



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE DIREITO, NEGÓCIOS E COMUNICAÇÃO
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO
MONOGRAFIA JURÍDICA

INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS FEMININAS
UM ESTUDO HISTÓRICO-JURÍDICO SOBRE REPRESSÃO E DIREITO

ORIENTANDA: LUIZA RODRIGUES MOURA
ORIENTADOR: PROF. ME. LUIZ PAULO BARBOSA DA
CONCEIÇÃO

GOIÂNIA-GO
2026

LUIZA RODRIGUES MOURA

INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS FEMININAS
UM ESTUDO HISTÓRICO-JURÍDICO SOBRE REPRESSÃO E DIREITO

Monografia Jurídica apresentada à disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito, Negócios e Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS). Prof. Orientador: Me. Luiz Paulo Barbosa da Conceição

GOIÂNIA-GO
2026

LUIZA RODRIGUES MOURA

INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS FEMININAS
UM ESTUDO HISTÓRICO-JURÍDICO SOBRE REPRESSÃO E DIREITO

Data da Defesa: 10 de junho de 2026

BANCA EXAMINADORA

Orientador : Prof. Me. Luiz Paulo Barbosa da Conceição

Nota

Examinador Convidado: Prof. Me. Júlio Anderson Alves Bueno

Nota

Às mulheres que, de alguma forma, transbordaram
em um mundo de pouco entendimento, na tentativa
de lembrar e iluminar o caminho

Agradecimentos

Às mulheres que me antecederam e as que partilham comigo à vida, queridas ou desconhecidas, por me propiciarem a força e a liberdade que tenho hoje, e a possibilidade de um futuro diferente.

À minha família, Márcia, Marcílio e Alice, que me pincelaram o amor que me permitiu pensar e questionar.

À força das minhas avós, Rosinda e Luzia, que me inspiram a cada palavra.

Ao Erick, que incontavelmente esteve presente.

“As coisas não são ultrapassadas tão facilmente,
são transformadas.”

Nise da Silva

RESUMO

Este trabalho examinou as internações psiquiátricas femininas no Brasil a partir de perspectiva histórico-jurídica, investigando o papel do ordenamento jurídico na legitimação do confinamento compulsório de mulheres ao longo do século XX. O argumento central foi o de que o direito não atuou como limite ao poder de exclusão exercido pelo aparato manicomial, mas como seu instrumento de produção e legitimação. A pesquisa partiu da análise foucaultiana das estruturas de exclusão (Foucault, 1978) e das contribuições de Engel (2013) sobre a patologização do feminino no Brasil, demonstrando que comportamentos de divergência em relação ao modelo esposa-mãe-dona de casa eram sistematicamente convertidos em categorias diagnósticas que autorizavam a internação. O Hospital Colônia de Barbacena foi tomado como expressão concreta desse processo: a investigação documental de Arbex (2013) e Moreira (2021) revelou que a maioria dos internados não possuía diagnóstico psiquiátrico formal, evidenciando que o manicômio funcionava como dispositivo de controle social e disciplinamento dos corpos femininos. No plano normativo, o Decreto nº 24.559/1934 e o Código Civil de 1916 foram analisados como instrumentos que, em articulação, produziram regime de privação de liberdade sem garantias processuais efetivas, com impacto especialmente agravado sobre as mulheres em razão do regime de subordinação jurídica ao marido previsto no art. 233 do Código Civil. A pesquisa examinou ainda os avanços e os limites da Reforma Psiquiátrica consolidada pela Lei nº 10.216/2001, identificando que, embora a lei representasse ruptura normativa real, preservava espaços de discricionariedade, especialmente na internação involuntária, que permitiam a reprodução de lógicas históricas de exclusão. O trabalho incorporou, como perspectiva metodológica complementar, análise literária de obras de Sylvia Plath e Lygia Fagundes Telles, mobilizadas para recuperar a dimensão subjetiva apagada pelo discurso clínico. A metodologia foi de natureza jurídica com abordagem histórico-crítica, valendo-se de pesquisa bibliográfica e análise documental de fontes normativas.

Palavras-chave: Internação psiquiátrica. Mulheres. Direito e controle social. Hospital Colônia de Barbacena. Reforma Psiquiátrica. Lei nº 10.216/2001.

ABSTRACT

This work examined the psychiatric institutionalization of women in Brazil from a historical-legal perspective, investigating the role of legal norms in legitimizing the compulsory confinement of women throughout the twentieth century. The central argument was that law did not act as a limit on the exclusionary power exercised by the asylum apparatus, but rather as its instrument of production and legitimation. The research drew on Foucault's analysis of exclusionary structures (Foucault, 1978) and on Engel's (2013) contributions regarding the pathologization of femininity in Brazil, demonstrating that behaviors that deviated from the normative model of wife-mother-housewife were systematically converted into diagnostic categories authorizing institutionalization. The Hospital Colônia de Barbacena was examined as a concrete expression of this process: the documentary investigation by Arbex (2013) and Moreira (2021) revealed that the majority of those institutionalized did not hold formal psychiatric diagnoses, demonstrating that the asylum functioned as a device of social control and disciplinary management of female bodies. At the normative level, Decree no. 24.559/1934 and the Civil Code of 1916 were analyzed as instruments that, in combination, produced a regime of deprivation of liberty without effective procedural guarantees, with disproportionate impact on women due to the legal subordination to husbands established by article 233 of the Civil Code. The research further examined the advances and limits of the Psychiatric Reform consolidated by Law no. 10.216/2001, identifying that, while the law represented a genuine normative rupture, it preserved spaces of discretion, particularly in involuntary commitment, that allowed the reproduction of historical logics of exclusion. The work incorporated, as a complementary methodological perspective, literary analysis of works by Sylvia Plath and Lygia Fagundes Telles, mobilized to recover the subjective dimension erased by clinical discourse. The methodology was legal in nature with a historical-critical approach, drawing on bibliographic research and documentary analysis of normative sources.

Keywords: Psychiatric institutionalization. Women. Law and social control. Hospital Colônia de Barbacena. Psychiatric Reform. Law no. 10.216/2001.

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	9
1 A PATOLOGIZAÇÃO DO FEMININO E A PSIQUIATRIA NO BRASIL	11
1.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DA MULHER.....	12
1.2 O CONCEITO DE LOUCURA E A CONDUTA FEMININA DESVIANTE	18
2 O HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA E A REPRESSÃO SOCIAL	22
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO E SUA FUNÇÃO MANICOMIAL	23
2.2 CONTEXTO JURÍDICO DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA.....	29
3 O PAPEL DO ORDENAMENTO JURÍDICO NA LEGITIMAÇÃO DAS INTERNAÇÕES.....	32
3.1 AUSÊNCIA DE GARANTIAS PROCESSUAIS E O DIREITO COMO LEGITIMADOR DO CONFINAMENTO.....	33
3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LEI Nº 10.216/2001: AVANÇOS E LIMITES	38
CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	50

INTRODUÇÃO

A história das internações psiquiátricas no Brasil é, em larga medida, uma história de exclusão juridicamente autorizada. Ao longo do século XX, milhares de pessoas foram privadas de liberdade sob o argumento do tratamento da loucura, em grande parte, sem diagnóstico clínico consistente, sem contraditório, sem qualquer forma de controle jurisdicional efetivo. Entre essas pessoas, as mulheres ocuparam posição central: não porque fossem mais vulneráveis à doença mental, mas porque o aparato jurídico e psiquiátrico construiu, de forma sistemática, o feminino como território de tutela, convertendo divergência em patologia e patologia em confinamento.

O presente trabalho examina esse processo a partir de perspectiva histórico-jurídica, com o objetivo de demonstrar que o ordenamento jurídico brasileiro não foi neutro diante das internações psiquiátricas compulsórias femininas: ele as produziu. O Decreto nº 24.559/1934 e o Código Civil de 1916, analisados em articulação, estruturaram um regime normativo no qual a privação de liberdade de indivíduos classificados como doentes mentais não se submetia às garantias fundamentais do devido processo legal. Para as mulheres, essa estrutura apresentava camadas adicionais de vulnerabilidade, dado que o próprio direito civil as situava em posição de subordinação jurídica ao marido, tornando o confinamento psiquiátrico um instrumento acessível a qualquer cônjuge, pai ou interessado que acionasse os dispositivos legais vigentes.

A pesquisa se estrutura em torno de três eixos articulados. O primeiro examina a construção histórica da patologização do feminino no Brasil, demonstrando como o saber psiquiátrico incorporou e reforçou hierarquias de gênero preexistentes, transformando comportamentos de divergência em relação ao modelo moral de feminilidade em categorias diagnósticas (da histeria à loucura maníaco-depressiva) que autorizavam a intervenção médica e o confinamento. O segundo eixo toma o Hospital Colônia de Barbacena como expressão concreta dessa lógica: a investigação documental disponível demonstra que a maioria dos internados não possuía diagnóstico psiquiátrico formal, evidenciando que o manicômio funcionava como dispositivo de controle social cujo substrato normativo era fornecido pelo próprio ordenamento jurídico. O terceiro eixo examina o mecanismo jurídico que tornou possível e legítimo esse arranjo, passando pela análise do regime pré-1988 até os avanços e os limites da Reforma Psiquiátrica consolidada pela Lei nº 10.216/2001.

A delimitação temporal do trabalho abrange o período que vai da consolidação do modelo asilar brasileiro, no final do século XIX, até a promulgação da Lei nº 10.216/2001,

com atenção especial ao período de vigência do Decreto nº 24.559/1934. O recorte de gênero é tratado como eixo transversal, não como tema lateral: a condição jurídica específica das mulheres: sua subordinação civil, sua invisibilidade processual e sua exposição particular aos mecanismos de internação, atravessa todas as seções do trabalho.

Do ponto de vista metodológico, o trabalho adota abordagem jurídica de natureza histórico-crítica, valendo-se de pesquisa bibliográfica e análise documental de fontes normativas. O referencial teórico principal articula Michel Foucault (1978), cuja análise das estruturas de exclusão e do poder psiquiátrico fornece o substrato conceitual do trabalho, com autores que desenvolveram esse quadro aplicado ao contexto brasileiro e à dimensão de gênero, especialmente Engel (2013), Arbex (2013), Moreira (2021) e Campos, Siqueira e Campos (2021). No plano jurídico, as análises de Pinheiro (2011), Goulart (2015) e Britto (2004) fundamentam a crítica ao regime normativo das internações. As fontes normativas centrais são o Decreto nº 24.559/1934, o Código Civil de 1916, a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 10.216/2001.

Como perspectiva metodológica complementar, o trabalho mobiliza análise literária na tradição de Direito e Literatura. Essa abordagem, consolidada como método legítimo de análise jurídica, permite recuperar a dimensão subjetiva sistematicamente apagada pelo discurso clínico e pelo ordenamento jurídico: a experiência vivida das mulheres que passaram pelo aparato manicomial. As obras mobilizadas são *A Redoma de Vidro* (1963), de Sylvia Plath, e dois romances de Lygia Fagundes Telles: *Ciranda de Pedra* (1954), com ênfase na figura da mãe de Virgínia, e *As Meninas* (1973), com foco na personagem Ana Clara. A seleção não é aleatória, as três personagens encarnam, cada uma com sua especificidade, o mecanismo central que este trabalho examina no plano histórico e jurídico: a conversão da subversão feminina em patologia e da subjetividade em objeto de tutela. A análise literária não substitui nem paralela a análise histórico-jurídica; ela a complementa, oferecendo perspectiva sobre aquilo que os documentos institucionais recusavam nomear.

A relevância jurídica do tema não se esgota no exame do passado. A persistência de internações psiquiátricas involuntárias sem controle jurisdicional prévio constitui lacuna identificada pela doutrina como tensão não resolvida entre a Lei nº 10.216/2001 e as garantias constitucionais do devido processo legal. A documentação de violências institucionais sistemáticas contra mulheres internadas, mesmo após duas décadas de vigência da lei reformista, indica que a ruptura normativa de 2001 não foi suficiente para transformar as práticas institucionais. Nesse sentido, a análise histórico-jurídica

desenvolvida neste trabalho não se propõe apenas a reconstruir um período encerrado: propõe-se a identificar, no ordenamento vigente, os espaços em que as lógicas históricas de exclusão permanecem juridicamente possíveis, questão que os instrumentos normativos recentes examinados na seção 3 tornam ainda mais urgente.

Dessa forma, o trabalho está organizado em três seções. A seção 1 reconstrói a construção histórica do feminino como território de tutela psiquiátrica, examinando a emergência da histeria como dispositivo de controle da conduta feminina e sua articulação com o modelo psiquiátrico brasileiro. A seção 2 examina o Hospital Colônia de Barbacena como expressão concreta do modelo asilar, analisando tanto seu contexto histórico quanto o arcabouço normativo que sustentou o funcionamento da instituição. A seção 3 examina o mecanismo jurídico que legitimou as internações, demonstrando a ausência de garantias processuais no regime do Decreto nº 24.559/1934 e avaliando os avanços e os limites da Lei nº 10.216/2001 como instrumento de superação dessa lógica, com atenção à Resolução CNJ n. 487/2023 e aos desdobramentos institucionais recentes que evidenciam, ao mesmo tempo, o alcance e os limites do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil contemporâneo.

1 A PATOLOGIZAÇÃO DO FEMININO E A PSIQUIATRIA NO BRASIL

A psiquiatria emergiu, no Brasil e na Europa do século XIX, articulada a projetos de ordenação moral e jurídica que já estruturavam a vida social antes dela. O discurso médico conferiu linguagem aparentemente científica a práticas antigas de exclusão, tornando-as mais difíceis de contestar e mais eficazes como instrumento de controle. Nesse processo, as mulheres ocuparam posição central: o saber médico e o direito construíram sistematicamente o feminino como objeto de intervenção, retirando da mulher a autoridade sobre si mesma e transferindo-a a instituições, famílias e médicos que decidiam, em seu lugar, o que era normalidade, saúde e conduta aceitável. Tutelar, nesse arranjo, era uma forma de controlar sob aparência de proteção.

