

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA



Juliana Maria Brandão Moreira

ARQUEOLOGIA DA LOUCURA:

Narrativas alternativas, cultura material e história do Hospital Colônia de Barbacena

Belo Horizonte  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas  
2021

JULIANA MARIA BRANDÃO MOREIRA

**ARQUEOLOGIA DA LOUCURA:**

Narrativas alternativas, cultura material e história do Hospital Colônia de Barbacena

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Doutora em Antropologia, área de concentração Arqueologia.

Orientador: Prof. Dr. Andrés Zarankin.

306 M838ar 2021	<p>Moreira, Juliana Maria Brandão.</p> <p>Arqueologia da loucura [manuscrito] : narrativas alternativas, cultura material e história do Hospital Colônia de Barbacena / Juliana Maria Brandão Moreira. - 2021.</p> <p>217 f.</p> <p>Orientador: Andrés Zarankin.</p> <p>Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Antropologia – Teses. 2. Loucura – Teses 3. Arquitetura - Teses. 4. Hospital Colônia de Barbacena - Teses. 5. Poder (Ciências sociais) - Teses. I. Zarankin, Andrés. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.</p>
-----------------------	--



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

#### ATESTADO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Atestamos para os devidos fins, que **Juliana Maria Brandão Moreira** concluiu o curso de DOUTORADO em Antropologia – Área de concentração: Arqueologia - Linha de pesquisa: Arqueologia do Mundo Moderno e Contemporâneo, tendo sido aprovada na defesa de sua tese de doutorado, intitulada: **“Arqueologia da Loucura: Narrativas alternativas, cultura material e história do Hospital Colônia de Barbacena”**, realizada no dia 22 de março de 2021, em ambiente virtual, e transmitida pelo canal do Youtube PG-ANTROPOLOGIA UFMG.

Secretaria do Programa de Pós-graduação em Antropologia, em 22 de março de 2021.

Prof. Dr. Andrés Zarankin - Orientador

Luciana Garcia Andrade - Secretária do PPGAn



Documento assinado eletronicamente por **Andres Zarankin, Professor do Magistério Superior**, em 22/03/2021, às 12:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Garcia Andrade, Assistente em Administração**, em 22/03/2021, às 15:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0618043** e o código CRC **3DD69DE2**.

*À todas as mulheres que me antecederam e  
abriram os caminhos para que eu fosse  
reconhecida como Doutora e não como  
histórica. Em especial à vó Raimunda,  
que sempre acreditou na educação  
como ferramenta de transformação social.*

## AGRADECIMENTOS

A construção dessa tese foi marcada por tantos desafios de ordem acadêmica, burocrática e pessoal, que afirmo sem exageros ter sido uma das coisas mais difíceis que já fiz. Por isso, para iniciar meus agradecimentos, peço licença para utilizar uma metáfora de autoria de Clarissa Pinkola Estés para o livro *A ciranda das mulheres sábias*:

Para uma árvore continuar a crescer e florescer, é preciso que haja células diferenciadas que promovam a transição... trata-se de células fortes que se reúnem para proteção em torno do lugar em cada galho onde a madeira mais velha e resistente está em contato com a parte vulnerável que cresce, o lugar onde o broto tenro se encontra logo abaixo da pele nova e, com o devido cuidado, há de vicejar. As células de transição atuam como ligação crítica entre o que é e o que ainda será. Quando as brácteas mais novas de ramos e flores estiverem estabilizadas, essas células especializadas na transição avançam para os próximos locais nos galhos onde a árvore florescerá mais uma vez.

Nesse sentido, essa tese não teria sido possível sem o apoio de muitas pessoas que foram células para mim. Início agradecendo ao Luiz, Dona Graça e Seu Tarcísio: minha família em Barbacena e verdadeiros anjos da guarda. Sem o apoio e acolhimento de vocês, não teria conseguido realizar minha pesquisa de campo em tantas etapas e com a mesma tranquilidade. A vocês minha profunda e eterna gratidão.

Agradeço à Professora Doutora Maristela Duarte por ter aberto as portas do Hospital Colônia e de sua casa pra mim. Sua atenção e prontidão desde o momento em que construía meu projeto de pesquisa foram importantíssimas para que ela desse certo.

Agradeço à Lucimar, Carlos Eduardo, Juliana e demais funcionárias/os do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, e também à Leandra e demais psicólogas responsáveis pelas Residências Terapêuticas, que foram solícitas/os e pacientes durante meu processo de entendimento da nada intuitiva Plataforma Brasil, permitindo que eu pudesse desenvolver essa pesquisa.

Minha gratidão ao Edson Brandão, que muito me ajudou conversando comigo e de forma generosa compartilhou diversos materiais sobre o Hospital Colônia.

À todas as pessoas que confiaram em mim e compartilharam suas histórias e memórias, meu mais sincero agradecimento. Sem vocês, este teria sido um trabalho vazio. Espero ter honrado cada uma e cada um.

Agradeço ao Professor Doutor Andrés Zarankin por me acompanhar desde o mestrado, por tornar-me uma pesquisadora mais crítica e por persistir me orientando, não obstante meus altos e baixos.

Agradeço ao PPGAN e a Capes, que sempre ofereceram todas as condições e suporte financeiro para que eu cursasse o doutorado, participasse de congressos e desenvolvesse essa pesquisa.

Ao Professor Doutor Carlos Magno, entusiasta do meu tema de pesquisa, agradeço todas as trocas e ajuda.

Às minhas amigas e amigos, em especial Fê, Isa e Mari, minha profunda gratidão pelos momentos de escuta e por me impulsionarem a seguir em frente, lembrando-me da força e capacidade que tantas vezes esquecia que havia dentro de mim.

Agradecimento especial à minha psicanalista, Mariana Bento. A ela devo a conclusão desta tese, pois sem suas provocações e esforço em me recolocar no comando da minha vida, certamente teria desistido do doutorado no último ano.

À minha família, sobretudo à minha mãe, sou eternamente grata pelo apoio, torcida, orações e por acreditarem que eu era capaz de muito e mais um pouco. Sem o suporte que vocês me deram desde o esboçar das primeiras letras, jamais conseguiria tornar-me doutora. Espero que Dona Raimunda, primeira professora desta família, esteja orgulhosa de sua neta.

Agradeço muitíssimo à Tetê, que apesar de toda a correria, fez uma excelente formatação deste trabalho. Você não imagina o alívio que me proporcionou!

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao Rômulo pelo incentivo e apoio, por me tranquilizar durante as crises de ansiedade e por vibrar comigo a cada capítulo entregue. Sua presença junto com o Dovahkiin, nosso demoniozinho peludo, tornou esse processo muito mais leve. Obrigada, meu bem!

E para todas as pessoas que foram células, me apoiando, torcendo por mim, me consolando e se alegrando comigo a cada nova conquista, minha profunda gratidão. Não seria possível florescer sem vocês.

*“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”.*  
(MACHADO DE ASSIS, 2014, p. 28)

## RESUMO

Inaugurado no início do século XX, o Hospital Colônia de Barbacena (MG) foi laboratório e arquétipo no aprimoramento das políticas públicas voltadas para a saúde mental em Minas Gerais. Porém, muito mais que isso, a instituição apresentou-se como mantenedora da ordem social ao segregar e controlar um heterogêneo grupo de sujeitos indesejáveis. Para isto, fazia uso de uma gama material composta pelas edificações e objetos móveis institucionais, os quais são analisados nesta tese sob a perspectiva teórico-metodológica da Arqueologia da Arquitetura e da abordagem hermenêutica dos artefatos. Por outro lado, as/os pacientes fizeram uso dessas mesmas materialidades para criar movimentos de liberdade e subversão dentro da ordem hospitalar imposta. Esta tese parte da análise conjunta das materialidades que compunham o Colônia, de fontes documentais e relatos de ex-internas/os e ex-funcionárias/os, para compreender a consolidação e impacto da assistência psiquiátrica mineira durante o século XX, bem como os discursos que resultaram na criação social do sujeito louco.

## **ABSTRACT**

Inaugurated at the beginning of the 20th century, the Hospital Colônia de Barbacena (MG) was laboratory and archetype in the enhancement of the public policy focused on mental health in Minas Gerais. Although, much more than this, the institute presented itself as the maintainer of the social order by segregating and control a heterogeneous group of unwanted subjects. To that, the institute used a range of material made up of buildings and movable objects, which are analyzed in this thesis under the theoretical-methodological perspective of the Archeology of Architecture and the hermeneutic approach to artifacts. In contrast, the patients made use of these same materiality to create freedom and subversion movements inside the imposed hospital order. This thesis starts from the joint analysis of the materialities that made up the Colônia, from documentary sources and reports from former inmates and former employees, to understand the consolidation and impact of psychiatric care in Minas Gerais during the 20<sup>th</sup> century, as well as the discourses that resulted in the social creation of the crazy guy.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – ABERTURA CAPÍTULO 1 .....	25
FIGURA 2 – ABERTURA DO CAPÍTULO 2: VISTA AÉREA DO DEPARTAMENTO A DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA.....	52
FIGURA 3 – HOSPÍCIO PEDRO II .....	55
FIGURA 4 – ABERTURA DO CAPÍTULO 3: INTERNO NO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA .....	79
FIGURA 5 – OFÍCIO DO CHEFE DE POLÍCIA AO SECRETÁRIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS ....	84
FIGURA 6 – GUIA DO PEDIDO DE INTERNAÇÃO DE MARIA JOSÉ .....	85
FIGURA 7 – PARECER MÉDICO PARA O PEDIDO DE INTERNAÇÃO DE MARIA JOSÉ.....	87
FIGURA 8 – MAPA DEMONSTRANDO A DISTÂNCIA ENTRE A ESTAÇÃO FERROVIÁRIA E O LOCAL ONDE FUNCIONAVA O HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA .....	92
FIGURA 9 – ESTAÇÃO SANATÓRIO EM UM CARTÃO POSTAL.....	94
FIGURA 10 – PROCEDÊNCIA DOS PACIENTES DO HOSPITAL COLÔNIA POR MESORREGIÃO (1922-1946).....	95
FIGURA 11 – DINHEIRO E ALIANÇAS RECOLHIDAS DURANTE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL COLÔNIA .....	100
FIGURA 12 – “AZULÃO”: UNIFORMES FEMININO E MASCULINO DO HOSPITAL COLÔNIA.....	103
FIGURA 13 – PRATO E CANECAS UTILIZADAS DO HOSPITAL COLÔNIA .....	105
FIGURA 14 – VISTA AÉREA DO DEPARTAMENTO B DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA...	109
FIGURA 15 – PÁTIOS DE PAVILHÕES DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA .....	109
FIGURA 16 – PACIENTE DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA DEITADO EM COLCHÃO COM ENCHIMENTO DE CAPIM .....	115
FIGURA 17 – CAMAS FORRADAS COM CAPIM NO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA.....	116
FIGURA 18 – INTERNO DO HOSPITAL COLÔNIA CARREGA UM BORNAL PENDURADO NO PESCOÇO .....	121
FIGURA 19 – CACHIMBOS CONFECCIONADOS POR INTERNOS DO HOSPITAL COLÔNIA .....	123
FIGURA 20 – INTERNO DO HOSPITAL COLÔNIA COM SEU CACHIMBO NA BOCA .....	123
FIGURA 21 – CACHIMBO DE UMA EX-INTERNA ENTREVISTADA.....	124
FIGURA 22 – BONECO DE PANO COM ALGEMA CONFECCIONADO POR UM INTERNO DO HOSPITAL COLÔNIA .....	125
FIGURA 23 – BONECOS DE PACIENTES DO HOSPITAL COLÔNIA, COM DESTAQUE PARA A BONECA QUE PERTENCEU A SUELI RESENDE.....	126
FIGURA 24 – MURALHA CONSTRUÍDA POR DURVAL MOREIRA.....	127
FIGURA 25 – ABERTURA DO CAPÍTULO 4: PLANTA BAIXA DO PAVILHÃO GOVERNADOR VALADARES .....	130
FIGURA 26 – PLANTA-BAIXA DOS PAVILHÕES RODRIGUES CALDAS E JÚLIO DE MOURA .....	134
FIGURA 27 – PAVILHÕES RODRIGUES CALDAS E JÚLIO DE MOURA .....	134
FIGURA 28 – FRAGMENTOS DE PISOS DOS ANTIGOS PAVILHÕES RODRIGUES CALDAS E JÚLIO DE MOURA.....	135
FIGURA 29 – PAVILHÃO ANTÔNIO CARLOS .....	135
FIGURA 30 – VISTA AÉREA DO DEPARTAMENTO B DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA...	138

