

O feminino entre a doença mental e a tuberculose (Rio de Janeiro, 1940-1945)

Ana Teresa A. Venancio*

Janis Alessandra Pereira Cassilia**

Resumo: O trabalho discute a construção da identidade feminina de doentes mentais tuberculosas internadas na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, entre 1940 e 1945. A dimensão relacional da categoria gênero aparece na contraposição entre os médicos e as pacientes, tendo-se em vista a análise de 111 casos. Concluímos que naquele universo a identidade feminina estava centrada no estigma da doença mental, que era associado a afirmações variadas dos médicos sobre o exercício de uma sexualidade desviante. Na maioria das vezes, a identidade de paciente tuberculosa não necessariamente reforçava a identificação entre gênero feminino-doença-sexualidade desviante. Quando a presença da tuberculose corroborava essa tríade, verifica-se o uso da categoria da "vadiagem", do mesmo modo em que se observa a discordância feminina em relação a esta representação.

Palavras chaves: gênero feminino, doença mental, tuberculose.

Keywords: female gender, mental disease, tuberculosis.

Este trabalho visa discutir a construção da identidade feminina de doentes mentais tuberculosas internadas na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, na primeira metade da década de 1940. A dimensão relacional da categoria gênero (SCOTT, 1996: 6; MATOS, 2000: 16-17) aparece na contraposição entre, de um lado, os atores sociais do gênero masculino que produziam o discurso médico a seu respeito e, de outro lado, as pacientes que eram alvos destas ações e discurso. Assim, no presente trabalho, a identidade feminina das doentes mentais tuberculosas é antes a representação que certos atores masculinos têm sobre o feminino e o modo como, nas entrelinhas, estas mulheres respondiam às representações a seu respeito.

O recorte temporal escolhido refere-se a um período carente de estudos sobre a história da psiquiatria, da doença mental, e da correlação entre doença mental e gênero feminino, em geral alvo de pesquisas circunscritas a meados do século XIX até fins da década de 1930. Trata-se de uma época em que, no Brasil, o isolamento era considerado o método terapêutico apropriado tanto à tuberculose quanto à doença mental e, neste último

* Doutora em Antropologia Social/UFRJ. Pesquisadora e Professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz.

* * Graduada em História/UFRJ. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. Apoio: Programa de iniciação científica CNPq/Fiocruz (2008-2009).

caso, quando também foi implantada uma expansão da assistência psiquiátrica no contexto do Estado Novo.

Sabemos que partir de 1937, o governo federal expressou sua clara opção por uma política centralizadora, liderada pelas instâncias federais, e que visava tanto a modernização do Estado quanto a construção de um projeto nacional. No campo da saúde, esse processo de centralização política e administrativa foi acompanhado de uma descentralização no que se refere à implantação efetiva das ações do Estado, buscando-se uma interação entre as esferas federal, estadual e municipal de governo. As ações do governo federal seguiam as diretrizes para as políticas de saúde pública que vinham sendo discutidas internacionalmente. Entre 1930 e 1945 a Organização Pan-americana de Saúde havia promovido várias reuniões preconizando o modelo de “*centralização normativa e descentralização executiva*” (FONSECA et al, 2005: 45). A intenção era instituir a fiscalização dos municípios sob responsabilidade dos estados, garantindo hierarquicamente o controle federal sobre todas as instâncias, sem, entretanto, deixar de dialogar com os poderes locais que detinham, dessa forma, alguma relevância no jogo do poder.

Nesta direção, todos os órgãos da área da saúde do Ministério da Educação e Saúde Pública passaram a integrar o Departamento Nacional de Saúde (DNS)¹, incluindo-se aqueles relativos à assistência psiquiátrica, então sob a gerência da Divisão de Assistência a Psicopatas². A partir de 1941 a reforma do DNS foi institucionalizada, segmentando suas ações segundo os tipos específicos de doenças, as quais passaram a ser desenvolvidas por: Serviço Nacional de Lepre, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Febre Amarela e Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM)³ – este último reunindo a Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP) de abrangência nacional e o Serviço de Assistência a Psicopatas, voltado para o Distrito Federal. O DNS ampliava sua ação na área psiquiátrica, até então nitidamente mais voltada apenas para a capital federal. A tarefa de formulação de uma política assistencial psiquiátrica de âmbito nacional saía fortalecida.

