dependência administrativa – 1957.* IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1957/educacao1957m_aeb_091_1a094.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1958a). *Ensino Primário: ensino fundamental comum - matrícula geral, segundo o sexo dos alunos, dependência administrativa e a localização - 1955/56.* Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1958/educacao1958m_aeb_062.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1958b). *Ensino Primário: ensino fundamental comum - corpo docente - 1955/56.* Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1958/educacao1958m_aeb_060.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1960a). *Ensino médio (comum): ensino secundário segundo o ciclo didático e dependência administrativa.* IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1960/educacao1960aeb_12.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1960b). *Ensino médio (comum): ensino normal - alunos matriculados segundo o sexo.* IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1960/educacao1960aeb_14.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1960c). *Ensino médio (comum): ensino comercial.* IBGE: Século XX. Recuperado de

https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1960/educacao1960aeb_15.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1960d). *Ensino médio (comum): ensino industrial - alunos matriculados*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1960/educacao1960aeb_17.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1960e). *Ensino extraprimário: ensino médio comum, ensino agrícola. corpo docente, segundo o sexo - alunos matriculados, segundo o sexo*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1960/educacao1960aeb_18.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1960f). *Ensino médio (comum): ensino normal, corpo docente*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1960/educacao1960aeb_13.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1960g). *Ensino médio (comum): ensino industrial - corpo docente*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1960/educacao1960aeb_16_1.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1960h). *Ensino Extraprimário: ensino médio comum, ensino secundário - corpo docente, segundo o sexo, alunos matriculados, segundo o sexo*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1960/educacao1960aeb_12.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Cultura. (1962). *Ensino primário fundamental comum: matrícula geral, segundo o sexo dos alunos, a dependência administrativa e a localização*. Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1962/educacao1962aeb_02.pdf

Serviço de Estatística da Educação e Saúde. (1946a). *Ensino primário fundamental comum – 1942: matrícula geral*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1946/educacao1946mb_aeb_30.pdf

- Serviço de Estatística da Educação e Saúde. (1946b). *Ensino primário fundamental Comum – 1942: corpo docente*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1946/educacao1946mb_aeb_28.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Saúde. (1946c). *Ensino primário fundamental comum – 1942: unidades escolares*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1946/educacao1946mb_aeb_24a25.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Saúde. (1948). *Estabelecimentos em funcionamento nas capitais e seus leitos - 1946*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1949/saude1949aeb_15_a_16.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Saúde. (1951a). *Ensino primário fundamental comum – 1946: matrícula geral*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1950/educacao1950aeb_09_1a10.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Saúde. (1951b). *Educação: ensino primário geral (comum) - sinopse preliminar 1946/1950*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1951/educacao1951m_aeb_129.pdf
- Serviço de Estatística da Educação e Saúde. (1956). *Organização Hospitalar e Para-hospitalar - 1954*. Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1956/saude1956aeb_02.pdf
- Serviço de Estatística da Saúde. (1965). *Assistência Hospitalar e Para-Hospitalar - 1962*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1965/saude1965aeb_04.pdf
- Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política. (1939). *Suicídios e tentativas de suicídio ocorridos no país – 1937*. Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1939_40/saude1939_40aeb_139_1_a_140.pdf

- Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política. (1955a). *Suicídios, por unidades da federação – 1953*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1955/saude1955aeb_28.pdf
- Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política. (1955b). *Tentativas de suicídio, por unidades da federação – 1953*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1955/saude1955aeb_30.pdf
- Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política. (1960). *Suicídios, por unidades da federação e municípios das capitais– 1958*. Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1960/saude1960aeb_24.pdf
- Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política. (1965a). *Suicídios e tentativas de suicídio - 1963*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1965/saude1965aeb_21.pdf
- Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política. (1965b). *Suicídios e tentativas de suicídio – 1963: tentativas de suicídio, por unidade da federação e municípios das capitais*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1965/saude1965aeb_24.pdf
- Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política. (1970a). *Suicídios e tentativas de suicídio - 1968*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1970/saude1970aeb_62.pdf
- Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política. (1970b). *Suicídios e tentativas de suicídio – 1968: tentativas de suicídio, por unidade da federação e municípios das capitais*. Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1970/saude1970aeb_65.pdf
- Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política. (1975a). *Ocorrências Anti-Sociais. suicídios e tentativas de suicídio - 1973*. IBGE: Século XX. Recuperado de

https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1975/saude1975aeb_51.pdf

Serviço de Estatística Demográfica, Moral e Política. (1975b). *Suicídios e tentativas de suicídio - 1973*. Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1975/saude1975aeb_54.pdf

Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1949). *Súmula do Relatório sobre as Atividades do S. N. D. M. em 1945 apresentado pelo Diretor substituto Dr. Heitor Carrilho*. Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Ministério da Saúde. Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.

Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1953). *Resumo das Atividades do Serviço Nacional de Doenças Mentais em 1953*. Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais (vol. IV, n. 4). Ministério da Saúde. Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passo.

Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1954a). *Assistência médico-sanitária: movimento de doentes em hospitais públicos e particulares, no Brasil - 1952*. Entrada e saídas, segundo a nacionalidade e sexo. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1954/saude1954aeb_20.pdf

Serviço Nacional De Doenças Mentais. (1954b). *Movimento de doentes em hospitais públicos e particulares – 1952: doentes admitidos segundo o diagnóstico, nacionalidade e sexo*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1954/saude1954aeb_21.pdf

Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1955). *Movimento de doentes em hospitais públicos e particulares – 1954: tratamentos por municípios das capitais*. IBGE: século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1955/saude1955aeb_14.pdf

Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1956). *Movimento de doentes em hospitais públicos e particulares – 1955: tratamentos por municípios das capitais*. IBGE: século XX. Recuperado de

https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1956/saude1956aeb_09_1_a_10.pdf

Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1957). *Movimento de doentes em hospitais públicos e particulares – 1956: tratamentos por municípios das capitais*. IBGE: século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1957/saude1957aeb_11_1_a_12.pdf

Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1958). *Assistência médico-sanitária: movimento de doentes em hospitais públicos e particulares - 1956*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1958/saude1958aeb_26_1_a_27.pdf

Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1961). *Serviços oficiais de saúde pública: movimento de doentes em hospitais públicos e particulares - 1959*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1961/saude1961aeb_34_1.pdf

Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1963). *Tratamentos e exames de doentes em ambulatórios de higiene mental, por unidades da federação — 1962*. IBGE: Século XX (v. 24). Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1963/saude1963aeb_35.pdf

Serviço Nacional De Doenças Mentais. (1964). *Movimento de doentes em hospitais públicos e particulares – 1962: doentes admitidos segundo o diagnóstico, nacionalidade e sexo*. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1964/saude1964aeb_18_2a19.pdf

Serviço Nacional de Doenças Mentais. (1970). *Movimento de doentes em hospitais públicos e particulares: entradas e saídas, segundo a nacionalidade e sexo – 1968*. Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX. Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1970/saude1970aeb_51.pdf

Serviço Nacional de Recenseamento. (1953). *Pessoas presentes de 5 anos e mais, segundo a instrução – 1º - VII – 1950*. Anuário Estatístico do Brasil. IBGE: Século XX.

- Recuperado de https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/educacao/1953/educacao1953m_aeb_061.pdf
- Serviço Nacional de Recenseamento. (1954). *Notas e Comunicados*. IBGE: Século XX. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv84378.pdf>
- Silva, D. R. G. da. (2021). *O (des)encontro da mulher com o álcool e os bons costumes no Brasil do início do século XX* [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Maringá]. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1xETYGnayVIYz17I0461dRdbJfkQ22zlf/view?usp=sharing>
- Silva, L. (1946). A Esposa no Lar. *Jornal das Moças*, ed. 1624(2). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_04&pesq=%22ren%C3%Bancia,%20do%20amor%22&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=15335
- Silveira, M. C. (2020). O machismo com ares de modernidade da revista Fon-Fon. *Jornalismo & História*. Recuperado de <https://jornalismoehistoria.sites.ufsc.br/2020/11/20/o-machismo-com-ares-de-modernidade-da-revista-fon-fon/>
- Silveira, N. (2001). *O Mundo das Imagens* (1ª ed.). Editora Ática.
- Silveira, N. (2015). *Imagens do inconsciente*. Vozes.
- Simioni, A. P. C. (2002). Entre Convenções e Discretas Ousadias: Georgina de Albuquerque e a pintura histórica feminina no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(50). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/VynXp7ZkxLLm8jSKW6kXyWQ/>
- Siqueira, V. B. (2010). Anita Malfatti: Limites do Moderno. *Revista Porto Alegre*. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/PortoArte/article/view/23332/13406>
- Soihet, R. (2020). Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In M. D. Priore (Org.), *História das Mulheres no Brasil* (10ª ed.). Contexto.
- Souza, T. M. dos S. (2006). *Emoções e capital: as mulheres no novo padrão de acumulação capitalista* [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17155/1/TEREZINHA%20MARTINS%20DO%20SANTOS%20SOUZA.pdf>
- Souza, V. B. (2010). *60 anos d'O Segundo Sexo: A (in)visibilidade de Beauvoir no debate sobre as relações de gênero* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro].