FIGURA 31 – LOCALIZAÇÃO DOS DEPARTAMENTOS A E B DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA .....	138
FIGURA 32 – TORRE DO DEPARTAMENTO B DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA .....	139
FIGURA 33 – VIDROS ORIGINAIS RETIRADOS DE PAVILHÕES DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA .....	140
FIGURA 34 – PAVILHÃO ZOROASTRO PASSOS .....	141
FIGURA 35 – PAVILHÃO GOVERNADOR VALADARES .....	142
FIGURA 36 – ANTIGA SECRETARIA DO HOSPITAL COLÔNIA .....	142
FIGURA 37 – PARTE MAIS À ESQUERDA DO ATUAL PAVILHÃO GOVERNADOR VALADARES .....	143
FIGURA 38 – CAPELA DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA .....	144
FIGURA 39 – LOCAL ONDE FUNCIONAVA A PADARIA DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA .....	145
FIGURA 40 – OFICINA DE COSTURA .....	145
FIGURA 41 – PAVILHÃO NORALDINO LIMA .....	146
FIGURA 42 – ANTIGO PAVILHÃO BAETA VIANA .....	147
FIGURA 43 – INTERIOR DO PAVILHÃO MILTON CAMPOS .....	148
FIGURA 44 – PAVILHÃO GALBA VELLOSO .....	149
FIGURA 45 – VISTA DOS FUNDOS DO PAVILHÃO GALBA VELLOSO COBRINDO PARCIALMENTE A FACHADA DO PAVILHÃO ZOROASTRO PASSOS .....	150
FIGURA 46 – ANTIGA SECRETARIA CONSTRUÍDA EM 1957 .....	150
FIGURA 47 – PAVILHÃO CRISPIM JACQUES BIAS FORTES .....	152
FIGURA 48 – PAVILHÃO DR. AUSTREGÉSILO RIBEIRO DE MENDONÇA .....	152
FIGURA 49 – CAPELA MORTUÁRIA DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA .....	153
FIGURA 50 – LOCALIZAÇÃO DO CEMITÉRIO DA PAZ E DO DEPARTAMENTO A .....	154
FIGURA 51 – CONJUNTO DE IMAGENS DO CEMITÉRIO DA PAZ .....	154
FIGURA 52 – CENTRO ADMINISTRATIVO DR. JOAQUIM DUTRA DO CHPB .....	155
FIGURA 53 – DEPARTAMENTO A DO HOSPITAL COLÔNIA .....	156
FIGURA 54 – DEPARTAMENTO B DO HOSPITAL COLÔNIA .....	160
FIGURA 55 – HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA .....	163
FIGURA 56 – EXEMPLO DE COMO APLICAR O MODELO GAMMA NA PLANTA BAIXA DE UMA EDIFICAÇÃO, E O GRÁFICO RESULTANTE DESSE PROCESSO .....	166
FIGURA 57 – PLANTA BAIXA DOS PAVILHÕES RODRIGUES CALDAS E JÚLIO DE MOURA .....	171
FIGURA 58 – VESTÍGIO DE PAREDE CONSTRUÍDA SOBRE O PISO E POSTERIORMENTE DEMOLIDA .....	175
FIGURA 59 – PLANTA BAIXA DO PAVILHÃO ANTÔNIO CARLOS .....	176
FIGURA 60 – DETALHES DE JANELA DO PAVILHÃO ANTÔNIO CARLOS .....	178
FIGURA 61 – PLANTA BAIXA DOS PAVILHÕES AFONSO PENA E ARTHUR BERNARDES .....	180
FIGURA 62 – REFEITÓRIO DO PAVILHÃO GOVERNADOR VALADARES .....	184
FIGURA 63 – PLANTA BAIXA DO PAVILHÃO GOVERNADOR VALADARES .....	185
FIGURA 64 – PLANTA BAIXA DO PAVILHÃO NORALDINO LIMA .....	189
FIGURA 65 – PLANTA BAIXA DO PAVILHÃO GALBA VELOSO .....	193

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – LEGENDAS DAS CORES DA FIGURA 53 .....	157
QUADRO 2 – LEGENDAS DAS CORES DA FIGURA 54 .....	161

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES NO HOSPITAL COLÔNIA POR SEXO – 1908.....	97
GRÁFICO 2 – QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES NO HOSPITAL COLÔNIA POR SEXO - 1909 .....	97
GRÁFICO 3 – QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES NO HOSPITAL COLÔNIA POR SEXO - 1914 .....	98
GRÁFICO 4 – GRÁFICO ESPACIAL DOS PAVILHÕES RODRIGUES CALDAS E JÚLIO DE MOURA ...	172
GRÁFICO 5 – GRÁFICO ESPACIAL DO PAVILHÃO ANTÔNIO CARLOS .....	176
GRÁFICO 6 – GRÁFICO ESPACIAL DOS PAVILHÕES AFONSO PENA E ARTHUR BERNARDES .....	181
GRÁFICO 7 – GRÁFICO ESPACIAL DO PAVILHÃO GOVERNADOR VALADARES .....	186
GRÁFICO 8 – GRÁFICO ESPACIAL DO PAVILHÃO NORALDINO LIMA .....	190
GRÁFICO 9 – GRÁFICO ESPACIAL DO PAVILHÃO GALBA VELOSO .....	194
GRÁFICO 10 – GRÁFICO ESPACIAL DE UMA ESCOLA DE BUENOS AIRES .....	197
GRÁFICO 11 – GRÁFICO ESPACIAL DO HOSPITAL GLOUCESTER .....	197

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DADOS PARA O CÁLCULO DA MEDIDA DE COMPLEXIDADE DA FIGURA 56 .....	167
TABELA 2 – DADOS PARA O CÁLCULO DA MEDIDA DE COMPLEXIDADE DA FIGURA 57 .....	173
TABELA 3 – DADOS PARA O CÁLCULO DA MEDIDA DE COMPLEXIDADE DA FIGURA 59 .....	177
TABELA 4 – DADOS PARA O CÁLCULO DA MEDIDA DE COMPLEXIDADE DA FIGURA 61 .....	182
TABELA 5 – DADOS PARA O CÁLCULO DA MEDIDA DE COMPLEXIDADE DA FIGURA 63 .....	187
TABELA 6 – DADOS PARA O CÁLCULO DA MEDIDA DE COMPLEXIDADE DA FIGURA 64 .....	191
TABELA 7 – DADOS PARA O CÁLCULO DA MEDIDA DE COMPLEXIDADE DA FIGURA 65 .....	195

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>CHPB</b>	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
<b>FHEMIG</b>	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
<b>FUNDAC</b>	Fundação Municipal de Cultura de Barbacena
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>APM</b>	Arquivo Público Mineiro
<b>LBHM</b>	Liga Brasileira de Higiene Mental
<b>DINSAM</b>	Divisão Nacional de Saúde Mental
<b>MTSM</b>	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
<b>NAPS</b>	Núcleos de Atenção Psicossocial
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>PL</b>	Projeto de Lei
<b>ABRASME</b>	Associação Brasileira de Saúde Mental
<b>CEPAI</b>	Centro Psíquico da Adolescência e da Infância
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>25</b>
1.1 O QUE É A LOUCURA? .....	26
1.2 LOUCO: UM SUJEITO DOENTE .....	35
1.3 UMA ARQUEOLOGIA DA CONTEMPORANEIDADE .....	38
1.4 POR UMA ARQUEOLOGIA DA LOUCURA .....	46
1.5 “ESCAVANDO” A LOUCURA .....	49
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>52</b>
2.1 POLÍTICAS PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL .....	54
2.2 POLÍTICAS PSIQUIÁTRICAS EM MINAS GERAIS .....	65
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>79</b>
3.1 OS PEDIDOS DE INTERNAÇÃO .....	82
3.2 O TREM DE DOIDO E SEUS PASSAGEIROS .....	91
3.3 A INTERNAÇÃO .....	99
3.4 REGIME DISCIPLINAR .....	110
3.5 INDIGENTES E PENSIONISTAS: UMA DIVISÃO VANTAJOSA? .....	112
3.6 LIBERDADE ENTRE MUROS .....	120
<b>CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>130</b>
4.1 UMA CIDADE DE LOUCAS E LOUCOS .....	133
4.2 LENDO PAREDES E ESPAÇOS .....	164
4.3 ADENTRANDO CORREDORES .....	169
4.3.1 <i>Pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura</i> .....	169
4.3.2 <i>Pavilhão Antônio Carlos</i> .....	174
4.3.3 <i>Pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes</i> .....	179
4.3.4 <i>Pavilhão Governador Valadares</i> .....	184
4.3.5 <i>Pavilhão Noraldino Lima</i> .....	189
4.3.6 <i>Pavilhão Galba Veloso</i> .....	193
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>201</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>208</b>

## INTRODUÇÃO

### Palavras iniciais

Meu primeiro contato com a temática da loucura ocorreu durante o mestrado (2013-2015). Naquela época, também sob a orientação do Prof. Dr. Andrés Zarankin, realizei uma pesquisa acerca do antigo Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil de Belo Horizonte (MG), que funcionou entre os anos de 1947 e 1980, resultando na dissertação *Arquitetura que enlouquece: Poder e Arqueologia*. Naquele trabalho abordei a edificação do hospital a partir de três linhas de investigação presentes na Arqueologia: a *Arqueologia da Arquitetura*<sup>1</sup>, *da Instituição*<sup>2</sup> e *da Infância*<sup>3</sup>. Através dessas linhas alternativas de estudo centradas na cultura material, discuti o processo de construção na sociedade ocidental, e especificamente no mundo contemporâneo, do conceito de loucura, sua caracterização como doença e as práticas desenvolvidas ao redor desta. A partir da leitura da espacialidade do Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil, pude identificar discursos de poder que fizeram daquela instituição um local pouco acolhedor para as crianças e nada propício a cura, atuando na prática como um mantenedor da ordem urbana ao tirar de circulação uma gama de pequenos indesejáveis rechaçados pela sociedade.

Foi durante a pesquisa de mestrado, realizando o levantamento bibliográfico sobre a constituição da psiquiatria em Minas Gerais, que tive contato com a história do Hospital Colônia de Barbacena: a primeira instituição psiquiátrica pública do Estado. De imediato identifiquei ali o potencial de uma futura pesquisa de doutorado, a qual começou a se concretizar em 2016. Dando continuidade àquilo que havia iniciado em 2013, nesta tese centrei-me em compreender o que o conjunto material que compunha o Colônia (desde seus objetos móveis, como uniformes, roupas de cama, colchões, canecas e pratos, até seus superartefatos, que são os pavilhões) tem a nos informar sobre a assistência psiquiátrica mineira durante o século XX, bem como o entendimento de doente mental naquele contexto. Seu ineditismo em Minas Gerais, tendo se desenvolvido juntamente com o primeiro curso de psiquiatria do Estado, fez do Hospital Colônia um laboratório e arquétipo do aprimoramento das políticas públicas voltadas aos doentes mentais.

---

<sup>1</sup> Trata-se de uma linha de pesquisa que considera as construções arquitetônicas superartefatos que materializam intencionalidades, funções e discursos ideológicos, os quais podem ser decodificados através do enfoque arqueológico.

<sup>2</sup> Linha de pesquisa interessada em compreender o papel do mundo material no funcionamento e/ou subversão das instituições, bem como a importância destas no estabelecimento das relações sociais travadas em seu interior.

<sup>3</sup> Linha de pesquisa que busca abordar o universo infantil, ou a experiência da infância, através dos artefatos arqueológicos.

## O campo de pesquisa

Pesquisar um manicômio é, definitivamente, um desafio. E esta não foi uma realidade apenas minha. Longhurst (2011) pontua que, ao desenvolver sua pesquisa acerca de quatro instituições psiquiátricas oitocentistas de Nova Gales do Sul (Austrália), também encontrou dificuldades para acessar as edificações e informações referentes a elas.

Sítios arqueológicos dessa natureza “são sensíveis e controversos, e isso é exacerbado por sua proximidade temporal”<sup>4</sup> (LONGHURST, 2011, p. 20). É normal gerar alguns incômodos ao vasculhar um local no qual tantas pessoas sofreram, em especial no caso do Hospital Colônia, que chegou a ser comparado a um campo de concentração e extermínio. Isto porque após visitar o Colônia, em 1979, o psiquiatra italiano líder da luta antimanicomial, Franco Basaglia, afirmou em uma entrevista coletiva para a imprensa ter estado em um campo de concentração nazista, tamanho foi o impacto que o lugar lhe causou.

Portanto, desenvolver pesquisas críticas sobre instituições psiquiátricas implica, na maioria das vezes, trazer à tona lembranças desagradáveis. Neste processo, feridas são (re)abertas e algumas pessoas ficam desconfortáveis – inclusive eu, enquanto pesquisadora. Afinal de contas, fazer Arqueologia de um passado tão recente, é fazer uma “arqueologia de nós que estamos vivos, com certeza (nenhuma outra arqueologia pode alegar isto); mas é também, mais do que qualquer outra, a arqueologia do trauma, da emoção e do envolvimento íntimo”<sup>5</sup> (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2008, p. 03). Por se tratar de um trabalho tão delicado, esta tese foi um esforço contínuo no sentido de cuidar do bem estar das pessoas que conheci e cujas vidas foram atingidas pelo Hospital Colônia, e também de cuidar da minha própria saúde mental que foi atravessada pelo exercício da pesquisa.