No contexto brasileiro, marcado por estruturas patriarcais consolidadas e pela forte presença do poder estatal sobre a vida privada, essa lógica assumiu contornos especialmente rígidos. Comportamentos femininos que contrariavam as expectativas de domesticidade, obediência e maternidade eram reinterpretados como sintomas de desordem mental, convertendo divergência em patologia e autorizando, por essa via, o confinamento. O

percurso que vai da construção do feminino como objeto de controle até o manicômio como instrumento de exclusão é o que esta seção reconstrói, a partir da articulação entre história da psiquiatria, crítica de gênero e análise jurídica.

1.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DA MULHER

A análise do tratamento psiquiátrico dirigido às mulheres exige, em primeiro lugar, a reconstrução das formas de gestão da loucura no Ocidente. Antes de ser circunscrita como categoria clínica, a loucura operou como desvio moral, como perturbação da ordem e como expressão daquilo que precisava ser afastado do convívio social. A trajetória que vai do leprosário medieval ao manicômio moderno revela que a exclusão do “louco” não nasceu de apenas de um progresso científico, mas representou principalmente estratégias de controle social articuladas, ao longo dos séculos, a diferentes discursos de poder. Dentro desse processo, a figura feminina ocupou posição central: construída, de maneira sistemática, pelo saber médico e pelo direito, como sujeito especialmente vulnerável à desrazão (Engel, 2013; Foucault, 1978).

Foucault (1978) demonstra que, desde a Idade Média, os mecanismos de exclusão dos considerados “desviantes” precederam em séculos a constituição da psiquiatria como saber organizado, revelando que o confinamento tem raízes político-morais mais profundas do que exclusivamente clínicas. Essa continuidade se revela no percurso das estruturas de exclusão: após o declínio da lepra, elas não desapareceram, mas se reorientaram para novos grupos tidos como ameaça à ordem social.

Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de assombrar, mas que também deixou estereis e inabitáveis durante longo tempo. (Foucault, 1978, p. 7).

Esse “espaço vazio” não permaneceu ocioso: tornou-se o terreno simbólico e material onde as políticas de exclusão se reorganizariam. A loucura ocupou o lugar deixado pelo leproso, como categoria moral que justificava o afastamento de indivíduos considerados indisciplinados, improdutivos ou perigosos ao projeto urbano-burguês emergente. O deslocamento motivou-se sobretudo pela necessidade de reconfigurar as fronteiras entre o “normal” e o “anormal” (Foucault, 1978).

O processo se intensificou no século XVII com a chamada Grande Internação, quando o isolamento em massa de indivíduos considerados à margem da sociedade passou a ser

praticado de forma sistemática na Europa. Instituições como o Hospital Geral de Paris reuniam, sob o mesmo teto, mendigos, libertinos, doentes e pessoas tidas como moralmente desregradas, aquelas que viviam fora dos padrões de trabalho, família e sexualidade exigidos pela ordem burguesa emergente, além de pessoas qualificadas como loucas. O internamento cumpria função primordialmente disciplinar, como evidencia a análise de Foucault:

Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos [...], o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. (Foucault, 1978, p. 73).

O surgimento do asilo psiquiátrico no final do século XVIII representou, mais do que uma ruptura, a reorganização dessas práticas sob um discurso médico que conferia legitimidade científica às mesmas estruturas de exclusão. A autoridade médica no asilo não derivava apenas de um saber notório, mas da posição institucional que permitia ao psiquiatra definir o que era desvio, disciplina e normalidade. Como sintetiza Foucault (1978, p. 549):

O médico só pôde exercer sua autoridade absoluta sobre o mundo asilar na medida em que, desde o começo, foi Pai e Juiz, Família e Lei, não passando sua prática médica, durante muito tempo, de um comentário sobre os velhos ritos da Ordem, da Autoridade e do Castigo. (Foucault, 1978, p. 549).

A crítica foucaultiana parte precisamente desse ponto: a psiquiatria não nasce reduzidamente, como ciência dotada de autonomia epistemológica, mas como prolongamento de práticas sociais de controle já existentes. O médico, ao assumir a direção do asilo, não inaugura uma nova forma de cuidado, e sim se insere em uma estrutura prévia de poder, estrutura fundada na normatividade familiar, na disciplina moral e na autoridade jurídica. Por isso, Foucault afirma que o médico é simultaneamente “Pai e Juiz, Família e Lei”, já que administra os desvios a partir de uma lógica social patriarcal.

Esse quadro encontra expressão emblemática na figura de Philippe Pinel (1745–1826), cuja imagem ordenando a retirada das correntes dos internos do Hospital de Bicêtre foi imortalizada pelo pintor Tony Robert-Fleury na obra *Pinel faz retirar as correntes dos alienados de Bicêtre* (1876), símbolo fundador da psiquiatria como ciência humanista. É precisamente essa imagem que merece exame crítico. A proposta de Pinel era o chamado *tratamento moral*: em lugar das contenções físicas, um regime disciplinar baseado na observação sistemática, na autoridade do médico e na correção dos comportamentos desviantes.

Como demonstra Moreira (2021), nesse sistema o médico assumia o papel de depositário da norma social (Pessotti, 1996, p. 129 apud Moreira, 2021), definindo ele próprio os critérios que separavam a razão da loucura. Essa figura encontrou expressão

literária precisa na obra de Machado de Assis: em *O Alienista* (1882), o médico Simão Bacamarte expande indefinidamente os limites do diagnóstico até internar metade da população de Itaguaí, revelando, com ironia, que a definição de loucura obedecia menos a critérios clínicos do que à autoridade de quem a enunciava. Publicado no mesmo período em que a psiquiatria brasileira se consolidava como saber institucional, o conto antecipa, no plano literário, a crítica que Foucault (1978) formularia décadas depois no plano teórico: retiradas as correntes físicas, o louco passou a ser aprisionado pelo silêncio imposto, pela vergonha induzida e pelo olhar permanente do alienista¹:

Libertado de suas correntes, está agora acorrentado pela virtude do silêncio, pela falta e pela vergonha. Sentia-se punido, e via o signo de sua inocência; livre de toda punição física, é necessário que ele se sinta culpado. Seu suplício era sua glória, sua libertação deverá humilhá-lo (Foucault, 1978, p. 541).

Apesar de melhor que a prévia condição, o asilo de Pinel findou-se no “domínio da moral pura” (Foucault, 1978, p. 537) e os critérios dessa moral observavam a intersecção de gênero: o próprio Pinel registrou em seu tratado que o celibato representava fator de risco para a alienação feminina e que o casamento funcionava como espécie de preservativo contra a loucura (Pinel apud Foucault, 1978, p. 538). A psiquiatria nasceu, portanto, já estruturada sobre uma gramática de gênero que tornava a mulher não casada, não materna ou não submissa candidata natural ao diagnóstico de desordem mental e foi essa linguagem que o modelo europeu exportou para o restante do mundo.

Quando esse modelo europeu é transplantado para o Brasil, ele adquire contornos próprios. A assistência aos alienados antecede a psiquiatria enquanto disciplina organizada e, durante o período colonial e imperial, o confinamento de loucos ocorria em cadeias públicas, enfermarias das Santas Casas de Misericórdia ou espaços improvisados, sem distinção entre indigência, criminalidade e doença mental. Como detalham Oda e Dalgalarrodo (2004), a urbanização do século XIX e o discurso higienista reforçaram a necessidade de retirar “desordeiros” das ruas, sendo a loucura compreendida como elemento perturbador da ordem pública. Esses autores mostram que a criação do Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, respondeu menos a um projeto terapêutico do que ao imperativo de administrar a miséria, a vagabundagem e o comportamento desviante no contexto de uma capital imperial que buscava modernizar-se.

¹ Philippe Pinel (1745-1826) e Jean-Baptiste Pussin (1746-1811) são considerados precursores do chamado “tratamento moral” na psiquiatria europeia. Pussin, administrador do Hospital de Bicêtre, iniciou a prática de retirar as correntes dos internados; Pinel sistematizou e difundiu essa abordagem após assumir a direção da instituição. A referência a ambos aparece em Freitas (2004) como contraponto à leitura foucaultiana.

O modelo brasileiro se estruturou, desde o início, sob forte confluência entre medicina, polícia e caridade religiosa. A Santa Casa mantinha papel central no acolhimento de alienados, mas o fazia sob perspectiva moral e disciplinar, reforçando a ideia de que o louco era antes um problema de ordem, e não de saúde (Oda; Dalgalarrodo, 2004). Além disso, o Hospício Pedro II nasceu profundamente marcado pelas hierarquias sociais e raciais: como demonstram os estudos de Nunes (2010), indivíduos pobres, negros, mulheres e pessoas que não se enquadravam no modelo familiar nuclear composto pelo casamento, pela maternidade e pela vida doméstica eram internados de maneira desproporcional, evidenciando a seletividade do sistema. A psiquiatria brasileira, ao contrário de seu ideal científico, consolidou-se como técnica de gestão populacional, legitimada por um discurso médico que organizava a exclusão sob aparência de racionalidade clínica (Costa, 1981).

A construção cultural do feminino como sinônimo de instabilidade emocional, fragilidade moral e vulnerabilidade fisiológica produziu terreno fértil para a medicalização de comportamentos que divergiam das expectativas sociais. Engel (2013) demonstra que o século XIX consolidou uma dicotomia rígida entre razão e emoção segundo a qual a mulher seria naturalmente predisposta à desordem afetiva, sintetizada na oposição entre "homens-cérebro, inteligência, razão lúcida, capacidade de decisão versus mulheres-corção, sensibilidade, sentimentos" (Engel, 2013, p. 528). Essa representação não se limitava ao plano simbólico: ela informava as categorias diagnósticas, orientava a interpretação dos comportamentos e legitimava a leitura da mulher como ser naturalmente inclinado à desordem emocional, organizando diagnósticos, tratamentos e justificativas para a intervenção psiquiátrica no corpo e na vida das mulheres.

No Brasil, essas ideias foram rapidamente incorporadas. Nunes (2010) identifica que, até a década de 1920, a histeria era o diagnóstico mais frequentemente atribuído às mulheres internadas no Hospício Nacional, funcionando como categoria ampla que absorvia desde sintomas vagos até comportamentos considerados imorais. Posteriormente, a histeria foi gradualmente substituída por diagnósticos como "loucura maníaco-depressiva", frequentemente vinculados ao ciclo menstrual, reforçando a associação entre fisiologia reprodutiva e instabilidade mental (Engel, 2013).

Dessa forma, a patologização do corpo feminino atuou como justificativa da intervenção médica, ao mesmo tempo que reafirmava um modelo de feminilidade restrito à domesticidade, à maternidade e à obediência. Assim, operava de forma assimétrica: como observa Engel (2001), homens diagnosticados com histeria eram interpretados como

"feminilizados" e associados à degenerescência moral, o que evidencia que o aparato médico não descrevia doenças de forma neutra, mas regulava ativamente as hierarquias de gênero.

À luz dessa dicotomia, o âmbito psiquiátrico passou a ler o corpo feminino como potencial foco de desregulação. Ciclo menstrual, gravidez, puerpério e menopausa foram convertidos em eventos de risco para a sanidade mental, e a experiência emocional das mulheres (tristeza, raiva, desejo, recusa de papéis sociais) passou a ser automaticamente suspeita (Engel, 2013). O diagnóstico de histeria cumpriu, nesse processo, uma função decisiva: tratava-se de uma categoria ampla, elástica e profundamente moralizada, capaz de abarcar desde sintomas físicos até condutas consideradas inadequadas à feminilidade normatizada (Engel, 2013; Campos; Siqueira; Campos, 2021). A ideia da mulher histérica tornou-se, assim, o principal dispositivo de normatização da conduta feminina, uma categoria diagnóstica que convertia em patologia qualquer desvio do ideal de domesticidade.

Estudos sobre a patologização do feminino no Brasil reconfirmam que a psiquiatria nacional importou e reforçou o modelo europeu, associando o ideal de “mulher normal” à tríade esposa-mãe-dona de casa. Portanto, destaca-se que: “A escrita médica legitima discursivamente a correlação mulher-esposa-mãe como verdade incontestada” (Campos; Siqueira; Campos, 2021, p. 342).

Isto posto, a partir dessa matriz, a mulher que recusava o casamento, que não desejava filhos, que vivia de forma independente ou que expressava sexualidade fora do matrimônio, ou seja, que subvertia o ideal patriarcal, passava a ser facilmente inscrita na categoria de “desviante”, abrindo-se a possibilidade de sua medicalização e confinamento.

Desse modo, entende-se que institucionalização de mulheres em hospitais psiquiátricos muitas vezes não se baseava em quadros psicóticos ou estados de ruptura com a realidade, mas em comportamentos interpretados como afronta à moral dominante (Arbex, 2013; Moreira, 2021). O entrelaçamento entre psiquiatria, direito e família permitia que pais, maridos e juízes recorressem à internação como medida de controle (Goulart, 2015). Em muitos casos, a internação compulsória funcionava como instrumento de punição e apagamento social, sobretudo quando se tratava de mulheres situadas nas intersecções de classe e raça ou à margem das redes de proteção social. A loucura feminina, nessa perspectiva, aparece menos como diagnóstico clínico e mais como rótulo jurídico-moral que autorizava a suspensão de direitos e a interdição da palavra.

O Hospital Colônia de Barbacena ilustra de forma concreta essa lógica. Arbex (2013) documenta que milhares de mulheres foram encaminhadas ao manicômio por motivos que,

em nenhum sentido, seriam hoje reconhecidos como indicativos de transtorno mental: gravidez fora do casamento, abandono pelo companheiro, conflitos familiares, "teimosia", "tristeza persistente" ou simplesmente pobreza extrema. O manicômio, longe de ser espaço neutro de cuidado, funcionava como aparelho de regulação moral da feminilidade e de gestão de corpos considerados excedentes ou inconvenientes (Arbex, 2013; Moreira, 2021). Essa dinâmica institucional é analisada mais detidamente na seção 2 do presente trabalho.