- Supremo Tribunal Federal. (2023). *Tese da legítima defesa da honra é inconstitucional*. Recuperado de <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=511556&ori=1>
- Szasz, T. (1980). *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem* (2ª ed.). Zahar Editores.
- Telles. (1959). O direito de não amar. *O Estado de S. Paulo*, p. 34. Recuperado de <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19590206-25696-nac-0034-fem-2-not/busca/crimes+passionais>
- Toledo, E. T. de. (2019). *A Circulação E Aplicação Da Psicocirurgia No Hospital Psiquiátrico Do Juquery, São Paulo: Uma Questão De Gênero (1936-1956)*. [Tese de doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Casa De Oswaldo Cruz]. Recuperado de Http://Ppghcs.Coc.Fiocruz.Br/Images/Dissertacoes/Teste/Tese_Eliza_Toledo.Pdf
- Tonet, I. (2013). *Método Científico: Uma Abordagem Ontológica*. Instituto Lukács.
- Torres, R. M. (1947). Cuidado com o Modernismo. *Jornal das Moças*, ed. 1665. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_04&Pesq=%22cuidado%20com%20o%20modernismo%22&pagfis=17845
- Torres, R. M. (1955a). Bom dia, senhorita. *Jornal Das Moças*, ed. 02079(1). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&pesq=%22mulheres%20do%20tipo%20varonil%22&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=17378
- Torres, R. M. (1955b). Quem governa o Lar?. Bom dia, Senhorita, *Jornal das Moças*, ed. 02070(2). Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=111031_05&pesq=%22mulheres%20do%20tipo%20varonil%22&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=16808
- Tortamano, C. (2020). O dia em que Tarsila do Amaral enfureceu a ditadura Vargas. *Aventuras na História*. Recuperado de <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/o-dia-em-que-tarsila-do-amaral-enfureceu-a-ditadura-vargas.phtml>
- Tribuna da Imprensa. (1957). Uma geração de loucos no “cemitério dos vivos”. *Tribuna da Imprensa*, ed. 2245. Recuperado de https://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=154083_01&pesq=%22Terapeutica%20Ocupacional%22&hf=memoria.bn.br&pagfis=35148

- Tribuna da Imprensa. (1959). Possui o Brasil uma das organizações de Terapêutica Ocupacional mais famosas do mundo, *Tribuna da Imprensa*. Recuperado de https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=154083_01&pesq=%22Terapeutica%20Ocupacional%22&hf=memoria.bn.br&pagfis=44581
- Tribunal Internacional de Nuremberg. (1947). Código de Nuremberg. Julgamento de criminosos de guerra perante os Tribunais Militares de Nuremberg. *Control Council Law*. Recuperado de <https://www.ghc.com.br/files/CODIGO%20DE%20NEURENBERG.pdf>
- United Nations Children's Fund. (1945). *Carta das Nações Unidas*. UNICEF Brasil. Recuperado de <https://www.unicef.org/brazil/carta-das-nacoes-unidas>
- United Nations Children's Fund. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. UNICEF Brasil. Recuperado de <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
- United Nations. (2018). Psychotropic substances international narcotics control board in 2017. International Narcotics Control Board. Recuperado de https://www.incb.org/Documents/Publications/Annualreports/Ar2017/Annual_Report/E_2017_Ar_Ebook.Pdf
- Vadico, & Vidoco. (1969). Mãe Amorosa. *Letra*. Recuperado de <https://www.letras.mus.br/vadico-e-vidoco/mae-amorosa/>
- Valdanha, G. (2022). Exposição no Sesc desafia conceito de modernidade paulistocêntrica. *Arte que Acontece*. Recuperado de <https://www.artequaeacontece.com.br/exposicao-no-sesc-desafia-conceito-de-modernidade-paulistocentrica%EF%BF%BC/>
- Veloso, A. J. B. (2006). Descobertas simultâneas e a Medicina do século XX. *Pontos de Vista: Medicina Interna*. Recuperado de https://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_42-47.pdf
- Vieira, E. A. (1996). Políticas Sociais e Direitos Sociais no Brasil. *Jornal da USP*, Seção Opinião. Recuperado de <https://revistas.usp.br/comueduc/article/view/36299/39019>
- Vieira, S. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Fiocruz.
- Vitti, I. (2015). Presença de mulheres em obras de Georgina de Albuquerque revela sua preocupação com questões sociais. *USP*. Recuperado de <https://www.usp.br/aunantigo/exibir?id=7409&ed=1281&f=29>