Parte do espaço e estrutura física onde funcionou o Hospital Colônia de Barbacena permanece em funcionamento. No seu antigo Departamento A, atualmente funciona o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) – instituição pública, pertencente à FHEMIG e que oferece atendimentos conforme determina a atual legislação de atenção e assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais. No antigo Departamento B, funciona o Hospital Regional de Barbacena, também pertencente à FHEMIG e que oferece serviços de urgência e emergência, e o Museu da Loucura, inaugurado em 1996, através da parceria entre a FHEMIG e a Fundação Municipal de Cultura de Barbacena (FUNDAC), e cuja exposição resgata e conta a história do antigo Colônia.

---

<sup>4</sup> Tradução livre do original.

<sup>5</sup> Tradução livre do original.

Algumas ex-internas e ex-internos ainda estão vivos e moram nas Residências Terapêuticas<sup>6</sup> espalhadas pela cidade de Barbacena. Há, também, funcionárias e funcionários aposentados. Portanto, ao longo da pesquisa, tive de lidar não apenas com uma instituição hospitalar em funcionamento, mas também com pessoas afetadas diretamente pela história daquele lugar. Trata-se de uma das questões mais delicadas do fazer arqueológico, segundo De Cunzo (2006), que envolve a maneira como iremos representar no presente o passado das instituições e das pessoas a elas ligadas. Nesses contextos, arqueólogas/os “devem negociar um terreno carregado de emoção com compaixão, indignação e abertura à sua multilocalidade e multivocalidade no passado e no presente” (DE CUNZO, 2006, p. 184).

Os contatos com minhas interlocutoras e interlocutores foram marcadas por escutas sensíveis e diversos questionamentos acerca do meu papel de pesquisadora diante delas/es. Conforme pontua Pellini (2016, p. 144), “a materialidade serve como gatilho para a criação e reprodução das atividades mnemônicas”; portanto, ao perguntar sobre os objetos que acompanharam ou faltaram durante a experiência de internação, estava ciente que as lembranças advindas daquelas materialidades (ou da sua ausência) trariam à tona muitas feridas. Ao longo do trabalho de campo, senti o peso de uma grande responsabilidade em relação aos efeitos emocionais e psicológicos resultantes do exercício de lembrar – ao ponto de precisar analisá-lo em longas sessões de terapia. Por outro lado, protagonistas que são de suas próprias histórias, àquelas pessoas sempre foi resguardado o direito de calar; e de fato houve momentos em que elas não quiseram falar ou conduziram a conversa por caminhos bem distantes do hospital – e estava tudo bem que assim o fosse.

### **Delineando alguns conceitos**

Um dos pontos centrais dessa tese é como a distribuição espacial dos pavilhões do Hospital Colônia mostra-nos a institucionalização do confinamento no tratamento dos doentes mentais ao longo do século XX. Antes de adentrar essa discussão, cabe delinear alguns conceitos chave desse trabalho.

Primeiramente, o que é uma instituição? Compartilho da definição de De Cunzo (2006), que entende as instituições como “lugares que encarnam e desafiam os limites das ações, mentes e corpos socialmente, filosófica, científica ou legalmente aceitáveis”<sup>7</sup> (DE CUNZO, 2006, p.

---

<sup>6</sup> Após a implantação da Lei Federal 10.216 de 2001, conhecida como Lei Antimanicomial, muitos pacientes do antigo Colônia, bem como de outras instituições psiquiátricas do estado de Minas Gerais, foram encaminhados para residências terapêuticas, sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde Mental, onde experimentam a reinserção no convívio social.

<sup>7</sup> Tradução livre do original.

167). Nesse sentido, a autora parte do conceito de *instituições totais*<sup>8</sup> de Goffman (1974) e argumenta que dentro dos limites institucionais a autoridade estabelece o controle sob as pessoas por meio de atividades altamente rotineiras, resultando na mortificação e degradação do eu social.

A fim de restaurar a ordem social, instituições como prisões, *almshouses*, escolas e hospitais – sobretudo aqueles de perfil manicomial, a exemplo do Hospital Colônia –, desenvolvem e aplicam mecanismos de controle, disciplina e persuasão, a partir dos quais transforma-se o corpo em máquina, a punição em restauradora da alma social, a observação em meio de coerção e o delinquente, doente ou desajustado em sujeito obediente. Portanto, fazer uma Arqueologia da Instituição é fazer uma Arqueologia da vigilância, do controle, do confinamento, do ritual, da disciplina. Nesse contexto, “o *design* e a forma arquitetônica desempenham papel fundamental no processo de reforma e transformação”<sup>9</sup> dos sujeitos (DE CUNZO, 2006, p. 168).

Atrelada às instituições está o conceito de internamento<sup>10</sup> – ou *internment*, segundo a obra referência de Moshenska e Myers (2011) para uma *Archaeology of Internment*. Segundo os autores, “no sentido arqueológico mais geral, o confinamento ou internamento pode ser descrito como a prática de organizar a cultura material e o espaço para controlar e restringir o movimento de uma pessoa ou grupo de pessoas”<sup>11</sup> (MOSHENSKA; MYERS, 2011, p. 02). Originou-se na Europa, durante o século XVII, com os primeiros mosteiros protoinstitucionais e asilos destinados a pessoas pobres, e segue sendo utilizado em contextos de guerra e ondas migratórias como forma de manejo de populações consideradas não-cidadãs (CASELLA, 2011). Os locais de internamento variam em escala, podendo ser um cômodo ou edificação – a exemplo dos prédios de detenção de presos políticos durante ditaduras militares –, ou ainda uma grande extensão de terra – como é o caso da prisão de Guantánamo. Tais espaços nem sempre são delimitados fisicamente com muros ou cercas; por vezes, são estabelecidos dentro de limites naturais, cercado por rios, deserto ou áreas de floresta, os quais dificultam a fuga das/os internas/os.

A prática e experiência da internação perpassa todos os continentes, estende-se ao longo do tempo e possui grande ressonância na sociedade atual. Trata-se, segundo Casella (2011), de

---

<sup>8</sup> Instituições totais são locais “de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1974, p. 11).

<sup>9</sup> Tradução livre do original.

<sup>10</sup> Internamento é o mesmo que internação, segundo o dicionário *Oxford Languages*.

<sup>11</sup> Tradução livre do original.

uma tecnologia original de gestão de pessoas. Nas palavras de Moshenska e Myers (2011, p. 02), ela “tem sido uma força poderosa na formação de Estados-nação, na guerra e, alguns diriam, na manutenção da paz”<sup>12</sup>. Seu entendimento está em grande medida atrelado a noção de campo – tanto militar como civil. E, de fato, muitos trabalhos de Arqueologia do Internamento investigam sítios das Primeira e Segunda Guerras Mundiais, a exemplo do campo de concentração nazista pesquisado por Myers (2011). No entanto, essa linha de pesquisa se estende às instituições, investigando as “manifestações materiais tanto das políticas sociais de internamento quanto das respostas dos indivíduos que o experimentaram” (MOSHENSKA; MYERS, 2011, p. 07), conforme observamos nos trabalhos de De Cunzo (1995), Casella (2002) e Davies (2013).

Utilizado ao longo do século XX para o genocídio e limpeza étnica, para separar insurgentes ou confinar prisioneiros de guerra e, mais recentemente, refugiados, o internamento foi, ainda, um instrumento eugenista: controlando cidadãos improdutivos, perigosos ou dependentes. Segundo Casella (2011), a adoção entusiástica do confinamento e sua rápida difusão mundial

estão diretamente ligadas a transições mais amplas nas sociedades ocidentais (e depois coloniais), incluindo as complexas desarticulações sociais e econômicas provocadas pela industrialização, a mudança na responsabilidade pela gestão estratégica do trabalho e bem-estar social para o setor público e o surgimento de uma articulação particular de poder entre o Estado-nação modernos e seus cidadãos<sup>13</sup> (CASELLA, 2011, p. 286).

No caso de instituições psiquiátricas como o Hospital Colônia, essa tecnologia do poder disciplinar favoreceu a segregação de uma série de incômodos sociais, garantindo a harmonia do meio urbano. Nesse sentido, estudos de Arqueologia do Internamento podem gerar a indignação necessária para mobilizar mudanças dessa e de outras situações tão vergonhosas da nossa contemporaneidade, desestabilizando a ideia de inevitabilidade atrelada a sua existência e dando voz a possibilidades alternativas.

### **Estrutura da tese**

Este trabalho está dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo explico o que seria a Arqueologia da Loucura que me propus a desenvolver nessa pesquisa de doutorado. Explico, primeiramente, os conceitos de loucura e de doença aplicados no mundo ocidental; em

---

<sup>12</sup> Tradução livre do original.

<sup>13</sup> Tradução livre do original.

seguida situo minha investigação na chamada Arqueologia do Passado Contemporâneo para, enfim, situá-la em uma proposta de Arqueologia da Loucura. Encerro o capítulo pontuando o recorte temporal e as fontes utilizadas durante minha investigação.

No segundo capítulo, *Um lugar para loucos*, abordo o desenvolvimento das políticas públicas direcionadas aos doentes mentais – primeiro em nível nacional e, depois, em nível estadual. Dessa maneira, situo o Hospital Colônia como a materialização dos primeiros esforços do poder público em oferecer assistência e tratamento aos alienados do estado de Minas Gerais.

No capítulo seguinte, *O ritual de internamento*, adentramos o Hospital Colônia de Barbacena, objeto dessa pesquisa. A fim de abordar o processo de transformação dos sujeitos em doentes e internos do Colônia, perpasso desde os pedidos de internação, que iniciavam a *via crucis* de exposição do indivíduo, até seu ingresso na instituição, com a retirada dos objetos pessoais e imersão nos objetos institucionais. Veremos como as materialidades do hospital reforçavam a condição de louco dos indivíduos, mutilavam as suas subjetividades e construam discursos oficiais. Porém, como em toda tentativa de controle há movimentos de resistência, finalizo o capítulo abordando os objetos criados e adquiridos pelas/os internas/os, que imprimiam subjetividades, escolhas individuais e materializavam movimentos de liberdade entre os muros institucionais.

Por fim, no quarto capítulo percorremos os pavilhões que compunham o Hospital Colônia – seus superartefatos. Primeiramente, apresento suas várias edificações, situando-as no tempo, a fim de que o/a leitor/a compreenda o processo de expansão da instituição. Em seguida explico o que são o *modelo gamma* e as *medidas de escala, integração e complexidade* – metodologia que utilizei na análise dos pavilhões. Uma vez aplicada a metodologia, realizo a leituras das espacialidades dos pavilhões do Colônia, identificando neles princípios de confinamento e controle. Diante disso, defendo a ideia de que todas as materialidades ali existentes (edificações e objetos institucionais) apresentam-se como uma síntese metafórica da instituição, que na prática parecia ser ao mesmo tempo hospital psiquiátrico, prisão, escola de ofícios e *workhouse*. Embora oficialmente, segundo os regulamentos do hospital, seu objetivo tenha sido oferecer cura e tratamento, os superartefatos mostram-nos que o confinamento acabou sendo institucionalizado dentro das práticas psiquiátricas ali aplicadas.

### **Uma escrita com muitos atravessamentos**

A construção dessa tese foi atravessada por três eventos significativos, que invariavelmente marcaram minha escrita: a chegada de Jair Bolsonaro à presidência, o processo de compreensão e análise da minha ansiedade e a pandemia da doença Covid-19. A eleição de

Bolsonaro carregou consigo a legitimação de discursos de ódio, de relativização da ditadura e de violações dos direitos humanos tanto daquele período como da atualidade. Essa práxis gerou impactos profundos durante a pandemia, quando, em um complexo emaranhado de jogos políticos, Bolsonaro negou a gravidade da Covid-19, defendeu interesses econômicos em detrimento de vidas humanas e aproveitou o contexto para inflamar ainda mais os ânimos de seus apoiadores que, entre os pedidos de fim do isolamento, clamavam pelo fechamento do congresso, por intervenção militar e pela volta do AI-5. Em meio a tudo isso estava eu, entre um episódio e outro de ansiedade, tentando escrever essa tese, sendo afetada pelos acontecimentos recentes e pelas histórias de ecoavam de minha pesquisa.

Os discursos vindos do Planalto (ou, mais especificamente, do *twitter* do presidente) ferem diretamente a vida humana. E é particularmente doloroso para uma pesquisadora que lidou com um contexto no qual a dignidade da vida humana ficou suspensa por tantos anos, e principalmente durante a ditadura militar, observar as atitudes do presidente da república e daqueles que o apoiam.