A resistência a esse modelo emergiu de dentro da própria instituição psiquiátrica. Atuando no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, a partir da década de 1940, Nise da Silveira recusou práticas então consolidadas, como eletrochoques, lobotomia e contenção mecânica. Em lugar de uma psiquiatria centrada na correção de condutas, propôs uma clínica orientada pela escuta, pelo vínculo afetivo e pela expressão simbólica por meio da arte. Em sua reflexão, "nenhuma técnica pode substituir o afeto" (Silveira, 1992, p. 15), sublinhando que o cuidado em saúde mental exige reconhecimento da singularidade e da história de vida de cada sujeito, algo sistematicamente negado às mulheres tratadas como meros objetos de intervenção.

O trabalho de Nise da Silveira revelou, na prática, que muitas mulheres internadas sob o rótulo de loucas carregavam trajetórias marcadas por violências de gênero, privações materiais e silenciamentos reiterados, realidade documentada pela investigação histórica sobre o período (Arbex, 2013; Moreira, 2021). Ao oferecer espaços de criação plástica, Silveira permitiu que essas subjetividades emergissem, desmontando a imagem da paciente feminina como ser vazio, incapaz ou puramente biológico (Silveira, 1992). Sua atuação coloca em evidência o caráter político da clínica: ou ela reproduz a lógica de exclusão que marcou a história do tratamento da loucura, ou torna-se espaço de restituição de voz e de humanidade.

Por fim, a construção histórica do tratamento psiquiátrico da mulher não pode ser compreendida à margem das estruturas de poder que articularam loucura, gênero e moralidade. Desde a Grande Internação até o manicômio brasileiro do século XX, repete-se a mesma estratégia: converter a divergência feminina, em termos de conduta, desejo ou projeto de vida, em sinal de anomalia, justificando a retirada do convívio social. A psiquiatria, ao revestir essas operações de vocabulário científico, conferiu-lhes aparência de neutralidade enquanto perpetuava a exclusão. Compreender como esse processo se consolidou exige, ainda, examinar a própria construção do conceito de loucura e os critérios pelos quais a conduta feminina foi sistematicamente enquadrada como desvio, o que a

subseção seguinte desenvolve.

1.2 O CONCEITO DE LOUCURA E A CONDUTA FEMININA DESVIANTE

Compreender como a loucura foi historicamente definida é essencial para analisar os critérios que sustentaram a internação psiquiátrica compulsória de mulheres. A forma como uma sociedade concebe a loucura diz respeito não apenas à medicina, mas à maneira como ela regula a diferença, administra o conflito e impõe normas de comportamento. De modo que a loucura funcionou, ao longo do tempo, como categoria que separa o que é socialmente tolerável do que deve ser excluído, silenciado ou tutelado. O que se define como loucura em determinado contexto é, nessa perspectiva, um efeito de exclusão e silenciamento que transforma certos modos de ser, sentir e agir em manifestações inaceitáveis pela ordem racional (Foucault, 1978). Os critérios de identificação da insanidade variaram de acordo com o contexto histórico-social, mas permaneceram fundados na oposição entre razão e desrazão e, mais adiante, entre normalidade e patologia.

A leitura foucaultiana ainda permite compreender que a construção moderna da loucura não se limita à descrição de sintomas, mas se inscreve em um campo moral em que o sujeito é confrontado com sua própria verdade. Nas palavras do autor, "a loucura confronta o homem com sua verdade moral, com as regras próprias à sua natureza e à sua verdade" (Foucault, 1978, p. 34). Isso significa que, ao longo da modernidade, a loucura deixa de ser interpretada apenas como ruptura do pensamento ou desordem dos sentidos e passa a ser entendida como território privilegiado para o exame da conduta.

A experiência trágica da insanidade, marcada por sofrimento, visões e delírios, cede lugar à avaliação do comportamento desviante, que passa a expressar uma insuficiência moral do sujeito. Nesse processo, como afirma o autor, "a consciência crítica da loucura viu-se cada vez mais posta sob uma luz mais forte", enquanto suas dimensões dramáticas e existenciais "penetravam progressivamente na penumbra" (Foucault, 1978, p. 34). Assim, a loucura é reconstruída como categoria disciplinar: um modo de classificar, ordenar e corrigir comportamentos que escapam às normas de racionalidade e obediência produzidas pela sociedade moderna.

Portanto, a loucura, como categoria forjada historicamente, ultrapassa o campo da descrição de sintomas objetivos, operando como resposta institucional àquilo que ameaça os parâmetros dominantes de racionalidade e controle. Foucault (1978) identifica que, nos

séculos XVII e XVIII, o louco passou a ser segregado não porque representava um mistério clínico, mas porque seu comportamento representava um perigo às regras sociais da disciplina e da utilidade. De modo que a medicalização da loucura aparece tardiamente, já sob o peso de séculos de exclusão social. Quando o saber psiquiátrico emerge, ele herda não apenas o objeto, o louco, mas a lógica repressiva que o precede: a loucura não se torna doença por acaso, mas porque havia necessidade de um discurso que justificasse o isolamento, a contenção e a tutela (Costa, 1981; Moreira, 2021).

No que se refere ao feminino, essa representação além de organizar os papéis sociais, oferecia fundamento ideológico para classificar como patológica qualquer mulher que não correspondesse às expectativas sociais do feminino. O diagnóstico de histeria cumpriu papel estratégico na consolidação de uma psiquiatria de gênero. Descrita por Engel (2013) como categoria ampla e deliberadamente imprecisa, a histeria abarcava desde sintomas físicos vagos até condutas consideradas incompatíveis com a feminilidade normatizada, funcionando menos como descrição clínica e mais como instrumento de nomeação do desvio. Tornou-se, assim, categoria expansiva e profundamente moralizada, por meio da qual o comportamento considerado inadequado era lido como sintoma, e não como escolha, crítica ou resistência. Esse mecanismo naturalizou, no discurso médico brasileiro, o que Campos, Siqueira e Campos (2021, p. 342) identificam como a correlação mulher-esposamãe como verdade incontestada.

A histeria mascarava, portanto, a repressão da autonomia feminina sob o vocabulário da objetividade médica: tristeza tornava-se colapso nervoso, desejo sexual convertia-se em compulsão, contestação política em delírio, recusa do casamento em instabilidade emocional (Engel, 2013). Mulheres sexualmente ativas fora do casamento, que expressavam raiva ou envolvimento político, eram rotuladas como histéricas ou neurastênicas, categoria que descrevia como esgotamento nervoso patológico a insatisfação de mulheres que recusavam os papéis domésticos esperados. O diagnóstico psiquiátrico operava, nesse sentido, como dispositivo de contenção da subjetividade feminina: ao patologizar comportamentos que contrariavam expectativas patriarcais, deslegitimava a palavra da mulher, institucionalizava sua tutela e retirava dela a autonomia sobre o próprio corpo e narrativa (Engel, 2013; Pinheiro, 2011).

Essa psiquiatria moralizante não se limitou à Europa. No Brasil, a institucionalização da loucura feminina seguiu os mesmos parâmetros normativos, muitas vezes agravados por fatores de classe e raça, como visto anteriormente. Arbex (2013) documenta que milhares

de mulheres foram internadas no Hospital Colônia de Barbacena por razões alheias à saúde mental: meninas grávidas violentadas por patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse viver com a amante, filhas de fazendeiros que haviam perdido a virgindade antes do casamento, ou pessoas consideradas simplesmente tímidas. Em muitos casos, as requisições de internação eram assinadas por delegados, pais ou maridos, servindo como mecanismo legal de exclusão social e silenciamento (Arbex, 2013; Goulart, 2015).

Sendo assim, diante de roupagens científicas, a psiquiatria sistematizou os aparelhos de controle sobre condutas dissidentes (Foucault, 1978). No caso das mulheres, esse controle se dava por meio da interdição da palavra e do desejo: uma vez diagnosticadas, sua capacidade de fala, autonomia e decisão eram suspensas. A mulher considerada louca não era apenas uma paciente, mas uma ausência autorizada, um corpo sobre o qual se escrevia o que ela própria não podia narrar. Essa dinâmica torna-se ainda mais evidente quando se analisam casos documentados pela própria psiquiatria brasileira do período, como o de M. J., descrito por Engel (2013):

Lançava olhares libidinosos, fazia sinais convencionais e escrevia cartas a um doente de longe, durante os passeios pelo jardim do estabelecimento, o que lhe valeu o rótulo de ninfomaniaca anotado em sua ficha de observação. [...] Constatado através de um exame realizado pelo Dr. Cândido Andrade que M. J. apresentava alguns distúrbios uterinos, o médico decidiu submetê-la a uma cirurgia de curetagem, após a qual ela passaria a ter uma menstruação normal. Mas o mais curioso é que a cirurgia uterina teria produzido outros efeitos: [...] o resultado da operação foi o mais lisonjeiro sob o ponto de vista mental, já que M. J. saíra da Casa de Saúde Dr. Eiras curada. (Engel, 2013, p. 524, § 3–4).

O caso evidencia a lógica médico-moral que orientava o tratamento das mulheres consideradas desviantes. O comportamento de M. J., lançar olhares, trocar bilhetes, expressar desejo, foi imediatamente classificado como patológico, sem qualquer mediação entre experiência subjetiva e julgamento clínico. O diagnóstico de ninfomania, longe de ser uma constatação objetiva, funcionava como categoria disciplinar voltada ao controle da sexualidade feminina, interpretando qualquer manifestação de desejo como sintoma de desordem mental. A etapa seguinte revela a operação característica da psiquiatria do período: a busca de uma causa orgânica para um comportamento moralmente condenado.

A identificação de distúrbios uterinos serviu de justificativa para uma intervenção cirúrgica que, sob qualquer critério contemporâneo, não guarda relação terapêutica com saúde mental. Para o médico da época, no entanto, essa conexão era doutrinariamente sustentada: a medicina do século XIX atribuía ao útero influência direta sobre o sistema nervoso feminino, de modo que desordens reprodutivas eram interpretadas como causa de

instabilidade mental e de comportamentos dissidentes (Engel, 2013). Nessa lógica, tratar o órgão reprodutor equivalia a tratar a mente, e o corpo feminino era concebido não como sujeito de emoções e desejos, mas como objeto fisiológico cujo estado determinava tanto o equilíbrio psíquico quanto a adequação moral da mulher.

A cena narrada por Engel (2013) expõe, em síntese, a forma como o discurso médico transformava a autonomia sexual em doença e o corpo feminino em território de intervenção disciplinar. O desejo, a comunicação e o afeto eram convertidos em indícios de desvio. A histeria e a ninfomania funcionavam como rótulos que autorizavam o Estado, a família e a medicina a intervir no corpo feminino em nome da cura, produzindo, na prática, apagamento, tutela e violência simbólica. O caso de M. J. ilumina, assim, o mecanismo central da psiquiatria moralizante: transformar transgressão em patologia e tratar a subjetividade feminina como falha fisiológica.

Essa construção teórica e histórica encontra correspondência no plano literário. A ficção produzida por mulheres que vivenciaram ou observaram de perto o aparato médico-institucional do século XX oferece perspectiva complementar à historiografia: não porque a literatura documente fatos, mas porque ela nomeia, com precisão que o discurso clínico recusava, a experiência subjetiva do confinamento. É nesse registro que as obras de Sylvia Plath e Lygia Fagundes Telles iluminam dimensões que os documentos institucionais sistematicamente apagavam.

Em *A Redoma de Vidro* (1963), Sylvia Plath narra o colapso emocional de uma jovem diante das imposições da feminilidade normatizada dos anos 1950, a partir de experiência parcialmente autobiográfica, já que a própria Plath foi internada em instituição psiquiátrica e submetida a eletrochoques. A redoma de vidro do título não é apenas metáfora de um estado depressivo: é imagem precisa do mecanismo descrito por Engel (2013), segundo o qual a impossibilidade de existir fora dos limites impostos ao feminino era reinterpretada como falha individual, não como resposta a uma estrutura. O sofrimento da protagonista não decorre de fragilidade intrínseca, mas da ausência de qualquer saída legítima para mulheres que recusavam a rota única do casamento, da maternidade e da abnegação emocional. A literatura de Plath expõe, assim, o que a psiquiatria do período insistia em converter em sintoma: que a dor feminina tem causa social antes de ter causa clínica.

Na obra de Lygia Fagundes Telles, essa crítica assume contornos ainda mais próximos do argumento jurídico que este trabalho desenvolve. Em *Ciranda de Pedra* (1954),

a mãe de Virgínia é uma mulher cujo sofrimento tem causa identificável: a separação, o estigma, a pressão social sobre a mulher que rompe com o modelo familiar esperado. A reação dessa personagem, no entanto, não é tratada por aqueles ao seu redor como resposta legítima a uma situação de ruptura, mas como instabilidade de caráter, fragilidade moral, incapacidade. O fatalismo com que a narrativa conduz essa personagem ao colapso reproduz, no plano ficcional, a lógica que Campos, Siqueira e Campos (2021) identificam no discurso médico brasileiro da primeira metade do século XX.

Em *As Meninas* (1973), Lygia Fagundes Telles aprofunda essa crítica ao construir em Ana Clara uma personagem que concentra as vulnerabilidades que o sistema médico-jurídico mais facilmente capturava: origem pobre, ausência de rede familiar protetora, depressão e uso de drogas como resposta a um histórico de violência acumulada. Seu sofrimento tem história e causa interna, mas é lido como imoralidade e fraqueza emocional, sem que nenhuma instância institucional se interrogue sobre sua origem. Das três personagens, Ana Clara é aquela que mais se aproxima do perfil das mulheres internadas no Hospital Colônia de Barbacena descritas por Arbex (2013): sem recursos jurídicos, sem voz institucional, invisibilizada socialmente. Sua trajetória antecipa, no plano literário, o argumento que a seção seguinte desenvolve no plano normativo: o de que a ausência de garantias processuais não afetava todas as mulheres da mesma forma, e que classe e gênero operavam juntos na produção da exclusão.

A análise do conceito de loucura e de sua aplicação sobre a conduta feminina desviante revela a profunda imbricação entre saber, poder e gênero. A psiquiatria, ao construir o desvio como doença, instituiu um regime de verdade que perpetuou a exclusão de mulheres que ousaram ser diferentes. Ao patologizar a diferença, silenciou subjetividades; ao chamar de loucura o que era angústia, desejo ou resistência, reforçou um modelo normativo de feminilidade cujo eco ainda se faz presente nas práticas institucionais. Compreender esse percurso é condição para construir formas de cuidado que não transformem dor em erro e que reconheçam, no sofrimento, o direito de existir com complexidade. A seção seguinte toma como fio condutor a experiência concreta do Hospital Colônia de Barbacena, onde essas lógicas se materializaram de forma mais radical e documentada.