- Zanello, V., & Silva, R. M. C. e. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética* (Impr.), 20(2), pp. 267-79. Recuperado de https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776
- Zetkin, C. (1896). Apenas Junto Com as Mulheres Proletárias o Socialismo Será Vitorioso. *Marxists Internet Archive*. Recuperado de <https://www.marxists.org/portugues/zetkin/1896/10/16.htm>

ANEXO I
MARCOS HISTÓRICOS IMASNS

Tabela 16*Marcos históricos IMASNS*

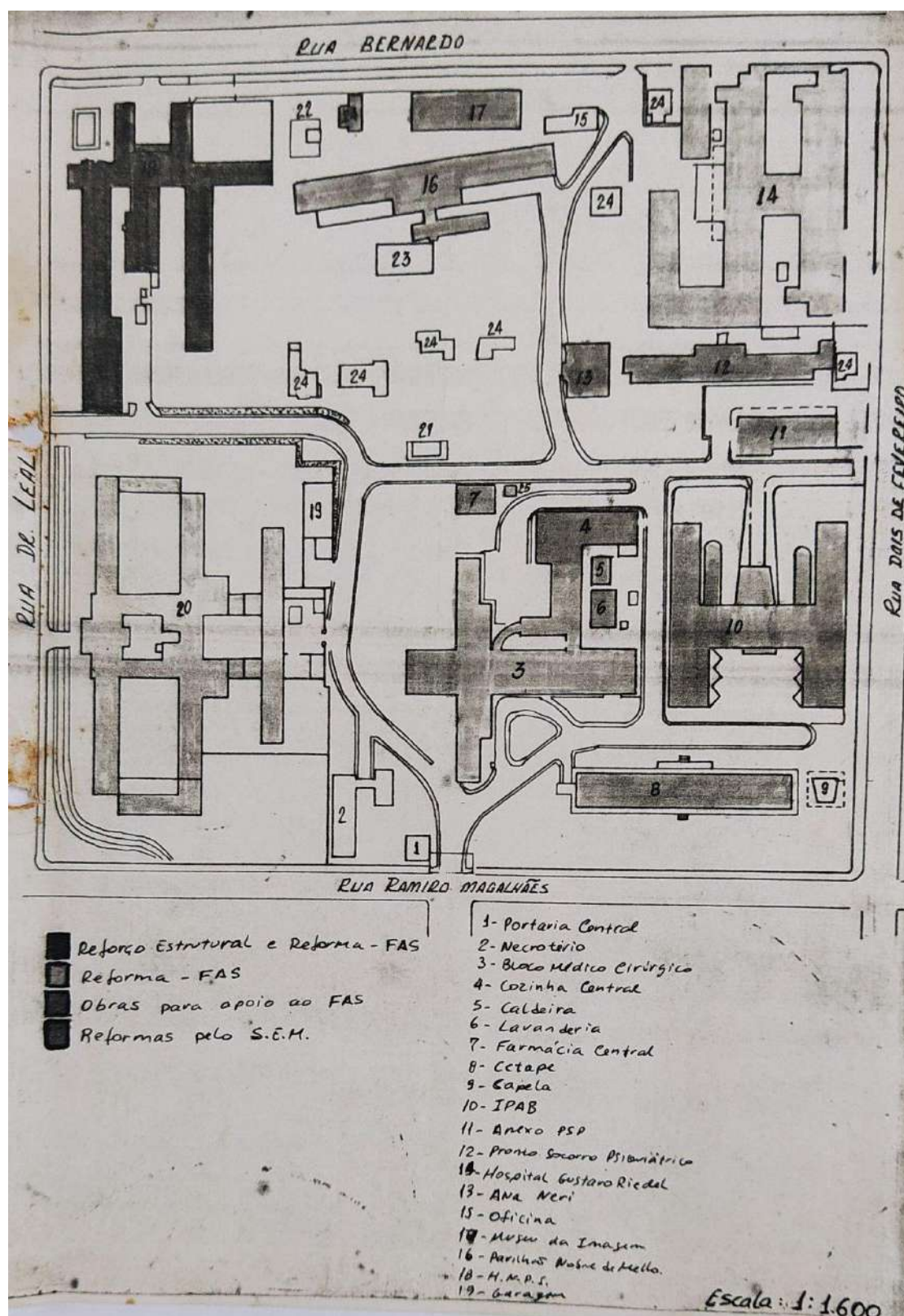
Ano	Marcos históricos do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira
1911	Criação da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro; Transferência de 400 mulheres do Hospital Pedro II (Praia Vermelha); Primeiro diretor Dr. Simplício de Lemos Braule Pinto (1865-1918).
1918	Falecimento do Dr. Braule Pinto; Gustavo Riedel assume a direção da Colônia (até 1932); Inaugurado o Ambulatório Rivadávia Correia, primeiro Ambulatório da América Latina para alienados.
1919	Inaugurado o Serviço Aberto do Pavilhão Presidente Epitácio Pessoa (breves internações e tratamento de toxicômanos).
1920	Criação do Serviço de Assistência Hetero-Familiar por Gustavo Riedel.
1921	A Colônia passa a se chamar Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro; Criação da Liga Brasileira de Higiene Mental por Gustavo Riedel.
1923	Criação do Laboratório de Psicologia Experimental.
1932	Gustavo Riedel assume a direção da Assistência a Psicopatas, assumindo como diretor da Colônia Ernani Lopes (até 1938).
1938	Início da Transferência dos pacientes do Hospital Nacional Psiquiátrico (antigo Hospital Pedro II da Praia Vermelha) para o Engenho de Dentro; Adauto Botelho assume a direção da Assistência aos Alienados criando o Serviço Nacional de Alienados e transforma a Colônia em Centro Psiquiátrico Nacional.
1943	O Hospital Psiquiátrico Nacional é incorporado pelo Centro Psiquiátrico Nacional.
1945	Edgar de Almeida assume como diretor do Centro Psiquiátrico Nacional (até 1946)
1944	Pacientes e arquivos do Hospital Psiquiátrico Nacional transferidos definitivamente para o Centro Psiquiátrico Nacional; Nise da Silveira inicia seu trabalho no Engenho de Dentro.
1946	Paulo Franklin de Souza Elejalde passa a ser diretor do Centro Psiquiátrico Nacional (até 1956) Criação da Seção Terapêutica Ocupacional.
1952	Criação do Museu de Imagens do Inconsciente