Inserida neste período que soa tão desesperançoso, a escrita da tese tornou-se também um ato político. Mas não se tratou de um ato cheio de coragem. Ele esteve permeado por medos os mais variados: desde a responsabilidade que foi escutar relatos de pessoas que confiaram e se abriram comigo, o uso dessas falas na construção deste trabalho e a forma como ele pode ser lido e utilizado. Quantas vezes me questioneei: será que estou fazendo da maneira correta?

Crete em minha ética profissional, percebi que não há como desenvolver uma narrativa contestadora sem se envolver – ainda que isso tenha consequências psicológicas e emocionais. A escrita, pauta de tantas sessões de psicanálise, foi ao mesmo tempo parte de um processo terapêutico. Afinal, diante de tantos ataques à liberdade e à vida, apresentar fatos passados para contestar o presente fazia-se urgente e necessário. O incômodo do silêncio era, em mim, muito maior que aquele gerado ao encarar uma realidade dolorosa. E foi assim, em meio a esse turbilhão de acontecimentos e afetos, que germinou esta tese.

Em um de seus artigos, González-Ruibal (2008) afirmou que sente “a necessidade de usar a arqueologia como uma ferramenta de crítica radical, oposição a mecanismos do Estado para higienização do passado”<sup>14</sup> (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2008, p. 21). De fato, isso é muito importante, sobretudo na atualidade, haja vista que tais mecanismo de higienização fazem-nos relativizar fatos passados e, conseqüentemente, esquecer (ou não perceber) suas implicações no presente. Arrisco em dizer que sou um pouco menos audaciosa que González-Ruibal. É claro

---

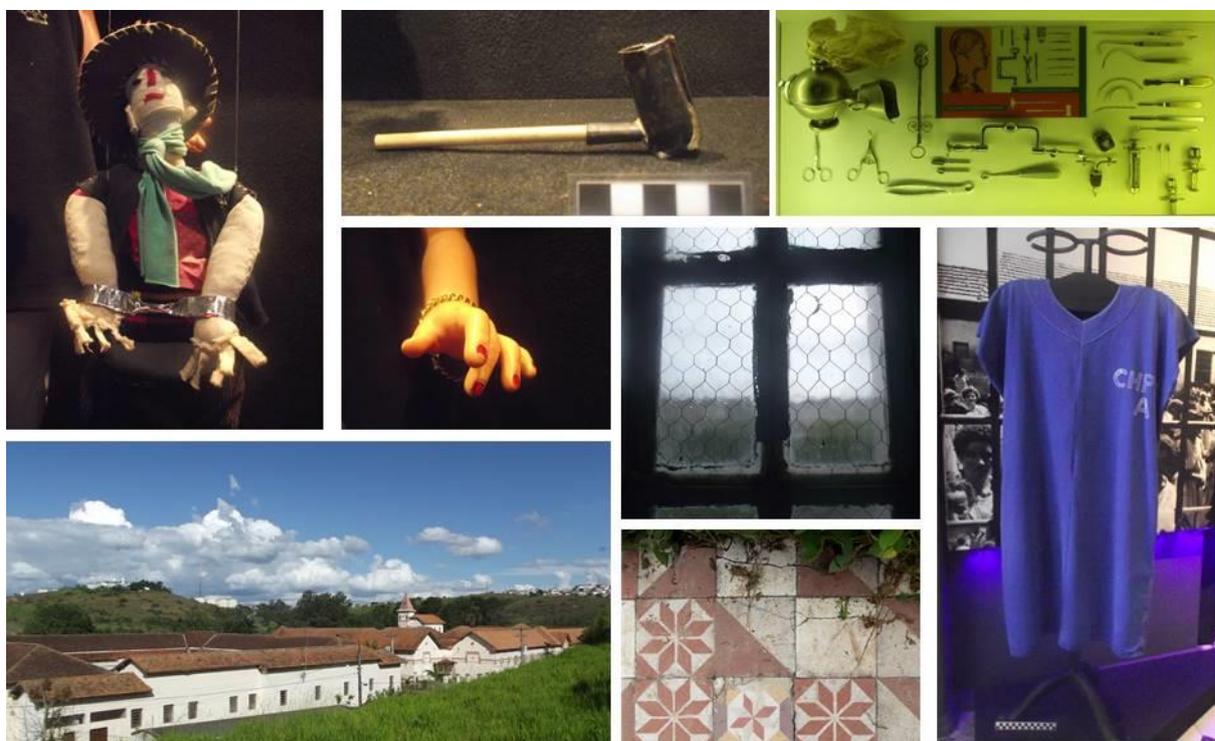
<sup>14</sup> Tradução livre do original.

que meu trabalho apresenta um olhar crítico sob um fragmento da história psiquiátrica mineira, mas não guardo grandes expectativas com relação aos seus efeitos. Espero ao menos conseguir gerar provocações, fazer com que minhas leitoras e leitores agucem a empatia com relação às diferenças, e tornem-se cada vez mais cientes que discursos e pensamentos se concretizam em formas materiais que, embora aparentemente inofensivas, impactam vidas seriamente.

Ouro Preto, 17 de junho de 2020.

## Capítulo 1

### POR UMA ARQUEOLOGIA DA LOUCURA



**Figura 1 – Abertura Capítulo 1**

Fonte: Acervo particular.

*“(...) somos todos loucos por aqui.  
Eu sou louco. Você é louca.”*  
(LEWIS CARROLL, 2019, p. 80).

## 1.1 O que é a loucura?

Nesta tese, que compreende a investigação de uma instituição psiquiátrica, cabe iniciar esclarecendo o conceito de loucura e a constituição dos manicômios no mundo ocidental.

Desde a antiguidade grega, a loucura constitui-se num problema: por vezes religioso, noutras como um problema moral ou, ainda, médico. Afinal de contas, a loucura é uma fabricação, uma rotulação criada social e culturalmente. Portanto, “linguagem, ideias e associações em torno da doença mental não têm significados científicos fixos em todas as épocas” (PORTER, 1990, p. 17); elas mudam ao longo do tempo e podem ser usadas de diferentes maneiras para atender a propósitos variados.

Na história do mundo ocidental, há uma constante relação dicotômica entre razão e irracionalidade. A razão costuma ser moldada socialmente e relacionada àquilo que é moralmente aceito. Tudo o que foge desse padrão é rechaçado como loucura, uma loucura cuja imagem é negativa e pejorativa. Isto não quer dizer, no entanto, que não houve (nem há) esforços para explicar cientificamente os motivos de determinadas pessoas serem diferentes da maioria. Desde pelo menos a antiguidade grega buscou-se explicar toda anormalidade e toda loucura, como causa e efeito físicos, inteligíveis em termos de anatomia e patologia (FOUCAULT, 2005). De todo modo, cabe pontuar que a loucura é mantenedora da razão, haja vista coexistir com a loucura em contraposição; pois, quem tem razão não é louco e quem é louco não tem razão. Ainda que as noções de normalidade sejam construídas histórica, social e culturalmente, em última instância, de forma dicotômica “a loucura se torna a força viva e secreta da razão” (WICKERT, 1998).

Mesmo após o desenvolvimento de explicações e tratamentos médico-científicos voltados para os transtornos mentais, o caráter segregacionista é uma constante até a atualidade, demonstrando uma inabilidade social no ato de se relacionar com os sujeitos tidos como loucos – ou mesmo com as diferenças, num sentido mais amplo. Tal caráter segregacionista possui raízes profundas. Durante a Idade Média, por exemplo, quando a lepra se alastrou por várias regiões da Europa, muitos locais foram construídos para receber e tratar as pessoas atingidas por essa doença. Segundo Foucault (2005), estima-se que no século XII Inglaterra e Escócia, juntas, possuíam um total de 220 leprosários, os quais sempre eram mantidos a certa distância

da sociedade saudável. Uma vez que a lepra “desaparece” do mundo ocidental, permanecem as estruturas físicas dos locais onde os leprosos ficavam reclusos. Ainda com o caráter de exclusão social, tais locais passam a abrigar outros tipos de sujeitos indesejáveis: vítimas de doenças venéreas, pobres, presidiários, vagabundos e loucos.

Ainda no decorrer da Idade Média, precisamente a partir do século XV, certo humanismo médico foi dirigido às pessoas que haviam perdido a razão, acomodando-as em locais específicos e concedendo-lhes atenção e tratamento especiais, que estavam alinhados com o pensamento médico da época. Destacaram-se nesse período os hospitais de Valência (1409), Saragoça (1425), Sevilha (1436) e Toledo (1483) – todos localizados na Espanha; o Hôtel-Dieu<sup>15</sup>, que recebia loucos capazes de serem curados por meio de sangrias, purgações, banhos e vesicatórios<sup>16</sup>; além do famoso Hospital Bethlem Royal, em Londres, fundado em meados do século XIII e que a partir de 1403 começou a reservar salas exclusivas para loucos<sup>17</sup>. Perceba que todas as instituições europeias citadas não eram voltadas exclusivamente ao tratamento dos ditos loucos. Apenas determinadas alas desses hospitais destinavam-se a tal fim.

Com o passar dos anos, no entanto, esses hospitais comportaram também homossexuais, libertinos, doentes venéreos e devassos, fazendo com que os loucos perdessem pouco a pouco sua individualidade. Parece ter havido uma diminuição da sensibilidade, uma mudança de percepção, de modo que, já no início do Renascimento, todos esses sujeitos internados conjuntamente são acusados de sofrer do mesmo desatino. Perde-se a finalidade médica e curativa dessas instituições, as quais vão se tornando verdadeiras prisões, cuja dura rotina todos eram obrigados a seguir. Mesmo aqueles hospitais que permaneceram com a finalidade de receber apenas loucos, muitos perderam o caráter médico e assemelhavam-se a casas de correção.

Somente na passagem do século XVII para o XVIII é que a loucura é denominada e reconhecida como uma doença mental, sendo, então, conceituada como “alienação mental”. O alienado (ou louco) é, portanto, aquele sujeito privado das faculdades mentais, “entregue às malhas do desatino e dos desejos desenfreados, indivíduo que não pode ser responsabilizado por seus atos dado sua incapacidade de julgamento sobre si mesmo e sobre as coisas do mundo de uma forma geral” (HASHIMOTO; TAVARES, 2008, p. 4). Importante ressaltar que os termos “alienação mental” e “alienado” continuaram sendo usados ao longo do século XX.

---

<sup>15</sup> O Hôtel-Dieu, construído no século VII, é um hospital parisiense ainda em uso, considerado um dos mais antigos da Europa. Atualmente, ele é ligado à Faculdade de Medicina da Université Paris-Descartes.

<sup>16</sup> Trata-se de um medicamento externo que, aplicado à pele, provoca a formação de bolhas.

<sup>17</sup> Segundo Foucault (2005), em 1403 Bethlem mantinha preso a correntes e ferros seis alienados. Quando de sua ampliação, em 1642, oito novos quartos foram destinados exclusivamente a sujeitos deste perfil.

É neste momento que surgem os hospitais psiquiátricos: lugar privilegiado para a construção do saber sobre a loucura, onde o médico assume uma posição de poder enquanto detentor do conhecimento acerca das etiologias e formas de tratamento para os doentes (FOUCAULT, 2005). De fato, uma vez que a loucura foi entendida enquanto doença e objeto de intervenção da ciência, acreditava-se que determinadas práticas levariam a sua cura e os hospitais eram parte integrante deste processo. Trata-se do que Foucault (1984) denominou de processo de medicalização do hospital, o qual já não era visto apenas como simples figura arquitetônica, e sim como um instrumento de cura.

A partir de 1780, começa-se a estudar programas de reforma e reconstrução dos hospitais, de modo que deixem de ser instituições de assistência aos pobres e simples depósito de todo tipo de incômodo social (doentes, loucos, devassos, prostitutas etc.), e comecem a apresentar de fato uma função médica. Uma das características dessa transformação diz respeito a sua espacialidade. Uma vez que a arquitetura hospitalar devia ser instrumento de cura, fazia-se necessário pensar numa distribuição espacial interna na qual cada indivíduo tivesse um “meio espacial individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução” (FOUCAULT, 1984, p. 109).

Aos poucos, durante o século XVIII, começaram a salpicar pela Europa casas (em sua maioria, particulares) destinadas a receber exclusivamente os chamados insanos, alienados, imbecis ou loucos (PESSOTTI, 1996). Por detrás dessas emergentes construções houve uma grande motivação: o escândalo que era o fato de loucos estarem em prisões e *workhouses*<sup>18</sup> – mas isto não somente por questões humanistas. Escandalizavam-se também porque os loucos incomodavam, e a eles devia ser destinado um lugar específico onde convivessem com iguais. Tal experiência, mais do que nunca uniu a loucura ao internamento, mostrando-a como medida e representante desse mundo baseado na segregação (FOUCAULT, 2005).