Foi nesse contexto que, de 1937 a 1941, o governo federal realizou um inquérito que visava avaliar as condições da assistência psiquiátrica, resultando em uma classificação dos serviços prestados pelos diferentes estados brasileiros, onde o Rio de Janeiro aparece como

¹ . O Departamento Nacional de Saúde seria então composto de quatro divisões: Divisão de Saúde Pública, Divisão de Assistência Hospitalar, Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância e a Divisão de Assistência a Psicopatas.

² . Artigo 17º da Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937.

³ . Decreto-lei nº 3.171 de 2 de abril de 1941

dotado de “assistência especializada, mas ainda defeituosa reduzida” (PLANO, s/d: 13). Com base nesse inquérito, a partir de 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) passaria a gerenciar a expansão e reorganização da assistência psiquiátrica em todo o território nacional, criando o Plano Hospitalar Psiquiátrico, o qual visava o planejamento e construção de 4.000 leitos psiquiátricos em diferentes estados, com a ajuda financeira do governo federal⁴. Nessa época também, até 1944, deu-se a extinção do Hospital Nacional Psiquiátrico localizado na Praia Vermelha, cujos pacientes foram transferidos para o Centro Psiquiátrico Nacional (Engenho de Dentro) e para a Colônia Juliano Moreira, aumentando em muito o número de internações nesta última instituição.

O modelo privilegiado pelo Plano Hospitalar Psiquiátrico e implementado como tipo padrão pelo SNDM foi o hospital-colônia. Dentre vinte estados (incluindo-se a capital federal) quatorze eram indicados para a construção ou ampliação de hospital-colônia ou colônia⁵. Esse modelo institucional defendido desde os anos de 1910 pelo psiquiatra Juliano Moreira, era traduzido nos anos de 1940 e 1950 como um complexo hospitalar que ocupava ampla área física, afastado dos centros urbanos, formado por grandes pavilhões e núcleos para a internação de centenas de pacientes, os quais teriam como recursos terapêuticos a antiga praxisterapia, mas também os modernos tratamentos de convulsoterapia.

Para a Colônia Juliano Moreira, inaugurada em 1924, somente para pacientes crônicos do sexo masculino, o Plano previa a inclusão e expansão da internação para pacientes mulheres, bem como a construção, finalização e inauguração de várias novas unidades e pavilhões (PLANO, s/d: 04). Um dos resultados desse processo de expansão foi a criação do Pavilhão de Tisiologia para mulheres, com 100 leitos, cuja construção foi iniciada em 1942, tendo-se notícia que em 1945 começaram a funcionar suas instalações (CORREA, 1949: 145), ampliando-se assim o atendimento à tuberculose que já era realizado em 1941 pela clínica tisiológica da Colônia (CORREA, 1943: 59). Além disso, o período analisado se concentra em uma época anterior à descoberta da estreptomicina como terapêutica curativa para a tuberculose. Juntamente com a prática assistencial do isolamento prevalecia o imaginário, presente desde final do século XIX, de que a tuberculose era um “mal sem cura”, o qual se articulava à idéia da “morte social” do doente tuberculoso que se tornava impossibilitado do convívio devido ao temor do contágio (BERTOLLI FILHO, 2001; PORTO, 2000: 524)

⁴ . O principal personagem desse processo foi Adauto Botelho, primeiro diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, que se manteve no cargo até 1954.

⁵ . Para os estados restantes (Amazonas, Pará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Bahia e Paraná) menciona-se a construção de hospitais ou de pavilhões no interior destes.