1955	Inaugurado o primeiro Pronto Socorro Psiquiátrico do Brasil.
1956	Humberto Mathias Costa assumiu a direção do CPN até 1958.
1958	Ignacio da Cunha Lopes passou a ser diretor do CPN até 1961.
1961	Humberto Alexandre assume direção até 1963.
1965	O Centro Psiquiátrico Nacional passa a se denominar Centro Psiquiátrico Pedro II.
2000	Municipalização do Centro Pedro II e denominação de Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira.
2021	O IMNS encerra o internamento de pacientes.

Nota: Adaptado da Prefeitura do Rio De Janeiro (2021), Mendes (2007) e Ministério da Saúde (1964).

ANEXO II
MAPAS DO CENTRO PSIQUIÁTRICO NACIONAL

Figura 42

Planta Geral do Centro Psiquiátrico Nacional



Nota: Instituto Municipal Nise da Silveira/Biblioteca Alexandre Passos (s.d.).

ANEXO III
LOCAL E TEMPO DE CADA INTERNAÇÃO
NO CENTRO PSIQUIÁTRICO NACIONAL

Tabela 17*Tempo de cada internação*

Tempo médio das internações		Quantidade de internações												
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a
1 a 30 dias	Mulheres	17	9	4	2	3	2	2	1	-	-	-	-	-
	Homens	18	2	1	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-
31 a 60 dias	Mulheres	24	9	8	3	2	1	2	2	3	3	-	1	-
	Homens	16	5	4	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-
61 a 6 meses	Mulheres	28	6	2	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1
	Homens	21	4	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
7 meses a 1 ano e 11 meses	Mulheres	8	5	1	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-
	Homens	11	1	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
2 a 4 anos	Mulheres	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Homens	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 a 7 anos	Mulheres	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Homens	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 anos	Mulheres	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Homens	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 anos	Mulheres	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Homens	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16 a 20 anos	Mulheres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Homens	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem Informação	Mulheres	3	7	4	4	3	3	2	2	1	-	1	-	-
	Homens	10	5	6	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-