2 O HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA E A REPRESSÃO SOCIAL

O Hospital Colônia de Barbacena não pode ser analisado como episódio isolado de violência institucional, mas como expressão concreta de um modelo jurídico e político que estruturou a internação psiquiátrica no Brasil ao longo do século XX. A consolidação do sistema asilar esteve amparada por diplomas normativos que legitimaram a restrição da liberdade sob o argumento da proteção da ordem pública, da profilaxia mental e da defesa social.

Desde o Decreto nº 1.132/1903 (Brasil, 1903), que reorganizou a assistência aos *alienados*, até o Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934), que regulamentou a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, o ordenamento jurídico brasileiro incorporou a ideia de que o indivíduo diagnosticado poderia ter seus direitos civis limitados em nome da segurança coletiva. A legislação da Era Vargas, conforme demonstrado por Silva, Ferrete e Holanda (2019), consolidou um modelo hospitalocêntrico e compulsório, no qual a internação assumiu centralidade como mecanismo de tratamento e controle social.

Além da previsão legal da internação, o Estado promoveu a expansão estrutural do sistema manicomial, autorizando a construção e o financiamento de hospitais psiquiátricos por meio de convênios e incentivos federais. A institucionalização em massa não decorreu apenas de falhas administrativas, mas de uma política pública que reconhecia o isolamento como instrumento legítimo de gestão da diferença.

Nesse contexto, o Hospital Colônia de Barbacena tornou-se símbolo máximo dessa engrenagem jurídico-institucional. A prática de encaminhamentos compulsórios, muitas vezes sem diagnóstico clínico consistente, revela a articulação entre família, polícia, medicina e Estado na produção da exclusão. A restrição da liberdade, frequentemente acompanhada da suspensão de direitos civis, insere-se em uma lógica normativa que confundia cuidado com contenção e assistência com segregação.

Esta seção examina, inicialmente, o contexto histórico da instituição e sua função manicomial e, em seguida, a especificidade das internações compulsórias femininas, marcadas pela intersecção entre controle moral, abandono social e exercício do poder estatal.

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO E SUA FUNÇÃO MANICOMIAL

A consolidação do Hospital Colônia de Barbacena deve ser compreendida dentro da formação histórica do modelo asilar brasileiro, cuja racionalidade institucional esteve menos comprometida com o cuidado clínico e mais alinhada à necessidade de organização moral

da sociedade. O manicômio para além de um espaço terapêutico, demonstrava-se como tecnologia social de neutralização do considerado anormal. Como demonstra Moreira (2021), as instituições de internação operavam a partir de um mecanismo classificatório que produzia sujeitos por meio do diagnóstico, convertendo a individualização em instrumento de exclusão.

A autora sintetiza essa engrenagem ao afirmar que as instituições disciplinares de internamento funcionam de modo a controlar os indivíduos num processo em que sua individualização, louco ou normal, perigoso ou inofensivo, marca sua própria exclusão, pois, uma vez classificado como um sujeito que necessita ser afastado da sociedade, aplicam-lhe mecanismos de controle disciplinar (Moreira, 2021, p. 30).

Esse argumento evidencia que o internamento não era objetivamente consequência accidental da doença, entendia-se também como produto de uma racionalidade histórica que percebia comportamentos desviantes como risco a manutenção de uma ordem social e portanto, passível de confinamento. Conforme analisa Moreira (2021), o manicômio não surge como ruptura, mas como continuidade institucional das antigas casas de recolhimento, dos asilos de indigentes e dos espaços de custódia que, desde o período colonial e imperial, eram destinados a absorver sujeitos considerados moral ou socialmente desviantes. Nessas instituições pré-psiquiátricas, a segregação física já operava como higienização social: a lógica que movia o isolamento era a de purificar o espaço urbano de tudo aquilo que perturbava a ordem, reunindo pobres, órfãos, mulheres consideradas desordeiras, alcoólatras e insubordinados sob o mesmo teto, independentemente de qualquer critério clínico (Moreira, 2021). A transição para o hospital psiquiátrico reorganizou essa matriz disciplinar sob o vocabulário da medicina mental, conferindo aparência científica a práticas de exclusão já consolidadas.

No Brasil, a institucionalização da psiquiatria como saber estatal consolida-se no século XIX com a criação do Hospício Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. Conforme demonstram Facchinetti, Engel e Amarante (2010), a fundação do hospício representou marco decisivo na organização da medicina mental brasileira, pois transferiu ao Estado a gestão sistemática da loucura, até então dispersa entre práticas familiares, religiosas e assistenciais. Todavia, a criação do hospício não significou ruptura com a lógica de segregação herdada dos modelos europeus de confinamento. Ao contrário, incorporou a tradição asilar francesa e portuguesa, estruturando-se como espaço de isolamento dos indivíduos considerados perigosos, improdutivos ou moralmente desviantes (Facchinetti;

Engel; Amarante, 2010).

Engel (2001) sustenta que a psiquiatria imperial brasileira foi construída sob forte influência do modelo alienista europeu, especialmente francês, no qual o isolamento físico constituía elemento central da terapêutica. O hospital psiquiátrico era concebido como espaço disciplinar capaz de “corrigir” comportamentos e restaurar a ordem moral por meio do afastamento do convívio social (Engel, 2001). Dessa forma, o saber médico legitimou práticas de segregação já existentes, conferindo-lhes racionalidade científica.

Nessa perspectiva, o Hospital Colônia de Barbacena, inaugurado em 1903, insere-se na continuidade desse processo histórico. Como aponta Amarante (1995), a expansão dos hospitais-colônia no período republicano intensificou o modelo asilar, ampliando a capacidade de confinamento e consolidando o manicômio como instrumento de gestão da marginalidade social. O discurso médico, agora institucionalizado, passou a fundamentar juridicamente e administrativamente o internamento prolongado.

O Hospital Colônia de Barbacena encarna de forma radical essa racionalidade. A investigação documental conduzida por Arbex (2013) revela que a maioria dos internados não apresentava diagnóstico psiquiátrico formal, o que indica que o manicômio absorvia sujeitos cuja presença era considerada inconveniente à ordem social. A autora registra que cerca de 70% dos internos não possuíam diagnóstico de doença mental, dado que desmonta a narrativa de neutralidade terapêutica e evidencia a dimensão política do confinamento. Ao converter pobreza, abandono ou transgressão moral em loucura, a instituição realizava operação simbólica de medicalização do conflito social.

Essa medicalização não se limitava à pobreza estrutural ou à marginalidade econômica. Arbex (2013) demonstra que o Hospital Colônia recebia mulheres cuja “transgressão” consistia em violar expectativas morais de gênero, como gravidez fora do casamento ou ruptura de padrões familiares. O confinamento, nesses casos, funcionava como mecanismo de correção moral e disciplinamento dos corpos femininos (Arbex, 2013).

No documentário *Holocausto Brasileiro*, Daniela Arbex registra o testemunho de uma sobrevivente que foi internada aos doze anos de idade após ter sido vítima de violência sexual perpetrada por seu próprio patrão. A internação, segundo o relato, não decorreu de diagnóstico psiquiátrico, posto que foi um mecanismo de silenciamento para o crime e afastamento da vítima do espaço social. A jovem permaneceu internada e foi separada do filho por aproximadamente quarenta anos (Arbex, 2016).

A gravidade histórica desse episódio revela dimensão estrutural do modelo

manicomial. A internação operou como instrumento de ocultação de violência sexual e como mecanismo de neutralização da vítima, convertendo-a em sujeito patologizado. O hospital psiquiátrico funcionou como instância substitutiva do sistema penal e como espaço de invisibilização da violência de gênero (Cardoso; Souza, 2025).

Sob perspectiva jurídica contemporânea, a prática descrita no documentário configuraria violação múltipla de direitos fundamentais (Arbex, 2016). Ainda que tais garantias não estivessem positivadas nos moldes atuais à época dos fatos, a análise histórica permite reconhecer que o internamento ocorreu sem critérios clínicos rigorosos, sem contraditório e sem qualquer forma de devido processo, elementos que hoje integram o núcleo essencial do direito à liberdade e à dignidade da pessoa humana, previstos nos arts. 1º, III, e 5º, caput e LIV, da Constituição Federal (Brasil, 1988), bem como nas garantias estabelecidas pela Lei 10.216/2001 quanto à proteção dos direitos da pessoa com transtorno mental (Brasil, 2001).

Nesse contexto, reafirma-se que o manicômio funcionava como espaço de absorção de conflitos sociais convertidos em categorias médicas, processo que Moreira (2021) identifica como característica central das instituições disciplinares de internamento. A conversão da violência sexual em suposta condição psiquiátrica evidencia tal fenômeno, no qual o sofrimento feminino é reinterpretado como desordem mental, dinâmica que a historiografia da psiquiatria brasileira demonstra ter sido sistematicamente articulada à transgressão moral, à sexualidade desviante e à inadequação aos papéis sociais impostos às mulheres (Engel, 2001; Cardoso; Souza, 2025).

A análise histórica confirma, portanto, que o Hospital Colônia operava como dispositivo de controle social legitimado por discurso médico e tolerado por estruturas estatais, no qual a psiquiatria servia de linguagem autorizadora do confinamento. Como demonstram Britto (2004) e Moreira (2021), o internamento possuía natureza simultaneamente médica e jurídica, produzindo efeitos sobre a liberdade e a capacidade civil do sujeito.

A dimensão do confinamento como prática socialmente naturalizada ultrapassou os muros da instituição e se inscreveu no imaginário cultural da época. A expressão *trem de doido*, incorporada ao vocabulário popular mineiro a partir da canção homônima de Milton Nascimento e Lô Borges (1972), sintetiza simbolicamente o circuito institucional que deslocava sujeitos indesejáveis de seus contextos de origem para o espaço do confinamento. Arbex (2013) demonstra que muitos internos eram enviados sem compreender o motivo da

internação, deslocados como solução administrativa para conflitos familiares, morais ou econômicos. O embarque no trem representava, assim, a transição do espaço civil para o espaço do apagamento, movimento tão recorrente que ganhou nome próprio na linguagem cotidiana.

Essa dinâmica aproxima-se do conceito de instituição total desenvolvido por Goffman (1987), segundo o qual determinados estabelecimentos, como prisões, quartéis e hospitais psiquiátricos, promovem ruptura radical entre o indivíduo e o mundo exterior, reorganizando sua identidade sob normas internas rígidas. Para o autor, a instituição total é

um local de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período considerável de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (Goffman, 1987, p. 11).

A instituição total produz, ainda, o que Goffman (1987) denomina mortificação do eu, processo pelo qual o sujeito perde referências anteriores e passa a ser definido exclusivamente pelo papel institucional. Essa descrição converge com a análise de Moreira (2021), que identifica no Hospital Colônia dispositivos materiais e espaciais voltados à homogeneização e ao apagamento das individualidades.

O trem, referenciado na canção, nesse sentido, pode ser compreendido como rito inaugural da mortificação institucional. O deslocamento físico antecipava a transformação identitária: o indivíduo deixava de ser filho, mãe, trabalhador ou vítima para tornar-se “interno”. A metáfora musical reforça essa leitura ao sugerir inevitabilidade do movimento e necessidade de “não sentir pavor”, como se o embarque fosse destino naturalizado (Nascimento; Borges, 1972). A naturalização cultural da expressão “trem de doido”, incorporada ao vocabulário popular mineiro, evidencia que o confinamento foi socialmente assimilado como prática ordinária, não como exceção.

A materialidade institucional do Hospital Colônia não operava como elemento secundário, mas como parte integrante da tecnologia de poder que sustentava o modelo asilar. Moreira (2021) demonstra que o uniforme institucional, conhecido como azulão, não constituía mero vestuário funcional, mas instrumento simbólico e disciplinar de produção da identidade manicomial. Nas palavras da autora:

Durante o ritual de ingresso no Hospital Colônia, o uniforme institucional, popularmente chamado de ‘azulão’, cumpriu um papel excepcional na desconstrução das individualidades e consequente homogeneização das/os internas/os, bem como na sinalização das pessoas pertencentes à instituição – o que fez desse objeto um potente gerador de estigma. (Moreira, 2021, p. 102).

A análise prossegue ao sustentar que:

Pode-se afirmar, então, que o uniforme constituía o louco. Vestir este uniforme azul de brim era vestir o estigma da loucura, era perder a própria individualidade para tornar-se apenas mais um louco paciente do Colônia. (Moreira, 2021, p. 107).

Essas passagens revelam que a identidade manicomial era materialmente produzida por dispositivos visíveis de padronização, e não apenas atribuída pelo diagnóstico médico. O sujeito era tornado louco pela ritualística de ingresso, pela uniformização e pela inscrição simbólica do estigma em seu corpo.

Do ponto de vista jurídico-histórico, a materialização da identidade manicomial encontrava respaldo no arcabouço normativo vigente. O Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934) estabeleceu dispositivos com repercussão direta na esfera civil do internado, prevendo comunicação à autoridade judiciária e autorizando medidas voltadas à administração patrimonial do paciente, inclusive a nomeação de administrador provisório quando verificada incapacidade para gerir seus bens, podendo conforme o caso, culminar na promoção de interdição judicial (Brasil, 1934)².

Nesse sentido, o internamento psiquiátrico não se limitava à restrição da liberdade física, mas produzia efeitos jurídicos que alcançavam a capacidade civil do indivíduo. Como observa Pinheiro (2011, p. 154), a internação psiquiátrica constitui evidente restrição ao direito fundamental à liberdade, e não apenas um ato médico, o que significa que sua efetivação exigia, já sob a perspectiva constitucional, a observância de garantias processuais que o regime do Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934) sistematicamente desconsiderava. O decreto consolidou, assim, um modelo no qual psiquiatria e justiça operavam de forma complementar: o diagnóstico médico fundava a restrição da liberdade, e o ordenamento jurídico a legitimava, sem que nenhuma das duas instâncias funcionasse como controle efetivo da outra (Britto, 2004; Pinheiro, 2011).