É neste contexto, portanto, que encontramos internadas na Colônia Juliano Moreira 111 mulheres doentes mentais com diagnóstico ou com suspeita de tuberculose. Segundo a documentação médica consultada⁶, a maioria era proveniente do Hospital Psiquiátrico (n = 49) ou de distrito policial (n = 23). Muitas dessas pacientes eram consideradas pelo olhar médico como casos crônicos, porém um grande número de doentes vistas como agudas também ingressava na Colônia. Nos registros anotados pelos médicos, essas mulheres foram identificadas majoritariamente como brasileiras (n = 97), de cor branca (n = 50), em relação às pardas (n = 30), mestiças (n = 2) e três sem informação. Teriam à época da internação, predominantemente, idade entre 21 e 30 anos (n = 39) e entre 31 e 40 anos (n = 27). A maior parte das pacientes foi também identificada como solteira (n = 46) se comparada às casadas (n = 36), viúva (n = 18), amancebada (n = 1) e 10 casos sem informação⁷. No campo relativo à profissão consta em grande parte “doméstica” (n = 73), embora em muitos casos não haja nenhuma anotação sobre o assunto (n = 29), ou haja referências esparsas à atividade de costureira (n = 1), cozinheira (n = 2), operária (n = 2), dentre outros. Grande parte desse grupo de pacientes não tinha procedência identificada (n = 60). Dentre aquelas com identificação de seu local de origem apenas uma pequena parte era procedente do então Distrito Federal (n = 8), enquanto um número mais significativo vinha do estado do Rio de Janeiro (n = 21) ou de outros estados brasileiros (n = 19).

Ao contrário dos sanatórios tuberculosos – onde a entrada dependia da manifestação da doença – segundo as notações médicas, as pacientes da Colônia adquiriam a tuberculose depois da internação por doença mental. Em geral o diagnóstico era concedido após a realização de exames de escarro e/ou radiografia pulmonar, embora muitos dos casos indicados pelos médicos como de “suspeita de tuberculose” não se confirmavam ou não tinham uma resposta conclusiva anotada na própria documentação médica. Além disso, em geral a documentação consultada não contém registro da terapêutica empregada para o mal tísico, embora em poucos casos haja a referência à indicação de xarope. É notável que nos casos observados houve um maior número de pacientes cujo falecimento ocorreu no período de até 10 anos após sua entrada na instituição. Este foi o caso de J.S. internada em 1944, com 23 anos, solteira, diagnóstico de epilepsia, submetida a “exame de virgindade” em 1950, falecida em 1953 devido à tuberculose pulmonar. Também dentre as 15 pacientes

⁶ A documentação médica de todas as pacientes da antiga Colônia encontra-se no Núcleo de Documentação e Pesquisa do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (IMASJM-SMS-RJ).

⁷ Dentre a população total feminina internada na Colônia nos anos de 1940 e 1941, também encontramos um maior número de mulheres designadas como solteira. Cf. CASSILIA, 2008: 13 e 14.

tuberculosas com registro de entrada na Colônia em 1941, onze faleceram até o ano de 1949, a maioria por tuberculose (edema pulmonar) ou colapso cardíaco.

As mulheres mais afetadas pela tuberculose na Colônia eram, portanto, provenientes das classes pobres, em geral brancas, brasileiras e com idade entre 20 e 40 anos. Um grupo significativo também exercitara deslocamentos no espaço, através da migração interna, que bem representa uma das formas de existência da mulher no domínio público (PERROT, 2007), ao contrário da condição feminina mais corrente, ou esperada, de permanência restrita no mundo privado. Tratava-se de uma população feminina potencialmente sadia e ativa, em idade de exercer alguma atividade fora da Colônia, ou mesmo na instituição (como no serviço de praxiterapia ou por intermédio do tratamento hetero familiar⁸), era a mais acometida pela tuberculose dentro do estabelecimento. A hipótese médica do final do século XIX e início do século XX sobre o aparecimento da tuberculose, apontada pela bibliografia analítica especializada já citada – a qual destaca as condições de vida e de insalubridade que retratavam essa doença como “flagelo social” – parece se confirmar no universo por nós pesquisado.