ANEXO IV
MODELO DA FICHA DA
SEÇÃO DE TERAPÊUTICA OCUPACIONAL

RECEITUÁRIO

Nome:	Profissão:
Data de nascimento:	Hospital e Seção:
Data internação:	
Médico Psiquiatra:	
Diagnóstico:	
Tratamento já realizado:	
Tratamento em curso:	
Resumo exame psicológico:	
Objetivo do tratamento ocupacional:	
Aptidões e interesses:	

Caracteres da atividade (assinalar o tipo)		
PARTICIPAÇÃO	ESFORÇO (físico ou mental)	FINALIDADE
Ativa ()	Fácil ()	Sedativa ()
Passiva ()	Simples ()	Estimulante ()
Isolada ()	Mínimo ()	Monótona ()
Em grupo ()	Moderado ()	Expressiva ()
	Difícil ()	Criadora ()
	Complexo ()	Compensadora ()
	Limitado ()	Competitiva ()
	Cansativo ()	Reafirmadora ()
DIREÇÃO		Socializante ()
Livre ()	RITMO	Didática ()
Solicitada ()	Lento ()	Recreacional ()
Sugerida ()	Rápido ()	Utilitária ()
Dirigida ()	Monótono ()	Reabilitadora ()
	Variado ()	
	Arritmico ()	
TEMPO EXECUÇÃO	LOCAL	
Lento ()	Ar livre ()	
Rápido ()	Sala ()	
Curto ()	Isolado ()	
Prolongado ()	Coletivo ()	
Espaçado ()		

Atividades Existentes	
Salão de beleza	Pintura – Desenho – Gravura
Tecelagem	Marcenaria
Cestaria	Sapataria
Encadernação	Educação física
Biblioteca	Jardinagem
Musicoterapia	Modelagem
Danças folclóricas	Artes aplicadas
Recreação	

Observações especiais
Assinatura _____
Data _____
NOTA – Este receituário, depois de preenchido deve ser remetido ao Médico chefe do S. T. O. – A escolha final da atividade pode ser deixada a critério dos psiquiatras do S. T. O.

Nota: Adaptado do Arquivo Permanente (s.d.).

ANEXO V
MODELO DOS PRONTUÁRIOS PSIQUIÁTRICOS

CENTRO PSIQUIÁTRICO NACIONAL

IDENTIFICAÇÃOOBSERVAÇÃO N.º

NOME				FOTO 3X4
RESIDÊNCIA				
SEXO	IDADE	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	
PROFISSÃO		ONDE EXERCIA		
NACIONALIDADE		NATURALIDADE	COR	
INSTRUÇÃO		RELIGIÃO	PROCEDÊNCIA	
ALTURA		PESO	BIOTIPO	
NOME DO PAI		NATURALIDADE	COR	
NOME DA MÃE		NATURALIDADE	COR	
INFORMANTE				
CORRESPONDÊNCIA COM		(NOME)	(RESIDÊNCIA)	(TELEFONE)
INTERNANTE		(NOME)	(RESIDÊNCIA)	(TELEFONE)
PREMISSAS LEGAIS DE INTERNAÇÃO				
CERTIFICADOS MÉDICOS ASSINADOS POR			DR.	
DATA DE ADMISSÃO			DR.	
DATA			<u>DESCARGA DEFINITIVA DA OBSERVAÇÃO</u>	
DIAGNÓSTICO			DATA MOTIVO	
			CAUSA MORTIS	

IDENT.

OBS. N.º

MOVIMENTO DO DOENTE

ENTRADA		DIAGNÓSTICO	DESTINO		RUBRICA DO REGISTRADOR	SAÍDA		MOTIVO DA SAÍDA	RUBRICA DO SERVIDOR
N.º	DATA		SEÇÃO	DATA		N.º	DATA		
DESCARGA DEFINITIVA DA FICHA					RESPONSÁVEL	ASSINATURA			

Nota: Adaptado do Arquivo Permanente (s.d.).