A perda da identidade material, simbolizada pelo uniforme descrito por Moreira (2021), encontrava correspondência na fragilização progressiva da identidade jurídica. O sujeito que vestia o azulão não apenas assumia visualmente a condição de internado: encontrava-se também inserido em regime normativo que admitia a suspensão prática de sua autonomia patrimonial e a possibilidade de interdição civil. A institucionalização operava, assim, em dupla dimensão: corporal e jurídica

A arquitetura institucional completava esse processo. Moreira (2021) descreve os

² Art. 27, §3º: O juiz, tendo em conta o estado mental do psicopata, em face das conclusões da perícia médica, determinará os limites da ação do administrador provisório ou do curador, fixando assim a incapacidade absoluta ou relativa do doente mental (Brasil, 1934).

pavilhões como superartefatos, categoria que indica que o próprio espaço físico operava como mecanismo de controle:

Todos os pavilhões analisados possuíam potencial de confinamento. O controle estava inscrito nos longos corredores que serviam como única via de circulação, na vigilância constante presente nos pátios e na localização estratégica de espaços destinados às/aos funcionários, regendo a experiência de internação.” (Moreira, 2021, p. 196).

A ausência de rotas alternativas, a circulação unidirecional e a disposição estratégica da vigilância configuravam espacialidade disciplinar. O espaço abrigava e reproduzia a exclusão. Essa configuração material revela consonância com o espírito do Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934), especialmente no que se refere à noção de periculosidade social (arts. 19 e 21, Brasil, 1934), que autorizava a manutenção da internação quando verificado risco à ordem pública.

O Hospital Colônia não pode ser compreendido, portanto, como simples distorção do ideal terapêutico, mas como expressão coerente de um modelo jurídico-sanitário estruturado na primeira metade do século XX. A exclusão manicomial resultava da articulação entre o discurso científico da degenerescência, teoria que atribuía a determinados grupos sociais características hereditárias de deterioração moral e física, tornando-os candidatos naturais ao isolamento em nome da ordem pública (Costa, 1981; Engel, 2013), a legitimação normativa da periculosidade social consolidada pelo Decreto nº 24.559/1934 e a materialidade institucional que convertia diagnóstico em experiência concreta de confinamento. Como demonstram Britto (2004) e Moreira (2021), o internamento possuía natureza simultaneamente médica e jurídica, produzindo efeitos sobre a liberdade e a capacidade civil do sujeito.

Nessa engrenagem, a instituição asilar operava como mecanismo de neutralização da diferença, transformando vulnerabilidade social em patologia e autorizando sua segregação sob fundamento técnico e legal. Essa compreensão histórica é essencial para a subseção seguinte, que examina o arcabouço normativo que tornou possível essa estrutura, evidenciando que o internamento compulsório não era uma medida excepcional de proteção, mas instrumento estrutural de controle social, cuja incidência sobre mulheres revelaria contornos ainda mais explícitos de moralização e disciplinamento dos corpos.

2.2 CONTEXTO JURÍDICO DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA

A consolidação do Hospital Colônia de Barbacena insere-se no processo de

institucionalização da assistência aos alienados em Minas Gerais, no qual o Estado passou a estruturar juridicamente a gestão da loucura como matéria de natureza administrativa, preventiva e disciplinar (Minas Gerais, 1900; Moreira, 2021, p. 66-68). Tal movimento ultrapassou a simples organização de serviços de saúde, configurando a incorporação da loucura ao campo das políticas públicas de controle social, mediante a utilização de categorias abertas (suspeita, periculosidade e perturbação da ordem) que ampliavam significativamente a margem de intervenção estatal sobre indivíduos considerados desviantes (Moreira, 2021, p. 66-68; Brasil, 1934).

Antes da criação de uma estrutura assistencial própria, os indivíduos tidos como loucos eram encaminhados a instituições de caridade ou submetidos a práticas dispersas de contenção, frequentemente vinculadas à atuação policial, evidenciando que a doença mental era tratada simultaneamente como questão sanitária e de ordem pública (Moreira, 2021, p. 66-67). A organização da assistência psiquiátrica representou a formalização jurídica de mecanismos de controle social, permitindo compreender o manicômio como instituição inserida em lógica próxima ao exercício do poder de polícia administrativa (Duarte, 1996 apud Moreira, 2021, p. 69-70).

A Lei nº 290, de 16 de agosto de 1900, constitui marco normativo fundamental ao instituir a Assistência de Alienados no Estado, subordinando a esse regime os estabelecimentos destinados ao acolhimento de alienados (Minas Gerais, 1900). Ao centralizar a matéria na esfera administrativa, a legislação conferiu ao Estado competência direta para organizar, regulamentar e executar a assistência, convertendo a loucura em objeto de gestão pública estruturada e funcionalmente vinculada à preservação da ordem social (Moreira, 2021, p. 66-68).

O art. 3º da referida lei, ao prever pavilhão destinado à observação de indivíduos suspeitos e a existência de oficinas no interior do hospício, evidencia que o modelo assistencial já nascia articulado a práticas de vigilância, classificação e disciplina, autorizando intervenções institucionais mesmo na ausência de diagnóstico consolidado (Minas Gerais, 1900). Essa previsão ampliava a discricionariedade administrativa ao permitir restrições de liberdade com base em critérios indeterminados, aproximando a assistência psiquiátrica de uma lógica compatível com o poder de polícia estatal (Moreira, 2021, p. 68).

A regulamentação subsequente aprofundou essa estrutura, consolidando práticas institucionais voltadas à disciplina dos internados e à organização funcional dos

estabelecimentos, inclusive com a inserção dos internos em atividades produtivas (Minas Gerais, 1903 apud Moreira, 2021, p. 68). A laborterapia, como era chamado o conjunto de atividades de trabalho imposto aos internados sob justificativa terapêutica, deve ser compreendida para além de seu discurso oficial: configurava-se como mecanismo de normalização social inserido em um projeto de disciplinamento dos corpos, no qual o trabalho funcionava como instrumento de controle e não de cuidado (Costa, 1981, p. 58-60).

Essa conformação normativa articula-se à estrutura administrativa do período, na qual as matérias relativas à saúde, justiça e segurança pública estavam concentradas na Secretaria do Interior, sendo a doença mental frequentemente tratada como questão de competência policial (Moreira, 2021, p. 66). A vinculação evidencia que a loucura era juridicamente enquadrada como problema de ordem pública, legitimando intervenções voltadas à contenção de indivíduos considerados perigosos ou indesejáveis (Duarte, 1996 apud Moreira, 2021, p. 69-70).

Nesse contexto, o hospital psiquiátrico consolidou-se como instituição destinada ao afastamento de sujeitos tidos como perturbadores da ordem social, operando como instrumento de segregação territorial e controle da pobreza urbana (Moreira, 2021, p. 69-70). A escolha de Barbacena como sede da assistência revela estratégia de deslocamento espacial desses indivíduos, reforçando a função político-jurídica do internamento como mecanismo de gestão da diferença social.

O aprofundamento desse modelo ocorre nas décadas seguintes, especialmente com a ampliação das funções da psiquiatria para além da doença mental, passando a abarcar práticas de profilaxia social e moral (Moreira, 2021, p. 76-77). Nesse cenário, o Decreto nº 24.559/1934 representa a consolidação normativa desse processo, ao disciplinar a assistência aos chamados psicopatas e estabelecer mecanismos jurídicos de controle sobre suas pessoas e bens (Brasil, 1934).

Dentre seus dispositivos, destaca-se o art. 11, que admitia a internação mediante solicitação de terceiros interessados. Tal previsão ampliava significativamente o espectro de legitimidade para requerer o internamento, permitindo que conflitos familiares, padrões morais e convenções sociais servissem de fundamento para a privação de liberdade. Na prática, esse dispositivo favoreceu a internação de mulheres consideradas desviantes, seja por comportamento tido como inadequado, seja por ruptura de papéis sociais, evidenciando a fragilidade das garantias jurídicas no processo de institucionalização psiquiátrica (Brasil, 1934; Moreira, 2021).

A norma do art. 27, §3º do Decreto (transcrita em nota de rodapé) evidencia que a perícia médica assumia papel central na definição da capacidade civil, vinculando diretamente o diagnóstico psiquiátrico à restrição da autonomia jurídica do indivíduo (Brasil, 1934). Nesse arranjo, o Judiciário passou a atuar de forma dependente do discurso médico, reproduzindo suas conclusões e reduzindo sua função de controle, dinâmica descrita como esquecimento institucional do sujeito internado (Duarte, 2014).

A partir dessa estrutura, o internamento psiquiátrico deixou de ser medida excepcional para consolidar-se como instrumento regular de exclusão social juridicamente legitimado. Goulart (2015, p. 198) demonstra que as internações se processavam de forma automática e arbitrária, apoiadas em dispositivos superficiais e facilmente manipuláveis, convertendo-se em verdadeiras autorizações de sequestro, expressão com que a autora sintetiza, a partir de Figueiredo (1988), a lógica de um sistema no qual o Estado promovia a privação de liberdade sem a efetiva observância de garantias fundamentais.

Essa configuração normativa encontra confirmação empírica no funcionamento do Hospital Colônia de Barbacena, onde parcela significativa dos internados não apresentava diagnóstico psiquiátrico consistente, sendo composta por indivíduos socialmente indesejáveis, mulheres consideradas rebeldes, pessoas em situação de pobreza e outros grupos marginalizados (Arbex, 2013). Tal realidade evidencia o desvio da finalidade terapêutica do internamento, que passou a operar como instrumento de exclusão social legitimado pelo aparato jurídico-administrativo.

O contexto jurídico do Hospital Colônia de Barbacena revela, dessa forma, a formação de um arranjo normativo no qual poder de polícia administrativa, tutela civil e saber psiquiátrico articulavam-se de maneira complementar, estruturando um sistema de gestão da loucura orientado pelo controle social. O internamento compulsório, nesse cenário, não se configurava como medida protetiva excepcional, mas como mecanismo estrutural de administração da diferença, juridicamente autorizado e socialmente legitimado (Moreira, 2021; Duarte, 2014; Goulart, 2015).

3 O PAPEL DO ORDENAMENTO JURÍDICO NA LEGITIMAÇÃO DAS INTERNAÇÕES

As seções anteriores demonstraram que a internação psiquiátrica de mulheres no Brasil não era produto exclusivo de diagnósticos clínicos: ela resultava da articulação entre

um discurso médico que patologizava a divergência feminina e uma estrutura normativa que convertia essa patologização em autorização jurídica de confinamento. A seção 1 reconstruiu as bases ideológicas desse processo, a construção histórica do feminino como território de tutela e a consolidação da histeria como dispositivo de controle da conduta feminina. A seção 2 materializou esse argumento na experiência concreta do Hospital Colônia de Barbacena, evidenciando como a lógica manicomial se sustentou sobre a articulação entre família, polícia, medicina e Estado.

Esta seção examina o mecanismo jurídico que tornou possível e legítimo esse arranjo. O argumento central é que o ordenamento jurídico brasileiro, especialmente o Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934) e o Código Civil de 1916 (Brasil, 1916), não apenas tolerou as internações compulsórias abusivas: ele as produziu, ao estabelecer um regime normativo no qual a privação de liberdade de indivíduos classificados como doentes mentais não se submetia às garantias fundamentais do devido processo legal. Para as mulheres, essa estrutura apresentava camadas adicionais de vulnerabilidade, dado que o próprio direito civil as situava em posição de subordinação jurídica ao marido.

A subseção 3.1 analisa a ausência de garantias processuais no modelo instituído pelo Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934), demonstrando como o direito funcionou como legitimador do confinamento. A subseção 3.2, por sua vez, examinará os avanços e os limites da Reforma Psiquiátrica consolidada pela Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001) e legislação subsequente, avaliando seus avanços e em que medida a ruptura normativa foi capaz de superar as lógicas historicamente estabelecidas.

3.1 AUSÊNCIA DE GARANTIAS PROCESSUAIS E O DIREITO COMO LEGITIMADOR DO CONFINAMENTO

A análise do regime jurídico das internações psiquiátricas no Brasil, especialmente à luz do Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934), revela a consolidação de um modelo normativo no qual a privação de liberdade de indivíduos classificados como psicopatas não se submetia às garantias fundamentais típicas do devido processo legal, configurando-se como forma de restrição de direitos operada sob aparência de legalidade (Brasil, 1934; Pinheiro, 2011).

Sob a perspectiva constitucional contemporânea, a internação involuntária deve ser compreendida como medida de natureza restritiva da liberdade individual, exigindo a

observância do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa. A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) é expressa ao determinar que ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal (art. 5º, LIV, Brasil, 1988), cláusula cujo conteúdo, conforme Pinheiro (2011), abrange não apenas o processo penal, mas toda restrição estatal à liberdade individual.

Todavia, o regime jurídico historicamente adotado no Brasil tratou a internação psiquiátrica como ato predominantemente médico-administrativo, afastando-a do controle jurisdicional efetivo e esvaziando a incidência das garantias processuais fundamentais (Pinheiro, 2011). Essa constatação revela uma dimensão estrutural do fenômeno jurídico: a validade formal de uma norma, sua conformidade com os procedimentos estabelecidos pelo ordenamento e sua emanção de autoridade estatal competente, não garante que seu conteúdo seja justo ou que seus efeitos sejam protetivos. O Decreto nº 24.559/1934 era juridicamente válido dentro da ordem normativa de seu tempo, e foi precisamente essa validade que conferiu ao confinamento arbitrário aparência de legalidade e legitimidade institucional (Pinheiro, 2011; Goulart, 2015).