Nas referências concernentes à relação entre gênero feminino e tuberculose, percebe-se a presença de muitos dos temas já encontrados no discurso médico sobre a população feminina em geral, internada na Colônia nos anos de 1940 e 1941. Informações detalhadas sobre problemas no casamento e demarcação de sinais de uma sexualidade desviante eram constantes. Vejamos respectivamente as anotações médicas nos caso de R. F e de T.B, ambas internadas em 1940:

“Sobressaem os instintos sexuais. A examinada nos momentos de grande exaltação da libido, procura satisfazer seus instintos com [ilegível] e [ilegível]. Não há vigilância capaz de lhe conter os passos; foge, vai de encontro a qualquer indivíduo do sexo oposto entregando-se. Esta situação prolonga-se às vezes por vários dias, quando apagado o furor uterino volta a situação anterior.” (Ficha de Observação R.F.)

“Diz que veio trazida por seu marido, e que morando defronte da Casa de Correção ouvia de seus empregados, constantemente acusações das quais sentia ofendida a sua moral. Começou então a ficar muito triste e a pensar que seu marido queria abandoná-la. (...). Foi menstruada aos 14 anos. Casou-se aos 13 anos contra a sua vontade. Diz ter muito medo do seu marido e da mulher de um rapaz do qual é admiradora. Em seguida cai em prantos. Seu marido é guarda civil.” (Ficha de Observação T.B.)

⁸ A CJM foi fundada como um hospital-colônia destinado aos crônicos, isto é, aqueles doentes há vários anos e que já tinham passado por outras instituições e formas de tratamento. Diferentemente dos agudos – cujos “surtos” haviam se manifestado a menos tempo – recomendava-se aos crônicos o hospital-colônia, onde a sensação de liberdade (grandes áreas de instalações), o trabalho em hortaliças e oficinas (praxiterapia) e o tratamento hetero-familiar (convivência com famílias “sadias”) eram considerados os melhores tratamentos na época. (VENANCIO e CASSILIA, 2007: 5 e 6).

Diferentemente desses achados sobre a população feminina em geral da Colônia, nos casos aqui analisados de doentes mentais tuberculosas verifica-se ainda a acusação corrente de “vadiagem”. Para os médicos da Colônia, a acusação de vadiagem tinha uma dupla conotação: de um lado servia como expressão da vida moral e sexualmente desregrada que, de algum modo, aquelas mulheres teriam levado antes de sua internação na instituição; de outro lado representavam o comportamento inadaptável de muitas dessas pacientes à vida na instituição, quando se evadiam para reaparecerem, às vezes, dias depois.

Nossa hipótese é que após a internação e o diagnóstico da doença mental, provavelmente devido às suas condições de vida, em geral precária, e aos tratamentos a que foram submetidas – os quais muitas vezes levavam ao esgotamento físico, como no caso da convulsoterapia elétrica –, as pacientes ficavam expostas a adquirir várias doenças, como a tuberculose. Já aos olhos dos médicos, as pacientes da Colônia parecem ter adquirido tuberculose justamente pela sua condição de doente mental naquela instituição: não apenas pelas suas péssimas condições de vida, mas também devido à “liberdade” proporcionada pela vida colonial, isto é, a capacidade de evasão destas pacientes, levando-as à “vadiagem” e, portanto, exposição ao bacilo de Koch.

Além disso, a prática assistencial na Colônia corroborava o discurso psiquiátrico de que as solteiras possuíam maior pré-disposição às moléstias mentais (PACHECO E SILVA, 1940: 38). Também para a visão médica da época sobre a tuberculose, a instabilidade da vida do solteiro, assim como a permissividade para vivenciar situações não permitidas aos casados, como a boemia, facilitavam a contaminação do indivíduo (BERTOLLI FILHO, 2000: 496).