No que diz respeito ao tratamento destinado aos loucos, um grande marco foram as propostas apresentadas pelo francês Philippe Pinel (1745-1826) e pelo inglês William Tuke (1732-1822). Começamos falando sobre Tuke: nascido em uma família Quaker, ele foi negociante e filantropo. Quando, em 1790, um de seus amigos faleceu em um manicômio, Tuke levantou fundos para a construção de um manicômio privado destinado a Quakers, afastado da

---

<sup>18</sup> Comuns, sobretudo, na Inglaterra do século XVII, trata-se de uma instituição que impunha o trabalho compulsório àquelas pessoas consideradas vadias e com condições físicas para trabalhar. Tais pessoas eram pobres que, afetadas pela grande crise econômica que assolou a Europa naquele período, mendigavam pelas ruas. As *workhouses* foram uma das várias instituições europeias, a exemplo das casas de correção, Hospitais Gerais, *poorhouses*, orfanatos, *almshouses*, prisões, que consumiram uma gorda parte dos recursos públicos ao longo de dois séculos, e serviram como mecanismo de limpeza social (MARKUS, 1993).

cidade e que se assemelhava a uma casa de campo, onde os pacientes poderiam usufruir do ar puro, bela paisagem, calmaria e, o mais importante, da liberdade. Tuke, bem como alguns de seus contemporâneos, acreditavam que a loucura era uma doença da sociedade, de modo que “emoções, incertezas, agitação, alimentação artificial” eram as causas de sua manifestação nas pessoas (FOUCAULT, 2005, p. 468). E foi assim que, em 1792, Tuke fundou e tornou-se diretor do Retiro York: de estilo gregoriano simples, o manicômio era “composto por um edifício quadrado de três andares com asas de dois andares flanqueando em cada lado. Cada ala teve mais um prédio menor ligado a ela”<sup>19</sup> (PIDDOCK, 2007, p. 64).

A ideia de Tuke era que York funcionasse como uma casa de família rigorosamente bem gerida. Desse modo, os pacientes eram convidados a jantar na mesa, tomar o chá durante uma educada conversa, contribuir na manutenção da limpeza do edifício e do jardim. O diretor de York acreditava que a sanidade de seus internos seria restituída quando estes obtivessem autodisciplina, mantendo o controle sob seus atos (MARKUS, 1993; BARTLETT, 1997). A fim de que isto fosse efetivado, aplicavam-se regras abrangentes e vigilância constante baseadas num sistema de recompensas e punições. Além disso, segundo Foucault (2005, p. 477), York deveria “agir como instrumento de segregação: segregação moral e religiosa, que procura reconstituir, ao redor da loucura, um meio tão semelhante quanto possível à Comunidade dos Quakers”. A presença religiosa nesse manicômio era importante na medida em que ajudava a coagir os pacientes a agirem moralmente e manterem o autocontrole.

Philippe Pinel foi um dos defensores do trabalho de Tuke. Influenciado pelos ideais do Iluminismo e da Revolução Francesa, Pinel foi considerado um dos primeiros a libertar das correntes os pacientes internados em Bicêtre e Salpêtrière<sup>20</sup>. Ele acreditava que a possibilidade de movimentação por si só era terapêutica, podendo gerar a completa cura dos pacientes. Dessa maneira, Pinel resgatou a humanidade dos pacientes, os quais, no seu entendimento, não deveriam ser tratados como animais ou criminosos. Porém, a liberdade concedida aos loucos ficava restrita aos muros do manicômio.

A segregação realizada por Pinel não atingiu o âmbito religioso – conforme ocorria no Retiro York –, mas comportou todos os discursos da moralidade. No entendimento de Pinel, a cura do louco se dá quando ocorre a “estabilização num tipo social moralmente reconhecido e

---

<sup>19</sup> Tradução livre do original.

<sup>20</sup> Há controvérsias com relação a isso. Segundo o site do *Science Museum*, Poussin, ex-paciente e assistente de Pinel, foi o verdadeiro responsável por libertar os primeiros loucos parisienses. Este ato, ocorrido em 1797, foi reconhecido publicamente por Pinel, o qual acusou os médicos elitistas de não reconhecerem o conhecimento prático que vinha sendo desenvolvido por pessoas leigas, tais como o próprio Poussin, e William Tuke. Os psiquiatras de 1800, no entanto, apossaram-se da história de Pinel como o libertador da loucura e fizeram-no um herói, ignorando o papel de Poussin.

aprovado” (FOUCAULT, 2005, p. 474). Ou seja, aqui vemos também a busca pelo controle do paciente, controle este que perpassa suas ações, as quais devem ser educadas de modo a se tornarem socialmente adequadas. O manicômio, portanto, é a continuidade da moral social, aspecto que observamos nas experiências das casas de internamento dos séculos anteriores, bem como nos hospitais psiquiátricos que surgiram posteriormente. E o manicômio, a partir de Pinel, é também parte essencial do tratamento da loucura. Assim, esta instituição deveria constituir-se num instrumento de cura das lesões das faculdades mentais que ocasionavam desvios morais, deixando de ser um simples local de enclausuramento. Era necessário que o manicômio apresentasse o ambiente ideal para a reeducação do paciente, de modo a proporcionar-lhe o retorno à vida social; e é nesse sentido que Pinel propôs uma aliança entre arquitetos e médicos, visando à criação desse ambiente adequado à cura (MARKUS, 1993).

Foi seguindo este pensamento que ocorreu uma reorganização interna nos manicômios, de modo que permitisse melhor observar a natureza da loucura nos pacientes, distribuindo-os conforme o quadro clínico de cada um. Assim, tais instituições passaram a ser construídas em pavilhões, isolados ou ligados entre si por meio de corredores, onde se abrigavam grupos de pacientes que apresentavam semelhanças no que tangia a sua doença. Trata-se de um período em que os espaços de exclusão – sejam eles para loucos, leprosos, detentos etc. – estruturaram-se para fins disciplinares.

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 (FOUCAULT, 2013). Tais mecanismos perpassam vários aspectos da rotina institucional: controla-se o espaço, o vestuário, a alimentação, os hábitos, punições e até mesmo o tempo – sendo este último, talvez, “a mais cruel e alienante estratégia de controle” (HASHIMOTO; TAVARES, 2008, p. 6). Vemos, portanto, como bem pontuou Hashimoto e Tavares (2008, p. 5), que “a Psiquiatria muito antes de funcionar como um campo de produção de conhecimento e Saber sobre (...) a doença mental, antes, viabiliza um ideal de higienização pública, a purificação do espaço social”. Utilizando-se de seu lugar de suposta neutralidade, o saber médico toma para si o controle dos comportamentos desviantes, encobrendo-os de ações normativas. Nesse sentido, a ciência é utilizada para justificar um posicionamento moral, haja vista a ela ser atribuída um valor inquestionável.

A reorganização estrutural dos manicômios atendeu também a diferenças econômicas e de gênero, de tal maneira que se investiu na construção de asilos particulares, ou alas em

instituições públicas destinadas exclusivamente a pagantes burgueses (MARKUS, 1993; BARTLETT, 1997). É importante ressaltar que tal lógica de organização do espaço manicomial se estendeu ao longo do século XX e se fez presente em outras instituições hospitalares e também prisionais, escolares, fabris, dentre outras. Fazer uso de espaços estruturalmente disciplinados permite administrar os corpos ali inseridos de modo a torná-los dóceis e produtivos. É o que Foucault (1984) chamou de *biopoder*: diferente do antigo poder soberano que fazia uso da ameaça de morte para se impor sobre as pessoas, o biopoder, ao contrário, utiliza de meios para conhecer, organizar e controlar a vida dos sujeitos em seus diferentes aspectos, fazendo uso, inclusive, do discurso médico a fim de sanar a sociedade de todos os males sociais.

A arquitetura do manicômio, no entanto, não servia apenas para controlar. Sua materialidade poderia também ser utilizada para modelar a atuação dos internos, uma vez que um mau comportamento poderia resultar no seu confinamento em uma cela, por exemplo; enquanto um bom comportamento o permitiria ter acesso ou permanecer em espaços melhores da instituição. Ou seja, a própria materialidade e espacialidade do prédio manicomial poderiam ser usadas como negociação e consequente modelagem dos comportamentos dos corpos ali internados (GOFFMAN, 1974).

Uma vez relacionada a loucura aos desvios comportamentais, isto é, à imoralidade, Pinel propôs o chamado “tratamento moral” a fim de restituir o equilíbrio comportamental dos doentes. Ele acreditava que o desarranjo da saúde mental era resultado de ideias erradas, ou imorais, nascidas de experiências inconvenientes fundadas em erros e que estavam circunscritas a episódios individuais ou vividos coletivamente na sociedade. O tratamento executado no manicômio, isto é, afastado do convívio social corrompedor, deveria, então, proporcionar experiências corretivas que ensinassem os doentes a manterem o autocontrole e a prudência. Aqui ficam em segundo plano a identificação dos motivos, traumas, contextos que levaram ao desequilíbrio das ideias; afinal, mais importante que isso era identificar os comportamentos desviantes e corrigi-los. Conforme pontua Goffman (1974), é nesse sentido que podemos observar o manicômio como uma verdadeira “estufa para mudar pessoas” (GOFFMAN, 1974, p. 22), tal como tantas outras instituições presentes em nossa sociedade.

O tratamento proposto por Pinel era realmente moral na medida em que atuava sobre o conhecimento e, por conseguinte, sobre o comportamento do paciente. Além disso, era moral porque tinha o objetivo de corrigir os desvios comportamentais que feriam a ética social. Dessa maneira, o médico acabava por adquirir o papel de pedagogo e de autoridade moral: ele repreendia e corrigia o paciente, guiando-o para uma vida mental equilibrada – que é a vida

moralmente aceita – tornando-se, assim, um verdadeiro agente da ordem social e moral dominante.

Este tratamento só era possível num espaço devidamente organizado, com regulamento rígido, vigilância atenta e cortês, e quando necessário, com autoridade inflexível – pois incerteza e insegurança poderiam resultar em experiências ambíguas que estimulariam a desordem cognitiva dos pacientes e, conseqüentemente, agravariam seu quadro de loucura. Tais aspectos, conforme afirma Markus (1993), fizeram com que a rotina e regras impostas nos manicômios, somadas às suas características arquitetônicas, os transformasse em algo que estava no limiar entre uma prisão e um hospital.

Ao propor o tratamento moral, Pinel buscava distanciar-se dos tratamentos médicos ortodoxos utilizados em asilos da época, cuja maioria envolvia derramamento de sangue, purga e restrições físicas, como o uso de correntes e algemas. Afinal, o projeto terapêutico de Pinel baseava-se também em ideias paternalistas, haja vista acreditar que os pacientes tinham maiores chances de recuperação se tratados como crianças e não como animais. Além disso, ele se mostrava preocupado para com a liberdade de seus pacientes. Isto porque, no seu entendimento, “os vícios, a degradação dos costumes, o entregar-se acriticamente aos apetites (...) [são] limitações, barreiras que impedem o homem de atingir a plenitude de sua condição humana, a direção inteligente de sua própria vida” (PESSOTTI, 1996, p. 100). O tratamento moral seria, portanto, um ato libertador na medida em que tira o paciente das amarras dos vícios, das manias e das paixões excessivas que o faziam ter comportamentos moralmente desviantes. Nesse contexto, o médico adquire o papel de “defensor da razão, garantidor da ordem, depositário da norma social” (PESSOTTI, 1996, p. 129) – aspecto que perpetuará na práxis psiquiátrica, a qual, em muitos contextos, é tida como comprometida com a ordem pública.

As ideias advindas do tratamento moral repercutiram na geração que sucedeu Pinel e, posteriormente, foi perdendo credibilidade à medida que avançavam os estudos referentes à fisiologia cerebral e à anatomia patológica. Além disso, a constatação de que os pacientes não se curavam tão rapidamente conforme o previsto gerou grande pessimismo com relação ao projeto terapêutico de Pinel. Somado a isto, a disseminação de manicômios por toda Europa que aplicavam o tratamento moral de forma inadequada, abusando das práticas repressivas para corrigir os pacientes, também contribuiu para o reduzido alcance da medicina moral.

A arqueóloga Susan Piddock (2007) demonstrou em sua tese este hiato existente entre a teoria e a prática no que tange ao tratamento moral. Após abrangente levantamento de literatura inglesa sobre psiquiatria, Piddock constatou que, na primeira metade do século XIX, havia o desejo em se criar um ambiente ideal, cujo regime de não restrição propiciasse hábitos

de autocontrole nos pacientes e sua conseqüente cura. Conselhos para a regulamentação dos manicômios foram criados a fim de que estes garantissem o tão almejado ambiente propício à cura, contendo boa ventilação, boas condições sanitárias, oferta de lazer e atividades diversas aos pacientes, além, obviamente, de observação constante e cuidado humanizado. No entanto, ao encarar a realidade material, Piddock pôde concluir, por meio de plantas e descrições de manicômios construídos na Grã-Bretanha entre 1814 e 1873, que estes, embora tivessem acomodações mais confortáveis, não concretizaram plenamente o modelo ideal proposto.