Nesse contexto, o Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934) estabeleceu um conjunto de dispositivos que, embora formalmente voltados à assistência e proteção dos chamados psicopatas, na prática ampliavam significativamente as possibilidades de internação sem a correspondente previsão de mecanismos eficazes de controle jurídico (Brasil, 1934; Goulart, 2015). Entre tais dispositivos, destaca-se o art. 11, que autorizava a solicitação de internação por cônjuges, pais ou filhos e, na ausência destes, por quaisquer interessados, ampliando de forma expressiva o rol de legitimados para provocar a privação da liberdade alheia.³

A amplitude dessa previsão normativa evidencia a fragilidade das garantias individuais no modelo instituído, na medida em que permitia que conflitos de natureza privada fossem juridicamente convertidos em justificativa para o confinamento psiquiátrico. Conforme analisa Goulart (2015, p. 198), tal estrutura possibilitava que a internação se operasse como verdadeira autorização estatal para a retirada do indivíduo do convívio social, sem a exigência de critérios rigorosos de comprovação da necessidade terapêutica.

³ Art. 11. A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita: [...] b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar [...] ou ainda por alguns interessados, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação (Brasil, 1934).

A ausência de exigência de prévia intervenção judicial para a efetivação da internação evidencia a predominância de um modelo no qual o controle jurisdicional, quando existente, era posterior e frequentemente meramente formal (Brasil, 1934; Pinheiro, 2011). Nessa lógica, a decisão sobre a necessidade de confinamento era deslocada do campo jurídico para o campo médico, consolidando uma estrutura de poder em que o saber psiquiátrico assumia papel central na legitimação da restrição de direitos.

Tal dinâmica normativa contribuiu para a formação de um cenário no qual a internação psiquiátrica não se configurava como medida excepcional, mas como instrumento ordinário de gestão de indivíduos considerados desviantes, especialmente em contextos de vulnerabilidade social (Goulart, 2015; Duarte, 1996 apud Moreira, 2021). A utilização de categorias vagas, como periculosidade e desvio de conduta, ampliava a margem de discricionariedade das autoridades envolvidas, permitindo a aplicação do instituto a situações que extrapolavam o campo estritamente clínico. O art. 9º do Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934) é paradigmático nesse sentido, ao prever a remoção compulsória sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio⁴, fórmula de tamanha abertura que autorizava, na prática, qualquer internação que contasse com respaldo familiar ou policial (Brasil, 1934). A indefinição do critério de inconveniência transferia ao médico e à família o poder de decidir sobre a liberdade individual, sem controle jurisdicional substantivo.

Nesse ponto, a fragilidade das garantias processuais articulava-se diretamente com a disciplina da capacidade civil prevista no Código Civil de 1916 (Brasil, 1916). O referido diploma qualificava os chamados loucos de todo o gênero como absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, submetendo-os à representação por curadores e afastando-os da autonomia jurídica (art. 5º, II, Brasil, 1916).⁵ A incapacidade decorrente da doença mental implicava, nos termos do próprio Código, a substituição da vontade do indivíduo pela de terceiros, o que, na prática, facilitava a legitimação jurídica de medidas restritivas de liberdade fundadas em diagnósticos psiquiátricos. A interdição, regulada nos arts. 446 e seguintes do Código Civil de 1916 (Brasil, 1916), era o instrumento jurídico que formalizava essa incapacidade, conferindo ao curador poderes amplos sobre a

⁴ Art. 9º: Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata [doente mental] em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico (Brasil, 1934).

⁵ Art. 5º, II, do Código Civil de 1916: São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: [...] II. Os loucos de todo o gênero (Brasil, 1916).

pessoa e os bens do interditado.⁶ Articulada ao Decreto nº 24.559/1934 que, em seu art. 27, §3º, vinculava a determinação dos limites da capacidade civil às conclusões da perícia médica a interdição convertia o diagnóstico psiquiátrico em fundamento jurídico para a supressão da autonomia individual (Brasil, 1916; Brasil, 1934).

No caso das mulheres, essa dinâmica assumia contornos ainda mais sensíveis. O Código Civil de 1916 estabelecia, em seu art. 233, que o marido era o chefe da sociedade conjugal, função que lhe conferia poderes de direção sobre a vida familiar e, em diversas hipóteses, sobre a própria atuação civil da esposa (Brasil, 1916). Inseridas nesse regime de subordinação jurídica, as mulheres encontravam-se em posição de maior vulnerabilidade frente aos mecanismos de interdição e internação: bastava que o marido, pai ou outro interessado acionasse os dispositivos do Decreto nº 24.559/1934 para que o confinamento psiquiátrico se tornasse juridicamente viável (Brasil, 1934).

A articulação entre a incapacidade civil dos loucos prevista no Código de 1916 (Brasil, 1916) e a chefia conjugal masculina criava, portanto, uma sobreposição de vulnerabilidades para a mulher casada. Ela já era juridicamente dependente do marido em virtude do regime matrimonial;⁷ se classificada como louca, perdia também a capacidade de agir por si mesma em qualquer ato da vida civil. Conflitos domésticos, recusas de obediência ou comportamentos considerados desviantes podiam, nesse quadro, ser convertidos em justificativas juridicamente válidas para o confinamento (Goulart, 2015; Moreira, 2021). Nesse sentido, como demonstram Cardoso e Souza (2025), a internação psiquiátrica funcionou historicamente como mecanismo de gestão da violência doméstica, convertendo vítimas em pacientes e deslocando para a mulher a responsabilidade pela ruptura da ordem familiar.

A crítica a esse modelo torna-se ainda mais evidente quando se observa a assimetria entre o regime das internações psiquiátricas e o do processo penal. No campo penal, a restrição da liberdade exige estrita observância de garantias procedimentais: defesa técnica, contraditório efetivo, fundamentação da decisão judicial e revisão periódica da medida. O regime das internações psiquiátricas, ao contrário, permitia a segregação do indivíduo sem a presença de advogado, sem contraditório e sem qualquer previsão de reavaliação periódica obrigatória (Pinheiro, 2011). Tal assimetria revela a existência de um

⁶ Art. 446 do Código Civil de 1916: Estão sujeitos a curatela: I. Os loucos de todo o gênero [...] (Brasil, 1916).

⁷ Art. 233 do Código Civil de 1916: O marido é o chefe da sociedade conjugal, função que exerce com a colaboração da mulher, no interesse comum do casal e dos filhos (Brasil, 1916).

espaço jurídico de exceção, no qual determinadas categorias de sujeitos eram submetidas a regimes de controle menos rigorosos precisamente em razão de sua classificação como doentes mentais.

A dimensão concreta das consequências desse espaço de exceção foi reconhecida no plano internacional pelo Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em 4 de julho de 2006. O caso teve origem na morte de Damião Ximenes Lopes, paciente psiquiátrico submetido a condições degradantes de internação em hospital psiquiátrico no Ceará em 1999 (Britto, 2004). Na sentença, a Corte condenou o Brasil por violação dos direitos à vida e à integridade pessoal, estabelecendo que o Estado tem obrigação de regulamentar e fiscalizar os serviços de saúde mental, assegurando que as pessoas com transtornos mentais não sejam submetidas a tratamento desumano ou degradante (Corte IDH, 2006). A decisão representa marco no reconhecimento de que a ausência de controle jurisdicional efetivo sobre as internações não é apenas vício formal do ordenamento: é violação de direitos fundamentais com consequências concretas sobre a vida e a dignidade dos internados, cuja responsabilidade recai diretamente sobre o Estado que a tolerou.

A ausência de garantias processuais efetivas não apenas fragilizava a proteção dos direitos individuais, mas transformava o direito em instrumento de legitimação do confinamento. Ao conferir respaldo normativo a práticas de internação amplamente discricionárias, o ordenamento jurídico contribuía para a institucionalização de mecanismos de exclusão social nos quais a privação de liberdade era operacionalizada sob a aparência de cuidado e proteção (Brasil, 1934; Goulart, 2015; Pinheiro, 2011).

O contexto jurídico das internações psiquiátricas no período analisado evidencia, assim, a consolidação de um arranjo normativo que operava simultaneamente como instrumento de assistência e como mecanismo de controle social. O direito, nesse cenário, não atuava como limite ao poder estatal, mas como elemento central na legitimação do confinamento, produzindo práticas institucionais excludentes que marcariam profundamente a história do Hospital Colônia de Barbacena e que somente seriam formalmente questionadas décadas depois, com o advento da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 1934; Goulart, 2015; Pinheiro, 2011). A subseção seguinte examina em que medida essa ruptura normativa foi capaz de superar as lógicas historicamente consolidadas.

3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LEI Nº 10.216/2001: AVANÇOS E LIMITES

O modelo jurídico que sustentou as internações psiquiátricas compulsórias no Brasil ao longo do século XX não foi superado por força de uma transformação espontânea das instituições, mas como resultado de intensa mobilização social e política que, a partir da segunda metade da década de 1970, articulou profissionais de saúde, movimentos sociais e pessoas com experiência de sofrimento psíquico em torno da denúncia do aparato manicomial. Como aponta Goulart (2015), o Movimento de Luta Antimanicomial emerge com a palavra de ordem pelo fim dos manicômios, entendidos não apenas como hospitais psiquiátricos, mas como metáfora de todas as práticas de segregação dirigidas àqueles identificados como doentes mentais, dentre eles: mulheres, negros, pessoas em situação de pobreza e outros gruponesses historicamente vulnerabilizados.

A tradução normativa desse processo culminou na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). Contudo, conforme demonstra Bárbara Rodrigues do Espírito Santo (2021), a lei sancionada foi produto de renegociações políticas que moldaram seu texto final: o Projeto de Lei nº 3.657/1989, que previa a paulatina desativação dos manicômios, teve seu caráter antimanicomial progressivamente esvaziado ao longo de mais de uma década de tramitação, resultando em diploma que regulamentou as internações e garantiu direitos civis, mas não definiu as modalidades de atendimento alternativo a serem efetivamente implementadas (Espírito Santo, 2021).

No plano normativo, os avanços introduzidos pela Lei nº 10.216/2001 são inegáveis e representam ruptura substancial com o modelo instituído pelo Decreto nº 24.559/1934. O primeiro eixo de transformação diz respeito à posição jurídica do sujeito: enquanto o decreto de 1934 tratava o doente mental como objeto de assistência e proteção, categorias que, como demonstrado nas seções anteriores, legitimavam a supressão da autonomia, a lei de 2001 o reconhece como titular de direitos subjetivos, enumerando em seu art. 2º, parágrafo único, um catálogo de garantias que inclui o direito a ser tratado com humanidade e respeito, a ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração, a ter livre acesso aos meios de

comunicação e a ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis (Brasil, 2001).⁸

O segundo eixo de transformação refere-se à natureza da internação. O art. 4º da Lei nº 10.216/2001 estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, reorientando o internamento da condição de instrumento ordinário de gestão para medida de natureza excepcional e subsidiária (Brasil, 2001). Essa inversão é juridicamente relevante: ela inverte o ônus argumentativo que vigorava sob o Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934), no qual a internação era facilmente autorizada e a liberdade era que precisava ser justificada. O mesmo artigo veda, em seu §3º, a internação em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas de assistência integral e que não assegurem os direitos enumerados no art. 2º (Brasil, 2001).⁹ Esse dispositivo representa, no plano normativo, a condenação explícita do modelo que produziu o Hospital Colônia de Barbacena.

O terceiro eixo de transformação concerne às garantias processuais da internação involuntária. O art. 6º exige laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos da internação (Brasil, 2001).¹⁰ O art. 8º, §1º, determina que a internação psiquiátrica involuntária seja comunicada ao Ministério Público Estadual no prazo de setenta e duas horas (Brasil, 2001).¹¹ A internação compulsória, por sua vez, passa a depender de ordem judicial expressa, conforme o art. 9º (Brasil, 2001).¹² Esses dispositivos introduzem, pela primeira vez no ordenamento jurídico brasileiro, mecanismos de controle externo sobre o internamento psiquiátrico, exigência que o regime do decreto de 1934 deliberadamente dispensava.

A compreensão adequada dos avanços e dos limites da Lei nº 10.216/2001 exige, previamente, a distinção precisa entre as três modalidades de internação por ela instituídas. Nos termos do art. 6º, parágrafo único, a internação psiquiátrica pode ser: voluntária, quando

⁸ Art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 10.216/2001: São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde [...]; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração [...]; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis [...]; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (Brasil, 2001).

⁹ Art. 4º, §3º, da Lei nº 10.216/2001: É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (Brasil, 2001).

¹⁰ Art. 6º, caput, da Lei nº 10.216/2001: A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos (Brasil, 2001).

¹¹ Art. 8º, §1º, da Lei nº 10.216/2001: A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (Brasil, 2001).

¹² Art. 9º da Lei nº 10.216/2001: A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (Brasil, 2001).

realizada com o consentimento expresso do paciente, formalizado por assinatura de declaração escrita no momento da admissão (art. 7º); involuntária, quando efetivada sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, dependendo apenas de autorização médica e de comunicação ulterior ao Ministério Público; ou compulsória, quando determinada por ordem judicial (Brasil, 2001). Como observam Barros e Serafim (2009, p. 175), a distinção é mais ampla do que aparenta: afora as internações judicialmente determinadas, toda internação que não conte com o termo de consentimento assinado pelo paciente é, juridicamente, involuntária, o que significa que o alcance desta modalidade é consideravelmente maior do que o nome sugere.

Essa amplitude tem consequências normativas diretas. Na internação voluntária, o próprio paciente é o titular da decisão. Na internação compulsória, a decisão está submetida ao controle do Poder Judiciário. É na internação involuntária, porém, que a decisão sobre a privação da liberdade recai sobre o médico e sobre a família, sem que qualquer instância judicial intervenha prévia ou concomitantemente. O médico autoriza; a família requer; o Ministério Público é comunicado em até setenta e duas horas, já consumada a internação (Brasil, 2001). Trata-se, portanto, da modalidade que concentra menor controle externo e maior discricionariedade privada (Pinheiro, 2011) e, historicamente, da que mais incidiu sobre mulheres (Cardoso; Souza, 2025).¹³

Não obstante os avanços enumerados, a Lei nº 10.216/2001 apresenta limites que comprometem sua efetividade como instrumento de proteção integral dos direitos fundamentais. O limite mais relevante do ponto de vista jurídico-constitucional é identificado por Pinheiro (2011): a lei não prevê procedimento de internação psiquiátrica involuntária que passe regularmente sob os auspícios do Poder Judiciário. Apenas a internação compulsória exige ordem judicial prévia; a internação involuntária (aquela que se dá sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiro) pode ser efetivada exclusivamente com base em laudo médico e comunicação posterior ao Ministério Público, sem autorização judicial anterior ou convalidação judicial de urgência (Pinheiro, 2011, p. 135).