Porém, ainda que o número de solteiras seja maior que o de viúvas e casadas, é preciso considerar que a maioria das histórias de amaciamento ou amancebamento dentro da instituição, bem como gravidez e parto (muitas vezes de pais desconhecidos) não eram declaradas de forma explícita (CASSILIA, 2008: 14). Estas histórias ficavam evidenciadas nas fichas das pacientes ingressas nos anos de 1940 e 1941 por intermédio de papeletas de exames ginecológicos ou de gravidez, relatos de antecedentes pessoais pela própria paciente, registros sucintos de abortos e de envio de crianças recém nascidas à pupileira da Colônia. Uma ou outra menção, contudo, revela que estes fatos eram considerados, pelos médicos, como resultantes ou desencadeadores da moléstia mental da paciente, ao mesmo tempo em que, do ponto de vista deles, retratavam situações adversas daquelas moralmente aceitáveis. Este parece ser o caso de C. R., internada em 1942, com 26 anos, branca, solteira, doméstica proveniente da Colônia Gustavo Riedel, era surda-muda. Segundo o relato médico, apesar de possuir muito zelo por seus pertences, ser limpa, cuidadosa, confeccionar as próprias roupas e

estar sempre bem trajada, o comportamento da paciente em relação ao sexo oposto era considerado reprovável, visto gostar “muito de conversar com os homens, fazer-lhes festas” e ter “adoração pelo médico psiquiatra”. Em uma pequena nota, datada de 1949, é informado que esta paciente teria dado à luz a um menino, que no dia seguinte este teria sido encaminhado à pupileira da Colônia. I.A., também chegou a Colônia em 1942, com 33 anos e recebeu o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva. Em sua ficha de observação médica ela seria procedente da Bahia, parda, profissão doméstica, solteira e falecida naquele mesmo ano devido à tuberculose pulmonar. Mas o registro médico é mais enfático quanto à condição civil e aos danos que sofreu com sua excessiva liberdade. “Não é casada e também não é virgem, pois tem vivido com vários amantes (...) Saiu de casa no carnaval e daí para cá não tem consciência de nada”.

Essa visão médica sobre uma sexualidade desviante feminina, entretanto, aparece entrelaçada de maneira bastante imbricada às vozes dessas mulheres tuberculosas que, muitas vezes, eram as únicas disponíveis para falarem de si próprias, já que os pais, maridos e familiares em geral as haviam deixado para trás há algum tempo – em instituições psiquiátricas anteriores, como o Hospital Psiquiátrico – ou, sozinhas, elas haviam sido recolhidas aos distritos policiais. É por intermédio desse entrelaçamento de vozes que podemos saber que I.A. não era casada mas, paradoxalmente, também não tinha guardado sua virgindade, amando muitos homens diferentes. C.S., internada em 1942, também se revela por intermédio da escuta e pronunciamento médico. Branca, 40 anos, solteira, profissão doméstica e portadora de reação esquizofrênica, é descrita como acometida de um processo tuberculoso em plena mocidade. Segundo os registros em sua ficha de observações, “foi aconselhada que devia levar uma vida metódica e que seu casamento era impossível por constituir grave risco de retorno do mal [tuberculose]”, mas parece que nunca seguiu a risca os conselhos recebidos: fora internada pela mãe porque “fugia muito de casa”.

Várias dessas mulheres, diferentemente do discurso médico produzido sobre sua loucura, davam mais destaque aos maus tratos sofridos e à perda de seus vínculos familiares. Aos olhos médicos A.J., advinda do Hospital Psiquiátrico e ingressa na Colônia em 1940, já com 59 anos, era viúva, doméstica, negra e acabou falecendo, quatro anos mais tarde, de caquexia devido à tuberculose pulmonar. Considerada oligofrênica soube dizer, segundo os registros médicos, que “se separou do marido em virtude dos maus tratos de que era vítima”, e quando interrogada sobre ter alta “alegou não ter para onde ir, ignorando onde se encontra atualmente a sua filha”. U.M., também ingressa na instituição em 1940, 38 anos, branca, viúva e falecida 5 anos depois sem *causa mortis* definida, revela por intermédio das anotações

médicas que “tem a sensação de estar sendo agarrada e possuída, casualmente, julgando às vezes distinguir no atacante o irmão, o mesmo que há algum tempo tentou fazer-lhe mal (...)”. Também A.M, internada na instituição em 1941, transferida do Hospital Psiquiátrico com o diagnóstico de imbecilidade, solteira, doméstica, segundo o relato médico, diz que “não gosta de seu pai porque ele a espanca”. “Era menina, travessa, fazia artimanha, gostava de beliscar os outros, jogar pedras nos animais (sic) e por isso apanhava muito de seu pai, donde fazer brecha e o sangue ter subido no miolo, ficando alucinada”.