De um modo geral, copiavam-se os modelos construtivos que davam certo, ao ponto de, em determinado momento, ter ocorrido uma padronização do *layout* dos manicômios, no qual se observava quatro áreas distintas: a administrativa, a doméstica, de serviços e do mundo dos pacientes. Um plano construtivo dividido nessas áreas estabelecia clara separação entre o mundo dos pacientes e dos funcionários. A interação entre esses mundos, portanto, era mínima e limitada – sobretudo por conta do grande número de pacientes que costumavam ser internados. Conseqüentemente, isso comprometeu a possibilidade de se alcançar um regime de tratamento que propiciasse a cura, principalmente devido à falta de espaços destinados ao lazer e outras ocupações, ficando os pacientes restritos a clausura e ociosidade. Piddock, no entanto, faz uma ressalva apontando que a falta de salas destinadas exclusivamente a atividades recreativas não significa, necessariamente, a inexistência destas. Antes de qualquer coisa, isso é um indício da falta de formalidade com relação a tais atividades, as quais poderiam ter sido empregadas em espaços com usos flexíveis e variados.

Assim, a doutrina de Pinel e de seus discípulos foi pouco a pouco obscurecida, de modo que o sonho iluminista de humanização do louco foi apagado pela institucionalização do tratamento manicomial. Pinel, por sua vez, ficou eternizado como um mito: o homem filantropo que tirou as algemas da loucura. Mas sem querer santificar sua imagem, uma crítica faz-se necessária: o projeto terapêutico deste médico francês não se constituía em uma cura eficaz dos pacientes. Estes, na realidade, acabavam por se tornar dependentes das atenções do médico e do manicômio em si. Na década de 1900, historiadores argumentaram que o tratamento moral substituiu as correntes reais dos primeiros asilos por correntes invisíveis, tornando ainda mais difícil ao paciente abandonar a condição de internado. Além disso, cabe ressaltar que, conforme já foi mencionado, a liberdade dos pacientes era demarcada pelos muros institucionais; logo, embora não estivessem acorrentados, eles ainda permaneciam presos a um espaço delimitado, de modo que essas novas “correntes” não eram assim tão invisíveis.

A medicina oitocentista que tratou da loucura através de um enfoque anatomofisiológico, buscando causas orgânicas e anatômicas para a sua manifestação no ser

humano, apresentou o chamado tratamento físico. Esta relação entre loucura e saúde física, a qual existia desde a antiguidade grega, acabou crescendo paralelamente ao desenvolvimento da teoria organicista do século XIX, resultando no uso abundante de purgantes, sangrias, duchas frias, até mesmo bofetadas e chicotadas, bem como na criação de remédios e de maquinário variados. Acreditava-se que através da comoção violenta e distúrbios orgânicos temporários, era possível forçar o paciente a “tomar consciência de seu corpo e da realidade circunstante, ainda que penosa” (PESSOTTI, 1996, p. 222). O século XIX foi marcado, ainda, pelo aumento no número de internações em manicômios e pela variedade de diagnósticos relacionados à loucura, que justificavam tais internações.

Aparatos tais como o *swing*<sup>21</sup> (ou balanço), a *máscara de Autenricht*<sup>22</sup>, a *cintura de Haslam*<sup>23</sup>, o *saco de Horn*<sup>24</sup>, *cruz de cordas*<sup>25</sup>, o *tranquillizer*<sup>26</sup>, o *gyrater*<sup>27</sup> e uma infinidade de mecanismos violentos compunham o universo do tratamento físico. Acreditava-se que o choque causado por esses equipamentos seria capaz de trazer aos pacientes a consciência acerca do seu corpo e da sua condição. Portanto, após uma atordoante sessão no *swing*, acompanhada de enjoos e vômitos, passado o mal estar o paciente estaria novamente calmo, tranquilo e ciente das coisas ao seu redor. Para além do efeito que se acreditava curativo, o uso dessas engenhocas juntamente com práticas tais como o emprego de duchas frias, servia ainda como castigo e coerção para forçar os pacientes a fazer o que lhes era solicitado. Ao longo do século XX, outros mecanismos violentos como a camisa de força e o eletrochoque, também cumpriram as mesmas funções.

Parte desse universo material e práticas de coerção são apresentados no filme *Stonehearst Asylum*, de 2014, no qual vemos uma interessante representação de um manicômio oitocentista, a busca da medicina pela classificação, causa e tratamento dos diversos tipos de transtornos mentais, bem como a instigante discussão sobre quem é alienista e quem é alienado.

---

<sup>21</sup> Criado pelo médico inglês Erasmus Darwin, tratava-se de uma maca suspensa, na qual o paciente era amarrado e girado aceleradamente até sofrer náuseas e vômitos.

<sup>22</sup> Feita de couro rígido, esta máscara destinava-se a sufocar os gritos de pacientes agitados.

<sup>23</sup> Colete de ferro que mantinha o paciente preso a um tronco ou barra metálica.

<sup>24</sup> Saco de tecido muito grosso de modo a impedir a passagem de luz, dentro do qual eram amarrados os pacientes mais agitados. Horn era o diretor do Hospital da Caridade de Berlim.

<sup>25</sup> “Uma grossa corda era fixada na vertical, do teto ao solo; outra a cruzava, amarrada à esquerda e à direita. O paciente, de pé, era amarrado pela cintura ao cruzamento das duas e seus braços, abertos e estirados eram ligados à corda horizontal. Os pés eram amarrados à corda vertical. Esse tratamento chamava-se ‘crucifixão’” (PESSOTTI, 1996, p. 225).

<sup>26</sup> Utilizado para acalmar os pacientes, consistia numa cadeira de madeira onde “o paciente era imobilizado pelos pés, cintura, peito, braços e cabeça. Uma caixa de madeira vedava qualquer visão ou qualquer movimento da cabeça. O paciente, assim imobilizado, ficava trancado numa sala escura e sem qualquer som, por muitas horas” (PESSOTTI, 1996, p. 236).

<sup>27</sup> Tratava-se de um aparelho semelhante ao *swing* de Cox. Construído pelo norte americano Benjamin Rush, o *gyrater* possuía dispositivos mecânicos que provocavam vertigens e choque a quem estava preso a ele.

Tal enfoque anatomofisiológico, no entanto, não desvinculou a loucura dos comportamentos socialmente desviantes. Até meados do século XX o alcoolismo, por exemplo, era apontado como diagnóstico de alienação. No *Diário do Hospício*, escrito por Lima Barreto durante sua segunda internação (entre dezembro de 1919 e fevereiro de 1920) no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, o escritor relata, dentre outras coisas, como o seu vício no álcool foi responsável por levá-lo várias vezes a hospitais<sup>28</sup>. Em um trecho repleto de lucidez analítica, Lima Barreto faz uma reflexão sobre o que seria a loucura:

Há uma nomenclatura, uma terminologia, segundo este, segundo aquele; há descrições pacientes de tais casos, revelando pacientes observações, mas uma explicação da loucura não há. Procuram os antecedentes do indivíduo, mas nós temos milhões deles, e, se nos fosse possível conhecê-los todos, ou melhor, ter memória dos seus vícios e hábitos, é bem certo que, nessa população que cada um de nós resume, havia de haver loucos, viciosos, degenerados de toda sorte. De resto, quase nunca os filhos dos loucos são gerados quando eles são loucos; os filhos de alcoólicos, da mesma forma, não o são quando seus pais chegam ao estado agudo do vício e, pelo tempo da geração, bebem como todo mundo. Todas essas explicações da origem da loucura me parecem absolutamente pueris. Todo problema de origem é sempre insolúvel; mas não queria já que determinassem a origem, ou explicação; mas que tratassem e curassem as mais simples formas. Até hoje, tudo tem sido em vão, tudo tem sido experimentado; e os doutores mundanos ainda gritam nas salas diante das moças embaçadas, mostrando os colos e os brilhantes, que a ciência tudo pode (BARRETO, 2017, p. 55).

## 1.2 Louco: um sujeito doente

Uma vez compreendido o conceito de loucura, bem como o surgimento e consolidação dos manicômios enquanto locais adequados para o tratamento dessa enfermidade, cabe ainda tratar do conceito de doença na sociedade ocidental. Isto porque o sujeito louco encaminhado ao manicômio, além de um incômodo social, é visto também como um doente e alvo do saber médico. E os manicômios, antes de serem depósitos de problemas sociais, são constituídos, conforme já vimos, como uma instituição hospitalar e de tratamento de um grupo específico de doentes. No mais, é importante ter em mente que os diferentes conceitos do que se entende por doença ou saúde determinam a forma de lidar com a doença em si e com a cura.

Desde a década de 1920 a Antropologia vem se debruçando na relação entre saúde e cultura, e demonstrando que os conceitos de saúde e doença são construídos a partir de processos psicobiológicos e socioculturais. Segundo Langdon (1995), a doença não é um simples processo biológico/corporal; ela é, antes de tudo, o resultado do contexto cultural e uma

---

<sup>28</sup> Lima Barreto foi internado pela primeira vez no Hospital Nacional de Alienados entre agosto e outubro 1914, devido seus delírios causados pelo álcool. Em 1916, ele foi recolhido na Santa Casa de Ouro Fino e, no ano seguinte, no Hospital Central do Exército – sempre por causa do alcoolismo (BARRETO, 2017).

experiência subjetiva de aflição. Desse modo, o sistema médico e de saúde é uma instituição social interligada a aspectos culturais, o qual só faz sentido dentro do grupo a que pertence.

A afirmação de que o sistema de saúde é também um sistema cultural carrega em si a ideia de que cultura é “uma expressão humana frente à realidade. É uma construção simbólica do mundo sempre em transformação. É um sistema simbólico fluído e aberto” (LANGDON, 1995, n.p). E embora a cultura seja compartilhada pelos membros de um grupo, ela não é uma unidade ou norma estanque, haja vista estar aberta às subjetividades. Portanto, ainda que compartilhemos das mesmas noções simbólicas, podemos agir e interpretar as mensagens compartilhadas socialmente também segundo nossas percepções individuais, resultantes de experiências particulares.

Esclarecido esse ponto, Langdon (1995) sugere que compreendamos a doença como processo e como experiência. Considerar a doença como processo implica interpretar seu significado através de etapas: o reconhecimento dos sintomas, o diagnóstico, a escolha do tratamento, o acompanhamento e avaliação do tratamento escolhido. Ou seja, os sinais indicadores de uma doença se dão através de um processo; e tais sinais variam de uma cultura para outra. Em várias culturas, por exemplo, os indicadores de doenças não estão restritos ao corpo; eles podem estar presentes na situação ambiental, seja do grupo ou da natureza. Mesmo dentro do nosso modelo biomédico ocidental, a identificação e tratamento das doenças nem sempre ocorre de maneira consensual, sendo necessário um processo repleto de negociações e decisões entre várias pessoas.

A doença como experiência, segundo Langdon (1995), é considerar que ela é um processo subjetivo e não apenas um conjunto de sintomas físicos observados empiricamente. Para além dos sinais indicadores da doença, esta é também uma experiência corporal mediada pela cultura. Langdon (1995) explica este argumento utilizando o exemplo da dor: a dor pode ser experimentada e expressa de maneira diferente em diversas culturas. Isto porque

a relação corpo/cultura vai além da questão de sofrimento físico. O corpo serve para o ser humano como uma matriz simbólica que organiza tanto sua experiência corporal como o mundo social, natural, e cosmológico. O que o corpo sente não é separado do significado da sensação, isto é, a experiência corporal só pode ser entendida como uma realidade subjetiva onde o corpo, a percepção dele, e os significados se unem numa experiência única que vai além dos limites do corpo em si (LANGDON, 1995, n.p).

A nossa sociedade ocidental costuma encarar a doença a partir de um modelo biomédico cartesiano que a coloca em oposição ao que é saudável. E como sabemos que a sociedade não

é uma unidade estanque, nossas noções de saúde e doença variam e refletem a conjuntura social, econômica, política e cultural vigente (SCLIAR, 2007).

Após a Segunda Guerra Mundial e a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de “saúde” foi definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e [que] não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, conforme consta no documento que discorre acerca dos seus princípios da OMS, datada de 22 de julho de 1946 (OMS, 1946). Tal definição, no entanto, mostrou-se demasiado ampla, acarretando algumas críticas. Houve as críticas de natureza técnica, que apontaram este conceito de saúde como algo ideal e inatingível; e críticas de natureza política, que viram na abrangência do conceito uma brecha para abusos por parte do Estado, o qual poderia intervir de forma arbitrária na vida dos cidadãos sob o pretexto de promover a saúde (SCLIAR, 2007). Devido esses debates, em 1977, Christopher Boorse propôs um outro conceito muito mais objetivo: “saúde é a ausência da doença. A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor” (SCLIAR, 2007, p. 37). A nossa Constituição Federal Brasileira, por sua vez, absteve-se em discutir o conceito saúde e apenas estabeleceu que esta “é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” – princípio que atualmente norteia o Sistema Único de Saúde.