Essa estrutura coloca a lei em dissonância com os parâmetros constitucionais, na

¹³ Barros e Serafim (2009) apresentam fluxograma de decisão no qual, ausente o consentimento do paciente e presente risco iminente, cabe ao médico assinar a comunicação de internação involuntária sem qualquer etapa de controle judicial.

medida em que a Constituição Federal de 1988 não prevê expressamente a internação psiquiátrica involuntária como modalidade autorizada de restrição da liberdade (Pinheiro, 2011, p. 131). A ausência de autorização constitucional direta, somada à inexigibilidade de controle jurisdicional prévio, significa que a internação involuntária opera em zona de tensão com a cláusula do devido processo legal prevista no art. 5º, LIV, da Constituição Federal (Brasil, 1988). Como aponta Pinheiro (2011, p. 135), é evidente e perigosa a falha da legislação brasileira ao permitir a internação psiquiátrica involuntária sem a autorização de um magistrado, lacuna que outros ordenamentos jurídicos, como os dos Estados Unidos, Argentina, Portugal e Espanha, expressamente eliminaram.

Um segundo limite diz respeito à imprecisão normativa sobre os legitimados para solicitar a internação involuntária. O art. 8º, caput, da lei exige apenas que a internação seja autorizada por médico registrado no Conselho Regional de Medicina, sem definir quem seriam os terceiros habilitados a requerê-la (Brasil, 2001). Pinheiro (2011, p. 135) aponta que, evidentemente, não podem ser todos e quaisquer terceiros, devendo-se restringir os legitimados aos representantes legais e às autoridades de saúde pública, mas essa limitação não decorre do texto legal, e sim de interpretação sistemática. Essa imprecisão reproduz, em escala reduzida, o mesmo problema que o art. 11 do Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934) apresentava ao autorizar a internação por quaisquer interessados: a ausência de critério objetivo para delimitar os legitimados mantém aberta a possibilidade de que conflitos familiares ou domésticos sejam convertidos em fundamento para o confinamento.

A imprecisão sobre os legitimados assume dimensão especialmente sensível quando lida à luz do recorte de gênero. A internação involuntária é deflagrada a pedido de terceiro e autorizada por médico, sem intervenção judicial prévia (Brasil, 2001). Isso significa que, na prática, a decisão sobre a internação de uma mulher permanece centralizada na díade família-médico, reproduzindo estruturalmente o arranjo que o regime do Decreto nº 24.559/1934 consagrava (Pinheiro, 2011). Naquele sistema, como demonstrado na seção anterior, o art. 11 autorizava cônjuges, pais ou quaisquer interessados a requerer a internação, cabendo ao médico a validação. Na Lei nº 10.216/2001, embora os "quaisquer interessados" tenham desaparecido formalmente, a ausência de definição dos legitimados preserva margem de abertura compatível com o acionamento por familiares próximos, entre eles, o cônjuge, sem que o Judiciário intervenha para aferir a legitimidade do pedido.

Como demonstram Barros e Serafim (2009, p. 176), quando o paciente não possui discernimento preservado, "é a família que decide sobre um parente com transtorno mental",

e o médico decide nos casos em que não há família presente ou o risco é imediato. Esse modelo, apresentado como procedimento técnico neutro, reproduz, no plano institucional, a hierarquia familiar que historicamente posicionou a mulher como sujeito tutelado. A esposa cujo comportamento era interpretado como desviante podia, sob o Decreto de 1934, ser internada mediante solicitação do marido e parecer médico. Sob a Lei nº 10.216/2001, o mesmo circuito permanece juridicamente viável, ainda que os critérios diagnósticos sejam formalmente mais rigorosos. O avanço normativo é real, mas não elimina a estrutura de poder que lhe subjaz.

Do ponto de vista das categorias mobilizadas pela lei, Espirito Santo (2021) identifica que, embora a ruptura pretendida pelo movimento em prol da Reforma Psiquiátrica seja visível na comparação dos três diplomas: Decreto de 1934, Projeto de Lei de 1989 e Lei de 2001, algumas permanências são apenas aparentes. O termo internação, por exemplo, aparece nos três dispositivos, mas com sentidos distintos: enquanto no decreto de 1934 a intenção era o asilamento, nos textos subsequentes o objetivo declarado é a regulamentação da hospitalização como exceção. Contudo, a autora observa que a lei de 2001 é o documento em que internação aparece com maior frequência, quatorze ocorrências, o que revela que, a despeito da reorientação do modelo assistencial, o ato do internamento permaneceu como categoria central da regulação (Espirito Santo, 2021, p. 269-270).

Os limites da reforma não se restringem ao plano normativo: eles se revelam também empiricamente. Cardoso e Souza (2025) documentam que, mais de duas décadas após a promulgação da Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), mulheres internadas em instituições psiquiátricas continuam sendo submetidas a violências institucionais sistemáticas, incluindo contenção física mecânica, medicação forçada, violência sexual, cerceamento da comunicação e retirada de filhos no momento do nascimento. O relatório de inspeção nacional conduzido pelo Conselho Federal de Psicologia em 2019, citado pelas autoras, demonstra que características prisionais permanecem comuns em instituições psiquiátricas, em clara contradição com o §3º do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, que veda internações em instituições com características asilares (Cardoso; Souza, 2025, p. 194).

Esse quadro de persistência das violências foi agravado por retrocesso normativo identificado pelas próprias autoras: a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, reintroduziu o hospital psiquiátrico especializado como ponto de ação da Rede de Atenção Psicossocial, contrariando a lógica de desinstitucionalização que orientou a Reforma Psiquiátrica e a Lei nº 10.216/2001. A partir de 2018, o Brasil voltou a investir

progressivamente nesse tipo de instituição, evidenciando que a ruptura normativa de 2001 não foi irreversível e que as lógicas históricas de confinamento conservam capacidade de se reconstituir sob novos arranjos institucionais (Cardoso; Souza, 2025, p. 194-195).

Em resposta a esse movimento de reinstitucionalização, o Conselho Nacional de Justiça editou a Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023, instituindo a Política Antimanicomial do Poder Judiciário (Brasil, 2023). O ato normativo foi editado com fundamento na Lei n. 10.216/2001, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e nas obrigações decorrentes da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos no Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, estabelecendo diretrizes vinculantes para a atuação judicial em todas as fases do ciclo penal que envolvam pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial. A resolução determina que a internação deve ser fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, vedando expressamente o internamento em instituições de caráter asilar, como hospitais psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.¹⁴

Do ponto de vista do recorte de gênero que orienta este trabalho, a resolução apresenta disposição normativa especialmente relevante: o art. 3º, inciso II, e o art. 7º, §2º reconhecem expressamente as mulheres como grupo sujeito a vulnerabilidade acrescida no contexto das internações psiquiátricas, determinando que as autoridades judiciais considerem os aspectos interseccionais de gênero, raça e situação de vulnerabilidade social em suas decisões.¹⁵

No plano institucional, a resolução vai além da reafirmação dos princípios da reforma: ela impõe ao Poder Judiciário obrigações concretas de desinstitucionalização, determinando, no art. 18, a interdição progressiva e o fechamento dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico que não atendam aos parâmetros da Lei n. 10.216/2001.¹⁶

¹⁴ Art. 8º, VIII, da Resolução CNJ n. 487/2023: "a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde [...] vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos" (Brasil, 2023).

¹⁵ Art. 3º, II, da Resolução CNJ n. 487/2023: "o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes" (Brasil, 2023). Art. 7º, §2º: a autoridade judicial "levará em consideração as condições que ampliem a vulnerabilidade social, bem como os aspectos interseccionais, no caso de pessoas em situação de rua, população negra, mulheres, população LGBTQIA+" (Brasil, 2023).

¹⁶ Art. 18 da Resolução CNJ n. 487/2023: "No prazo de 6 (seis) meses contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições" (Brasil, 2023).

A existência da Resolução n. 487/2023 é, ela própria, reveladora dos limites que esta seção documenta. Que o principal órgão de controle do Poder Judiciário brasileiro tenha necessitado editar, mais de duas décadas após a promulgação da Lei n. 10.216/2001, resolução destinada a compelir magistrados a observar os princípios da reforma antimanicomial, demonstra que a positivação de direitos não foi suficiente para transformar as práticas institucionais. A distância entre o direito declarado e o direito efetivamente aplicado, que este trabalho rastreou desde o regime do Decreto n. 24.559/1934 até os limites estruturais da lei de 2001, encontra nessa resolução seu reconhecimento institucional tardio, o que longe de encerrar o problema, situa o debate antimanicomial como questão aberta e urgente no ordenamento jurídico brasileiro contemporâneo.

Esse reconhecimento começa, contudo, a produzir efeitos institucionais concretos. Em 9 de abril de 2025, o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO) formalizou, em solenidade conduzida pelo seu presidente, desembargador Leandro Crispim, a assinatura de Termo de Cooperação que estabelece a implementação e o monitoramento da política antimanicomial em saúde mental no âmbito do Sistema de Justiça goiano (Goiás, 2025). O instrumento reúne, além do TJGO, o Governo do Estado de Goiás, por meio das Secretarias de Saúde, Desenvolvimento Social e Segurança Pública, a Diretoria-Geral de Polícia Penal, o Ministério Público do Estado de Goiás, a Procuradoria da República em Goiás e a Defensoria Pública Estadual.

A construção do termo contou com a participação do programa Fazendo Justiça, do CNJ, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e foi articulada pelo Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA). Pode-se observar, que a iniciativa reafirma que as pessoas em sofrimento mental têm direito à liberdade, à convivência comunitária e ao acesso a cuidados adequados, e busca reorganizar a atenção em saúde mental por meio da consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), promovendo o cuidado em liberdade em substituição ao modelo asilar (Goiás, 2025).

Desse modo, a amplitude dos signatários evidencia o que o presidente do TJGO sintetizou na cerimônia: quando transtorno mental, vulnerabilidade social, processo penal e rede pública de cuidado se encontram, a resposta estatal exige unidade de direção e a cooperação interinstitucional assume centralidade jurídica e administrativa (Goiás, 2025). O Termo goiano ilustra, assim, tanto os avanços possíveis quando a norma encontra vontade institucional de implementação, quanto a escala do esforço necessário para que a ruptura

normativa de 2001 se converta em transformação efetiva das práticas, mais de duas décadas após sua promulgação.

A promulgação da Lei nº 10.216/2001 não representou a única ruptura normativa relevante ocorrida naquele período. Menos de dois anos depois, o Código Civil de 2002 (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, com vigência a partir de 11 de janeiro de 2003) promoveu transformações substanciais no plano do direito civil que incidiram diretamente sobre os dois instrumentos jurídicos que, como demonstrado na seção anterior, estruturavam a vulnerabilidade específica das mulheres ao internamento compulsório: o regime da incapacidade civil e a disciplina da sociedade conjugal.

Diante da organização familiar, o Código Civil de 2002 suprimiu integralmente a figura da chefia conjugal masculina, que o art. 233 do Código de 1916 consagrava ao definir o marido como chefe da sociedade conjugal. Em seu lugar, o art. 1.567 do novo diploma estabelece que a direção da sociedade conjugal será exercida, em colaboração, pelo marido e pela mulher, sempre no interesse do casal e dos filhos¹⁷. A isonomia entre cônjuges, já prevista no art. 226, §5º, da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), passou assim a encontrar correspondência expressa no direito civil ordinário, eliminando formalmente o fundamento legal que tornava a mulher casada juridicamente dependente da autorização ou iniciativa do marido para uma série de atos da vida civil, entre eles, a possibilidade de que o cônjuge requeresse sua internação psiquiátrica com amparo no art. 11 do Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934).

No que se refere à capacidade civil, o Código de 2002 também reformulou o tratamento dos sujeitos com transtorno mental. O art. 5º, II, do Código de 1916 incluía entre os absolutamente incapazes os *"loucos de todo o gênero"* — categoria ampla, moralmente carregada e indeterminada, cuja abertura semântica, como demonstrado na seção anterior, permitia que diagnósticos psiquiátricos pouco fundamentados, sustentassem a supressão integral da autonomia civil. O Código de 2002, em sua redação original, substituiu essa fórmula pela referência àqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil¹⁸, introduzindo critério

¹⁷ Art. 1.567 do Código Civil de 2002: "A direção da sociedade conjugal será exercida, em colaboração, pelo marido e pela mulher, sempre no interesse do casal e dos filhos" (Brasil, 2002). O dispositivo concretiza, no plano infraconstitucional, a isonomia entre cônjuges já prevista no art. 226, §5º, da Constituição Federal de 1988, segundo o qual "os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher" (Brasil, 1988).

¹⁸ Art. 3º, II, do Código Civil de 2002, em sua redação original: "São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: [...] II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o

funcional, a ausência de discernimento, em lugar da mera categorização diagnóstica. A mudança é relevante porque deslocou o fundamento da incapacidade da condição clínica em si para os seus efeitos concretos sobre a capacidade de autodeterminação do sujeito, restringindo o alcance automático da interdição.

Esse movimento foi aprofundado pela Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que alterou o art. 3º do Código Civil de 2002 para retirar as pessoas com deficiência mental do rol dos absolutamente incapazes, passando a admitir, para determinados atos, apenas a incapacidade relativa, nos termos do art. 4º, III, do mesmo diploma¹⁹. O que é proposto então, é que a deficiência ou o transtorno mental não implica, por si só, ausência de discernimento para todos os atos da vida civil, premissa que contrasta radicalmente com o regime do Código de 1916, no qual o diagnóstico de loucura operava como presunção absoluta de incapacidade e fundamento suficiente para a interdição total.