Outras vezes as vozes femininas contrapunham o diagnóstico médico ao fato de, na verdade, terem sido alvo de macumba, “que lhe fizeram mal”, como teria relatado L.A, internada em dezembro de 1943 e também I.J, internada na mesma data, com diagnóstico de psicose maníaco depressiva, vinda de Minas Gerais e falecida um mês depois. O caso de C. C. também é elucidativo. Viúva, doméstica, parda, com 49 anos, internada em 1942 com o diagnóstico de esquizofrenia, segundo as anotações médicas, a paciente afirmava que sua internação era resultado de uma perseguição que lhe fora infligida por meio de magia, feitiçaria e macumbas: “diz não ser doente e que foi posta aqui por perseguição.”

Concluimos assim que a identidade feminina no universo pesquisado estava centrada no estigma da doença mental, o qual era associado a afirmações sobre o exercício de uma sexualidade desviante, expressa de modos variados pelos médicos. Na maioria das vezes, a identidade de paciente tuberculosa foi adquirida alguns anos após a internação na Colônia e não necessariamente reforçava a identificação entre gênero feminino-doença-sexualidade desviante. Nos casos em que a presença da tuberculose corroborava a afirmação dessa tríade, verifica-se o uso da categoria específica da “vadiagem”, do mesmo modo em que é observável a discordância feminina em relação às representações médicas sobre sua doença e sobre sua relação com o gênero masculino. Para estas vozes destoantes do discurso médico as relações de gênero também foram, em grande parte, centrais na constituição de sua própria identidade feminina. Entretanto na expressão dessas doentes mentais tuberculosas o que caracterizaria tais relações não era sua sexualidade desviante ou conduta livre demais, mas os maus tratos que lhes imputaram os personagens masculinos que fizeram parte de suas vidas.

Referências Bibliográficas:

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

_____. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 6 (3): 493-522, nov. 1999 – fev. 2000.

CASSILIA, Janis A. P. *Doença mental e gênero feminino: as pacientes da Colônia Juliano Moreira (1940-1941)*. Relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro: Programa de Iniciação Científica CNP/Fiocruz, 2008. (mimeo)

CORREA, Carlos M. Sampaio. Colônia Juliano Moreira. Relatório do Sr. Diretor Sampaio Corrêa em 1945 ao SNDM. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*, 1949.

_____. Colônia Juliano Moreira. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*, 1943.

FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto; TRINDADE, Nísia Lima. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flávio Coelho; Suárez, Julio Manuel (orgs.) *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 27-58, 2005.

MATOS, Maria Izilda S. de. *Por uma História da mulher*. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2000.

PACHECO E SILVA, Antonio Carlos. *Psiquiatria Clínica e Forense*. São Paulo – Rio de Janeiro – Recife – Porto Alegre: Companhia Editora Nacional, 1940.

PERROT, Michelle. *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto, 2007.

PLANO Hospitalar Psiquiátrico, s/d. CPDOC/FGV. Arquivo Gustavo Capanema, GC 34.08.03 h II-14.

PÔRTO, Ângela. A vida inteira que podia ter sido e que não foi: trajetória de um poeta tísico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 6 (3), p.523-550, nov.1999-fev.2000.

SCOTT, Joan. El gênero: uma categoria útil para el análisis histórico. In: Lamas, Marta (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, 1996

VENANCIO, Ana Teresa. A.; CASSILIA, Janis Alessandra P. História da política assistencial à doença mental (1941-1956): O caso da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro. *XXIV Simpósio Nacional de História*. São Leopoldo: Anpuh, 2007. Disponível em: <http://snh2007.anpuh.org/>