Não obstante a abrangência do conceito de saúde proposto pela OMS, é este que se faz presente no mundo ocidental pós segunda guerra mundial. A fim de diminuir as arestas do conceito, o médico e psiquiatra Christophe Dejours (1986) sugeriu que de fato o bem-estar físico, psíquico e social é relevante para se ter um organismo saudável; porém, este não se trata de um estado pleno e de completa estabilidade, haja vista que nosso organismo, nossa vida, nossas condições psíquicas mudam o tempo todo (e é normal que mudem!). Trata-se, antes de tudo, de algo que se conquista, que se enfrenta e da qual se depende. Portanto, segundo Dejours (1986, n.p), saúde é a liberdade de “ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social”. Por bem-estar físico entende-se o direito de ter um corpo que sofre variações: que tem fadiga, que sente sono, que tem fome etc.; bem-estar psíquico seria a liberdade de dar ao meu corpo a possibilidade de repousar, de comer etc.; e, por fim, o bem-estar social seria a liberdade de agir individual e coletivamente.

Em nossa sociedade, o senso comum tende a considerar saúde mental a capacidade de ter um bom desempenho na vida social. Um sujeito que não desempenha muito bem esse papel,

ou mesmo se recusa a fazê-lo, de imediato é considerado mentalmente doente. Isto é agravado quando temos dificuldade em nos relacionar com esse tipo de sujeito. Nas palavras de Szasz:

(...) se sentimos que não podemos nos comunicar com ele, que é de certo modo “basicamente” diferente de nós, estaremos inclinados a considerá-lo, não mais como um semelhante, mas como uma pessoa inferior (raramente como superior); nesse caso, dizemos que está louco, mentalmente doente, insano, psicótico, imaturo e assim por diante (SZASZA apud GOFFMAN, 1974, p. 296).

No contexto manicomial, a instituição costuma negar ao sujeito considerado louco o exercício da liberdade de escolha e da alteridade (afinal, a sociedade e a ciência estabeleceram que ele não sabe o que faz). Desse modo, seguindo os preceitos de Dejours (1986), tal instituição não promove sua saúde. Isto porque, conforme veremos mais detalhadamente a partir do terceiro capítulo desta tese, o manicômio tende a padronizar seus pacientes, inserindo-os numa rotinarrígida e que lhe é estranha, anulando seus antigos referenciais sociais, a fim de homogeneizá-los, controlar os comportamentos desviantes e encobri-los de ações normativas. Conforme pontua Wickert (1998, n.p), “por detrás de uma internação, há o tratamento benéfico e a punição, ou seja, o sujeito passa a ser cuidado e punido por ser diferente” – sobretudo se pensarmos que o doente mental carrega o rótulo da doença para o resto da vida como um estigma social. Desta forma, o manicômio apresenta-se como mantenedor da doença mental, uma vez que impede o sujeito de criar seu próprio caminho para suportar e lidar com suas pulsões, frustrações, sonhos e desejos e, assim, alcançar seu bem-estar (WICKERT, 1998).

Uma vez esclarecido que os conceitos “louco” e “loucura” são construídos social e culturalmente, e como eles se situam no mundo ocidental, devo pontuar que ao longo deste trabalho irei acioná-los diversas vezes, mas sem a carga pejorativa que diversas vezes nossa sociedade lhes incute. Sempre que falar em loucas e loucos, estarei referindo-me às pessoas encaminhadas ao Hospital Colônia e tornadas internas daquela instituição. Quando utilizar o termo “loucura” será no sentido genérico, referindo-me aos transtornos mentais de um modo geral, tal como eram entendidos ao longo do século XX.

### **1.3 Uma Arqueologia da Contemporaneidade**

O Hospital Colônia, objeto de minha pesquisa, foi inaugurado em 1903, na cidade de Barbacena (MG). Considerando a proximidade temporal do objeto estudado, bem como as reverberações que o tema gera na atualidade, essa pesquisa enquadra-se em um campo denominado Arqueologia do Passado Contemporâneo.

A Arqueologia do Passado Contemporâneo é uma linha de pesquisa que tem crescido bastante nas últimas décadas (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2008, 2019a, 2019b; HARRISON; SCHOFIELD, 2010; HARRISON, 2016). González-Ruibal define como era contemporânea o “período arqueológico que inicia por volta da virada do século XX e é caracterizado por fenômenos arqueológicos específicos”<sup>29</sup> (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2019a), tais como a alta e excessiva destruição e transformação de paisagens tão típicas do novo milênio. A este período, o autor denomina também de supermodernidade: iniciada a partir da Primeira Guerra Mundial, é caracterizada pela produção e consumo crescentes, e também pela destruição tanto dos seres humanos em si como das coisas, gerando a proliferação de sítios arqueológicos tais como campos de batalha, ruínas, campos de concentração, dentre outros. Nesse sentido, a Arqueologia possibilita realizar um relato mais crítico do alto potencial de destruição característico dessa era (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2008).

González-Ruibal (2008) explica que no conceito de supermodernidade o prefixo “super” – assim como o “pós” utilizado em “pós-moderno” – não significa superação de um período de exacerbação e exagero advindos com o apogeu da globalização. Portanto, “uma arqueologia da supermodernidade explora a natureza material desses excessos e, especialmente, as consequências devastadoras do exagero supermoderno”<sup>30</sup> (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2008, p. 2-3). Estudos que se debruçam nessa proposta são importantes para expandir o campo da Arqueologia Histórica que, em grande medida, centra-se no período entre os séculos XVI e XIX, e acaba por dirigir pouca atenção aos sítios dos séculos XX e XXI. Isto se dá, em grande medida, pelo fato de muitas vezes ainda estarmos experienciando, estarmos envolvidos ou termos uma memória muito viva desse passado recente, de modo que não atrai a atenção de arqueólogas e arqueólogos – tão acostumados a lançar seus olhares para temporalidades mais longínquas. Conforme já foi mencionado, “a arqueologia da supermodernidade é a arqueologia de nós que estamos vivos (com certeza nenhuma outra arqueologia pode alegar isso), mas é também, mais do que qualquer outra, a arqueologia do trauma, emoção e envolvimento íntimo”<sup>31</sup> (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2008, p. 3). Certamente, tal definição é a que melhor expressa meu trabalho de pesquisa: o Hospital Colônia é um sítio marcado por experiências traumáticas que ainda hoje afetam a população barbacenense que conviveu com ele seja direta ou indiretamente. Ele aguça o imaginário de muitas pessoas e gera desconfortos em tantas

---

<sup>29</sup> Tradução livre do original.

<sup>30</sup> Tradução livre do original.

<sup>31</sup> Tradução livre do original.

outras. Envolveu-me profundamente, deixando marcas emotivas e me resignificando enquanto pesquisadora.

A definição de contemporaneidade apresentada por González-Ruibal, porém, pode ser muito mais abrangente e plural conforme os ditames culturais nos quais este conceito está inserido. Na França, por exemplo, a era contemporânea se inicia a partir da Revolução Francesa, no final do século XVIII, e segue até o presente. Em muitos cursos de graduação em História espalhados pelo Brasil, esse recorte temporal também costuma ser utilizado para se referir ao período denominado tradicionalmente como Idade Contemporânea. Já em sociedades não ocidentais, nas quais a contemporaneidade é definida pela memória coletiva que advém ao longo de gerações, essa definição é completamente outra<sup>32</sup>. Portanto, em termos de definição do meu contexto de pesquisa, considero minha investigação uma Arqueologia do Passado Contemporâneo por se tratar de um passado recente que, segundo as palavras de Harrison e Schofield (2010, p. 4-5), “não está ‘fechado’ na interpretação nem na influência emocional”<sup>33</sup>.

Dentro desse entendimento de contemporaneidade, a Arqueologia estaria interessada em pesquisar sítios com os quais estamos intimamente familiarizados e que exerce grande influência no nosso dia a dia e ações, resultando no desafio de explorar segredos e esquecimentos desse passado próximo, recuperando memórias recentes através da cultura material. Cabe ressaltar que a Arqueologia possibilita investigar eventos e grupos sociais que de outra maneira talvez não fosse possível desvendá-los ou melhor compreender suas várias nuances e aspectos. Em contextos de ditaduras de militares, guerras e campos de concentração nazistas, por exemplo, nos quais muitos arquivos foram propositalmente destruídos, arqueólogas e arqueólogos puderam trazer à tona informações e narrativas que não estariam acessíveis por outros meios<sup>34</sup>. Nas pertinentes palavras de González-Ruibal (2019a, p. 20): “É mais fácil impedir o acesso a um arquivo morto do que a um sítio aberto”<sup>35</sup>.

Também nos casos em que há testemunhas oculares a Arqueologia se faz muito importante. Isso porque em contextos de violência, opressão e/ou violação dos direitos humanos, as memórias de tais testemunhas costumam ser atravessadas por traumas que as tornam turvas, embaralhadas e demasiado complexas de serem trabalhadas. Esta realidade foi frequente durante minha pesquisa, quando entrevistei pessoas que trabalharam e que foram

---

<sup>32</sup> Para uma discussão mais aprofundada sobre a definição da era contemporânea, ver González-Ruibal, 2019a – mais especificamente seu primeiro capítulo.

<sup>33</sup> Tradução livre do original.

<sup>34</sup> Os livros *Archaeologies of the Contemporary Past*, de Buchli e Lucas (2001) e *Archaeologies of Internment*, organizado por Moshenska e Myers (2011), são apenas alguns exemplares que reúnem ótimos trabalhos de investigação dos contextos citados.

<sup>35</sup> Tradução livre do original.

internadas no Hospital Colônia. Intrigou-me bastante o fato de muitos dos meus entrevistados não conseguirem lembrar sua cidade natal, a idade que tinham ao chegarem no hospital, ou mesmo se carregavam consigo uma mala ou mochila no dia da internação. Por vezes, memórias de passagens por outros hospitais misturavam-se com as lembranças da vivência no Colônia, o que tornou desafiador o tratamento dessas recordações enquanto fonte de pesquisa.

Pessoas que vivenciaram contextos que não foram marcados por violências, não geram lembranças mais confiáveis, uma vez que é natural as memórias ficarem distorcidas ao longo dos anos. Portanto, as memórias de testemunhas oculares não podem ser tomadas como simples reflexo imediato de eventos passados. Diante disso, através da cultura material é possível “fornecer uma visão mais clara dos episódios confusos, geralmente apenas mapeando o que resta”<sup>36</sup> (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2019a, p. 21).

González-Ruibal (2008) ressalta que, mesmo abordando um período tão bem documentado como a era contemporânea, sempre há coisas e eventos que não conseguimos explicar ou descrever em sua totalidade e com precisão — não obstante todos os dados e fontes disponíveis. Essas limitações são constitutivas da Arqueologia e, ainda que se trate de um passado próximo a nós, não podemos esperar ou forçar que nossos dados preencham todas as lacunas ou abarque todas as histórias desse período. A importância da Arqueologia do Passado Contemporâneo – e minha pesquisa se enquadra muito bem nessa perspectiva – está no seu papel político em produzir histórias alternativas sobre eventos recentes, mediando e mantendo viva a sua memória – sobretudo se pensarmos nos grupos socialmente marginalizados. Pessoas em situação de rua (ZIMMERMAN; WELCH, 2011; BRATE *et al.*, 2015), refugiados (COELHO, 2016) e imigrantes (COELHO *et al.*, 2017; MCGUIRE, 2017), por exemplo, que são grupos pouco documentados e cujas histórias atraem pouco interesse na sociedade, ganham visibilidade a partir da Arqueologia Contemporânea.

Porém, mais que criar histórias alternativas, essa linha de pesquisa carrega a potencialidade de contar histórias de uma forma alternativa, implantando uma retórica que mantenha “a coisidade da coisa, sem ficar preso no discurso verbal, e que faça justiça à natureza perturbadora do registro arqueológico com o qual trabalhamos”<sup>37</sup> (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2008, p. 8). Isto é necessário para tocar, sensibilizar ou mesmo assombrar; afinal, muitas vezes estamos lidando com dramas, destruições e dores ao realizar esse tipo de Arqueologia. A construção dessa tese esteve intimamente ligada com este aspecto, uma vez que aborda um

---

<sup>36</sup> Tradução livre do original.

<sup>37</sup> Tradução livre do original.

contexto traumático e sensível que emana lembranças dolorosas, abre cicatrizes e gerou-me desconfortos ao me envolver emocionalmente.