Essas transformações no plano civil representam avanço normativo inegável e complementam a ruptura introduzida pela Lei nº 10.216/2001 no campo da saúde mental. A eliminação da chefia conjugal e a reformulação do regime da incapacidade removeram dois dos principais instrumentos jurídicos que, sob o Código de 1916, posicionavam as mulheres em situação de vulnerabilidade estrutural ao internamento compulsório. Contudo, a análise crítica impõe cautela quanto à extensão dessa ruptura. Como já observado em relação à Lei nº 10.216/2001, a modificação do texto normativo não garante, por si só, a transformação das práticas institucionais: o sistema de relações de poder que historicamente orientou o internamento feminino, centrado na díade família-médico e na patologização do comportamento desviante, não é desmantelado pela revogação formal de dispositivos legais. A persistência das violências documentadas por Cardoso e Souza (2025) mesmo após duas décadas de vigência da lei reformista evidencia que a distância entre a ruptura normativa e a transformação institucional efetiva permanece, ainda hoje, o principal desafio da Reforma Psiquiátrica brasileira.

No que se refere especificamente às mulheres, a Lei nº 10.216/2001 introduz proteção formal relevante ao vedar, em seu art. 1º, qualquer forma de discriminação por sexo

necessário discernimento para a prática desses atos" (Brasil, 2002). Compare-se com a fórmula do art. 5º, II, do Código Civil de 1916: "os loucos de todo o gênero" (Brasil, 1916).

¹⁹ A Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) alterou os arts. 3º e 4º do Código Civil de 2002, retirando as pessoas com deficiência do rol dos absolutamente incapazes e estabelecendo que aquelas que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade são apenas relativamente incapazes para determinados atos (art. 4º, III). A reforma fundamenta-se na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada ao ordenamento brasileiro com status de emenda constitucional pelo Decreto nº 6.949/2009 (Brasil, 2015).

no acesso ao tratamento em saúde mental (Brasil, 2001). Lida em conjunto com o catálogo de direitos do art. 2º, essa proteção representa avanço normativo em relação ao regime anterior, que não apenas silenciava sobre a dimensão de gênero como fornecia instrumentos jurídicos (o art. 11 do Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934) e a chefia conjugal do art. 233 do Código Civil de 1916) que sistematicamente colocavam as mulheres em posição de maior vulnerabilidade ao internamento compulsório. Todavia, como demonstram Cardoso e Souza (2025), a proteção formal não se traduziu em proteção real: o sistema patriarcal que historicamente orientou as internações femininas persiste nas relações institucionais, na patologização de comportamentos que transgridem os papéis de gênero e na subjugação das mulheres ao poder médico dentro das instituições psiquiátricas.

A Lei nº 10.216/2001 representa, portanto, avanço normativo real e inegável em relação ao modelo instituído pelo Decreto nº 24.559/1934: ela reconhece o sujeito com transtorno mental como titular de direitos, reposiciona a internação como medida excepcional, introduz garantias processuais mínimas e veda explicitamente as instituições asilares. Esses avanços não são simbólicos, são dispositivos com força normativa que rompem com o ordenamento anterior e criam obrigações jurídicas concretas para o Estado. Ao mesmo tempo, os limites da lei são estruturais: a ausência de controle jurisdicional prévio sobre a internação involuntária, a imprecisão sobre os legitimados a requerê-la e a inexistência de mecanismo de revisão periódica obrigatória preservam, no interior do novo regime, espaços de discricionariedade que podem ser instrumentalizados para reproduzir as lógicas de exclusão historicamente estabelecidas (Pinheiro, 2011; Espírito Santo, 2021).

A análise conjunta das seções anteriores permite concluir que o ordenamento jurídico brasileiro operou, ao longo do século XX, como elemento central na legitimação das internações psiquiátricas compulsórias, convertendo o confinamento em prática juridicamente autorizada e socialmente naturalizada. A Lei nº 10.216/2001 inaugurou novo paradigma normativo, mas não eliminou completamente as condições que tornaram possível a experiência do Hospital Colônia de Barbacena. A efetividade da proteção jurídica das pessoas com transtorno mental, especialmente das mulheres, sobre quem as lógicas de controle incidiram com maior intensidade, depende não apenas da positivação de direitos, mas da construção de mecanismos institucionais efetivos de fiscalização, do comprometimento do Poder Judiciário com o controle das internações e da superação, nas práticas institucionais concretas, das hierarquias de gênero que o direito ainda não foi capaz de eliminar (Pinheiro, 2011; Cardoso; Souza, 2025).

CONCLUSÃO

O percurso desenvolvido ao longo deste trabalho permite afirmar, com fundamento histórico e jurídico, que as internações psiquiátricas compulsórias de mulheres no Brasil não foram distorções acidentais de um sistema originalmente comprometido com o cuidado: foram produto coerente de um ordenamento jurídico que, ao disciplinar a loucura, legitimou a exclusão. O Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934) e o Código Civil de 1916 (Brasil, 1916) não toleraram o confinamento arbitrário, eles o fizeram parte da sua forma de atuação, ao estabelecer regime normativo no qual a privação de liberdade de indivíduos classificados como doentes mentais se operava sem as garantias fundamentais do devido processo legal, sem contraditório, sem defesa técnica e sem controle jurisdicional substantivo.

Para as mulheres, esse regime apresentava camadas adicionais de vulnerabilidade que a análise demonstrou serem juridicamente estruturadas. O art. 11 do Decreto nº 24.559/1934 (Brasil, 1934), ao autorizar a internação mediante solicitação de cônjuge, pai, filho ou quaisquer interessados, abriu ao arbítrio familiar o acesso ao instrumento do confinamento. O art. 233 do Código Civil de 1916 (Brasil, 1916), ao estabelecer a chefia conjugal masculina, posicionou a mulher casada em dupla subordinação: dependente juridicamente do marido enquanto esposa, ela perdia também a capacidade de agir por si mesma se classificada como louca. Conflitos domésticos, recusas de obediência e comportamentos interpretados como desvio do modelo esposa-mãe-dona de casa podiam, nesse quadro, ser convertidos em justificativas juridicamente válidas para o confinamento. O Hospital Colônia de Barbacena é a expressão mais radical e documentada dessa lógica: a investigação de Arbex (2013) e Moreira (2021) demonstra que o manicômio absorvia sujeitos cuja presença era considerada socialmente inconveniente, produzindo exclusão sob aparência de cuidado.

A Reforma Psiquiátrica e a Lei nº 10.216/2001 representam ruptura normativa real e inegável com esse modelo. A lei reconhece o sujeito com transtorno mental como titular de direitos, reposiciona a internação como medida excepcional e subsidiária, introduz garantias processuais mínimas, entre elas a comunicação ao Ministério Público no prazo de setenta e duas horas, e veda expressamente as instituições com características asilares. Esses avanços têm força normativa e criam obrigações jurídicas concretas para o Estado. Ao mesmo tempo, os limites da lei são estruturais: a ausência de controle jurisdicional prévio sobre a internação involuntária, a imprecisão sobre os legitimados para requerê-la e a inexistência de mecanismo de revisão periódica obrigatória preservam, no interior do novo regime, espaços de discricionariedade que podem ser instrumentalizados para reproduzir as lógicas históricas

de exclusão. Como demonstram Cardoso e Souza (2025), mais de duas décadas após a promulgação da lei, mulheres internadas em instituições psiquiátricas continuam submetidas a violências institucionais sistemáticas. O retrocesso representado pela Portaria nº 3.588/2017, que reintroduziu o hospital psiquiátrico especializado na Rede de Atenção Psicossocial, confirma que a ruptura normativa de 2001 não foi irreversível.

O plano literário, mobilizado neste trabalho como perspectiva metodológica complementar, ilumina o que os documentos institucionais sistematicamente recusavam nomear. Esther Greenwood, a protagonista de *A Redoma de Vidro* (Plath, 1963), não sucumbe à loucura: sucumbe à impossibilidade de existir fora dos limites impostos ao feminino e essa impossibilidade é reinterpretada, pelo aparato clínico, como falha individual. A mãe de Virgínia, em *Ciranda de Pedra* (Telles, 1954), tem seu sofrimento, cuja causa é identificável e social, convertido em instabilidade de caráter, sem que nenhuma instância ao seu redor se interrogue sobre a estrutura que o produz. Ana Clara, em *As Meninas* (Telles, 1973), concentra as vulnerabilidades que o sistema médico-jurídico mais facilmente capturava: origem pobre, ausência de rede protetora, sofrimento lido como imoralidade. As três personagens antecipam, no plano subjetivo, o argumento que este trabalho desenvolveu no plano normativo: que a exclusão psiquiátrica feminina não foi produto da doença, mas de uma estrutura de poder que encontrou no direito sua linguagem de legitimação.

Compreender esse percurso histórico-jurídico não é exercício de memória. É condição para reconhecer que as hierarquias de gênero que orientaram as internações compulsórias do século XX não foram eliminadas pela positivação formal de direitos. A efetividade da proteção jurídica das pessoas com transtorno mental, especialmente das mulheres, sobre quem essas lógicas incidiram com maior intensidade, depende da construção de mecanismos institucionais efetivos de fiscalização, do comprometimento do Poder Judiciário com o controle real das internações e da superação, nas práticas institucionais concretas, das hierarquias que o direito ainda não foi capaz de eliminar. O cenário normativo recente indica que esse movimento está em curso: a Resolução CNJ n. 487/2023 e, em âmbito estadual, o Termo de Cooperação firmado em abril de 2025 pelo Tribunal de Justiça de Goiás com o Governo do Estado e demais instituições do Sistema de Justiça goiano para implementação da política antimanicomial na Rede de Atenção Psicossocial (Goiás, 2025) representam passos concretos nessa direção. Esses instrumentos demonstram que a distância entre a norma e a prática pode ser encurtada quando há vontade institucional articulada. O que a história do Hospital Colônia de Barbacena exige do presente não é apenas memória: é responsabilidade normativa

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARBEX, Daniela (dir.). *Holocausto Brasileiro. Brasil: TV Globo Filmes*, 2016. 1 vídeo (52 min).

ASSIS, Machado de. *O alienista*. Petrópolis: Vozes, 2017. E-book. (Vozes de Bolso).

BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 175-177, 2009.

BRASIL. [Código Civil (1916)]. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro: *Imprensa Nacional*, 1916.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 11 jan. 2002.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 7 jul. 2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 15 fev. 2026.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Rio de Janeiro, 1934.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2017.

BRASIL. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1903.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das

medidas de segurança. Brasília, DF: CNJ, 2023.

BRITTO, Renata Corrêa. *A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CAMPOS, Alzira Lobo de Arruda; SIQUEIRA, Lucciano Franco de Lira; CAMPOS, Paulo Fernando de Souza. Antônio Carlos Pacheco e Silva e a patologização do feminino (Brasil, primeira metade do século XX). *Fênix: Revista de História e Estudos Culturais*, Uberlândia, v. 18, n. 2, p. 340-347, jul./dez. 2021.

CARDOSO, Olga Machado; SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo. "Já é doida se ela for normal": luta antimanicomial e violências contra mulheres institucionalizadas. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 29, n. 2, p. 193-205, 2025. DOI: 10.5380/riep.v29i2.92977.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006. San José: Corte IDH, 2006. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 5 out. 2025.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

DUARTE, Maristela Nascimento. *A Perícia Médica no Hospital Colônia de Barbacena: as interfaces entre a psiquiatria e o direito*. 2014. Tese (Doutorado em História) — Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

DUARTE, Maristela Nascimento. *Ares e Luzes para mentes obscuras: o Hospital Colônia de Barbacena (1922-1946)*. 1996. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996.

DUARTE, Maristela Nascimento. *De "Ares e Luzes" a "Inferno Humano": concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena (1946-1979)*. 2009. Tese (Doutorado em História) — Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

ENGEL, Magali. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary (org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013. p. 493-529.

ESPÍRITO SANTO, Bárbara Rodrigues do. *Investigando categorias: a loucura em dispositivos legais brasileiros*. *Revista Mosaico*, v. 14, p. 262-272, 2021. DOI: 10.18224/mos.v14i2.8878.

FACCHINETTI, Cristiana; ENGEL, Magali; AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria no Brasil: escritas e prescrições no século XIX*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREITAS, Marcos Cêzar de. *Educação, exclusão, modernidade e desordem*. São Paulo:

Cortez, 2004.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOIÁS. Tribunal de Justiça. TJGO firma termo de cooperação interinstitucional para implementação da política antimanicomial em saúde mental no Sistema de Justiça. Goiânia: TJGO, 9 abr. 2025. Disponível em: <https://www.tjgo.jus.br/index.php/agencia-de-noticias/noticias-ccs/240-carrossel-tj/35915-tjgo-firma-termo-de-cooperacao-interinstitucional-para-implementacao-da-politica-antimanicomial-em-saude-mental-no-sistema-de-justica>. Acesso em: 17 abr. 2026.

GOULART, Maria Stella Brandão. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 194-213, dez. 2015.

MINAS GERAIS. Lei nº 290, de 16 de agosto de 1900. Cria no Estado a Assistência de Alienados e contém outras disposições a respeito. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 1900.

MOREIRA, Juliana Maria Brandão. *Arqueologia da Loucura: narrativas alternativas, cultura material e história do Hospital Colônia de Barbacena*. 2021. Tese (Doutorado em Antropologia) — Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

NASCIMENTO, Milton; BORGES, Lô. Trem de doido. In: *Clube da Esquina*. Rio de Janeiro: EMI-Odeon, 1972. 1 disco sonoro.

NUNES, Everardo Duarte (org.). *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2010.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das instituições psiquiátricas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1075-1089, jul./ago. 2004.

PESSOTTI, Isaias. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996.

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 125-138, nov. 2011/fev. 2012.

PLATH, Sylvia. *A redoma de vidro*. Tradução de Chico Mattoso. Rio de Janeiro: Biblioteca Azul, 2014. (Original: *The Bell Jar*, 1963.)

SILVA, Guilherme Bertassoni da; FERRETE, Yuri Alexandre; HOLANDA, Adriano Furtado. A consolidação do modelo asilar: a legislação brasileira de 1930 a 1966. *Pluralidades em Saúde Mental*, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 129-142, jul./dez. 2019.

SILVEIRA, Nise da. *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 1992.

TELLES, Lygia Fagundes. *Ciranda de pedra*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1954.

TELLES, Lygia Fagundes. *As meninas*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1973.