Ainda segundo González-Ruibal (2019a), esse campo de pesquisa dá conta de estudar os traços das transformações características desde o último século, os quais formam um conjunto arqueológico particular, como ruínas, lugares abandonados, escombros, dentre outros, e também a forma como essas coisas e lugares são apreendidos e ressignificados no presente. Tal prática arqueológica, portanto, não se resume à investigação de um passado próximo ou do tempo presente. Mais que isso, trata-se do estudo e compreensão do fenômeno arqueológico específico da era contemporânea, repensando tanto a teoria como a própria prática arqueológica. É evidente que ambas as proposições não são incompatíveis: “examinando nosso tempo presente como mais um período arqueológico, podemos simultaneamente refletir sobre os fundamentos metodológicos e teóricos de nossa disciplina e contribuir para uma compreensão diferente do mundo contemporâneo”<sup>38</sup> (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2019a, p. 1).

Entre as décadas de 1960 e 1970, em meio aos debates e produções da chamada Nova Arqueologia, surgiu a primeira tentativa de tratar da contemporaneidade a partir do viés arqueológico. A *arqueologia de nós*, ou *archaeology of us* conforme denominada originalmente, foi explorada por Gould e Schiffer (1981) no livro *Modern Material Culture: The Archaeology of Us*, o qual reúne pesquisas que buscavam compreender a relação entre comportamento humano e materiais da sociedade contemporânea. Segundo González-Ruibal (2019a), embora a *arqueologia de nós* tivesse uma clara dívida com a etnoarqueologia, elas se afastavam de duas importantes maneiras: “como o próprio nome indica, ela [a *arqueologia de nós*] se concentrou nas sociedades industriais modernas, em vez das tradicionais, e o fez sem o imperativo analógico que era a lógica do trabalho etnoarqueológico<sup>39</sup>” (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2019a, p. 6-7).

Tal proposta de pesquisa permaneceu às margens da Arqueologia e se diferencia sobremaneira daquela praticada atualmente. Ainda segundo González-Ruibal (2019a), “as Arqueologias do Passado Contemporâneo foram influenciadas principalmente pelo pós-processualismo, pelos estudos modernos da cultura material e pela arqueologia pós-processual britânica, que investigava a materialidade ocidental desde os anos 80”<sup>40</sup> (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2019a, p. 7). Essa linha de pesquisa, conforme a conhecemos hoje, alcançou força e destaque nos últimos vinte anos a partir de publicações como os livros *Matter, Materiality and*

---

<sup>38</sup> Tradução livre do original.

<sup>39</sup> Tradução livre do original.

<sup>40</sup> Tradução livre do original.

*Modern Culture*, organizado por Paul Graves-Brown em 2000, *Archaeologies of the Contemporary Past*, organizado por Victor Buchli e Gavin Lucas em 2001, *Oxford Handbook of the Archaeology of the Contemporary World*, de edição de Graves-Brown *et al.*, 2013, o *Journal of Contemporary Archaeology*, lançado em 2014, e o livro mais recente *An Archaeology of the Contemporary Era*, de González-Ruibal, 2019. Tamanha bibliografia demonstra o potencial desse campo de pesquisa que permanece em ascensão, abordando questões da vida contemporânea pelo viés arqueológico (HARRISON, 2016).

González-Ruibal, (2019a) ressalta, porém, que na França Philippe Bruneau e Pierre-Yves Balut (1982) lançaram provocações há décadas atrás que vieram a ser adotadas por pesquisadoras e pesquisadores da atualidade. Os autores não apenas chamaram a atenção para o fato de que períodos mais recentes costumavam ser negligenciados pela Arqueologia, como também ressaltaram que o estudo das materialidades das sociedades moderna e contemporânea provocavam a reelaboração da própria Arqueologia. Segundo Bruneau e Balut (1982 apud GONZÁLEZ-RUIBAL, 2019a), uma vez que se desenvolve uma Arqueologia do Contemporâneo, a temporalidade deixa de ser critério para definir a disciplina, haja vista o “antigo” já não ser seu único alvo de estudo. Além disso, a prática arqueológica deixa de resumir a escavações e passa-se a observar mais atentamente as coisas que se encontram na superfície. Tal prática é amplamente adotada nos trabalhos recentes de Arqueologia do Passado Contemporâneo, dentre os quais encontra-se tanto minha pesquisa de mestrado como essa de doutorado, que não envolveram escavações e tiveram como foco edificações que foram abordadas como artefatos arqueológicos. Assim como ocorreu com a *arqueologia de nós*, na época de sua elaboração a proposta de Bruneau e Balut também teve pouco impacto na disciplina em escala mundial, permanecendo atrelada ao território francês.

Outro ponto pouco considerado acerca do desenvolvimento da Arqueologia do Passado Contemporâneo são trabalhos realizados no âmbito da chamada Arqueologia de contrato. González-Ruibal (2019a) pontua que no Reino Unido é amplamente reconhecido o papel da gestão patrimonial no desenvolvimento da Arqueologia Contemporânea. Na Europa continental, por sua vez, arqueólogas e arqueólogos passaram a refletir sobre seu passado mais recente a partir de materiais encontrados em escavações realizadas durante intervenções urbanas e avaliações de impacto de implantação de grandes infraestruturas. Foram nesses contextos, entre as décadas de 1980 e 1990, que surgiram pela Europa trabalhos arqueológicos voltados aos campos de batalha da Primeira e Segunda Guerras Mundiais, às trincheiras da Guerra Civil Espanhola e aos campos de concentração nazistas. Por muito tempo a maioria

dessas pesquisas foram publicadas em periódicos pouco conhecidos, e só recentemente foram incorporadas nas grandes sínteses.

Trabalhos realizados em contextos de Arqueologia de contrato permitiram que fenômenos urbanos tais como a remoção de favelas, guetos, o empobrecimento, segregação racial, dentre outros, fossem documentados na Europa, Austrália e América do Norte (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2019a). Um trabalho exemplar nesse sentido foi encabeçado por Rebecca Yamin, em Nova York, durante o ano de 1991. Naquele contexto, a Historic Conversation and Interpretation (HCI), contratada pela General Services Administration, realizou a escavação de quatorze lotes históricos localizados na Foley Square. “O local, que incluía fundações de cortiços e cinquenta elementos arqueológicos truncados, ficava perto da interseção para a qual Five Points foi nomeado”<sup>41</sup> (YAMIN, 2001, p. 156) – uma das maiores favelas da Nova York oitocentista, que existiu por mais de setenta anos. Este trabalho permitiu fornecer outra perspectiva e narrativas alternativas referentes à vida em Five Points, que até então era resumido a um local infestado por doenças, crimes e promiscuidades.

Trabalhos semelhantes vêm sendo realizados nos últimos anos também em centros urbanos brasileiros, sobretudo após a efetivação da Portaria 230/2002 do IPHAN, que gerou um aumento significativo de trabalhos de Arqueologia de contrato. Dentre estes, cerca de 55% ocorreram em contextos urbanos durante os anos de 2000 e 2004, segundo Zanettini (2006). Isso permitiu o desenvolvimento de pesquisas muito interessantes que resultaram em dissertações, teses e artigos.

Exemplar nesse sentido foi o levantamento e acompanhamento arqueológicos realizados sob a coordenação de Beatriz Thiesen, em Porto Alegre, no ano de 2000, durante a instalação de um *shopping center* na área onde se localizavam os prédios da cervejaria Bopp Irmãos, que funcionou ali no início do século XX. Este trabalho resultou em sua tese de doutorado intitulada “Fábrica, identidade e paisagem urbana: Arqueologia da Bopp Irmãos (1906-1924)”, na qual analisa as relações entre o superartefato que é a fábrica e a construção da paisagem urbana a partir dos níveis físico, social e simbólico. Outro trabalho exemplar realizado em contexto de licenciamento foi o "Programa de Prospecções e Resgate Arqueológico Quadra 090, Setor 008 (Perímetro Nova Luz), Município de São Paulo, Estado de São Paulo", realizado pela Zanettini Arqueologia entre os anos de 2009 e 2010, para a implantação do Centro Paula Souza das Escolas Técnicas do Governo do Estado de São Paulo. O estudo da Quadra 090, resultou na dissertação “Pedacões de uma Paulicéia Espalhados pela Urbe: musealizando uma arqueologia

---

<sup>41</sup> Tradução livre do original.

com a cidade”, de Piero Tessaro (2013), o qual propõe uma Arqueologia com a Cidade a partir de uma visão crítica dos vestígios e seus contextos, que podem lançar luz aos problemas atuais da cidade de São Paulo.

A Zanettini Arqueologia também foi responsável pelo “Programa de Prospecção, Resgate e Monitoramento Arqueológico Shopping Pátio Ciane”, de 2012, em Sorocaba (São Paulo). Desse projeto resultou o artigo “Pixações sob a ótica da Arqueologia Urbana”, de Rafael Souza (2013), acerca das pixações presentes no complexo fabril Cianê – conjunto edificado do final do século XIX. A partir dessa expressão gráfica, o autor discute sobre a resignificação e reconstrução da paisagem urbana por parte de grupos sociais marginalizados.

Yamin (2001), Thiesen (2005), Souza (2013) e Tessaro (2013) são apenas alguns dos muitos trabalhos de Arqueologia de contrato que, embora se debrucem em sítios de temporalidades mais recentes, pouco teorizam sobre a relação da prática arqueológica em contextos contemporâneos. Todos eles estão atrelados às chamadas Arqueologia Urbana e/ou Arqueologia Industrial, mas não têm como interesse prioritário estabelecer uma discussão acerca da Arqueologia do Passado Contemporâneo – ainda que sejam linhas de pesquisa muito próximas e complementares.

Desde o surgimento da Arqueologia do Passado Contemporâneo, uma de suas características têm sido reunir diferentes escolas com suas agendas próprias, em geral determinadas pelas realidades e políticas nacionais de cada uma (GONZÁLEZ-RUIBAL, 2019b). No caso da América do Sul, contexto no qual estou inserida, os temas recorrentes referem-se a episódios históricos traumáticos do século XX, com especial destaque às ditaduras militares. Funari, Zarankin e Reis (2008), Costa e Maguire (2018), Suárez *et al.* (2019) e Lemos (2019) são apenas alguns exemplos de trabalhos que se debruçaram no estudo de sítios referentes ao período ditatorial em diferentes países sul-americanos. Com enfoque na cultura material, a Arqueologia tem oferecido importantes contribuições acerca do nosso recente passado ditatorial e contribuído para o não apagamento da memória daquelas pessoas que resistiram e lutaram contra o sistema de opressão. Em minha pesquisa, centro-me em outro tipo de contexto traumático deste primeiro milênio: uma instituição psiquiátrica – o Hospital Colônia de Barbacena (MG) – a partir do qual me proponho a construir uma Arqueologia da Loucura.

Embora distintos, sítios referentes a ditaduras e a manicômios apresentam algo em comum: ambos abordam espaços marcados pelo conflito e pela resistência, cuja história foi registrada de forma muito fragmentada e majoritariamente por aqueles que ocupavam posições de poder. A Arqueologia, por sua vez, oferece ferramentas teórico-metodológicas capazes de

resgatar e reverberar histórias de grupos oprimidos, assumindo, assim, um importante papel político e social. Desse modo, soma-se às histórias já contadas narrativas alternativas, com o protagonismo dos sujeitos que, por anos, haviam sido deixados à margem. Conforme bem pontuam Funari e Zarankin (2008, p. 25), tais pesquisas permitem “trazer à tona novos esclarecimentos, responder a curiosidades, subsidiar aquilo que precisamos memorizar, lembrar e, talvez, esquecer”.

#### **1.4 Por uma Arqueologia da Loucura**

Minha investigação se dá através das materialidades que compunham o Hospital Colônia, cujo conjunto reflete uma ideia de loucura, de construção do louco e que concretizam uma ideia de tratamento para este sujeito. Peta Longhurst (2011), ao pesquisar alguns manicômios na Austrália, fala da importância da Arqueologia no estudo dessas instituições, considerando-as não apenas uma instituição social, mas também um fenômeno tangível. Nas palavras de Longhurst (2011, p. 18), “grande parte da teoria psiquiátrica enfatiza o ambiente construído da instituição mental, seja como instrumento de controle, fonte de valor terapêutico ou meio de segregação<sup>42</sup>”. Portanto, o componente material da instituição manicomial deve ser explorado se quisermos compreendê-la mais a fundo.

Ainda são poucos os trabalhos arqueológicos que abordam especificamente hospitais psiquiátricos e/ou manicômios. Provavelmente isto se deve a dificuldade em acessar tais espaços e seus registros documentais, sendo, portanto, muito raras escavações nesse tipo de sítio arqueológico. Afinal, conforme muito bem pontuou Longhurst (2011, p. 20), “esses locais são sensíveis e controversos, e isso é agravado por sua proximidade temporal - longe de estarem abandonados há muito tempo, muitos ainda estão em uso ou foram fechados por vários anos”<sup>43</sup>. Tais dificuldades, inclusive, se fizeram presentes ao longo de minha pesquisa.

No Brasil, temos um trabalho pioneiro desenvolvido por Natalie Coppola sobre o Sanatório Bela Vista, que esteve em funcionamento entre os anos de 1920 e 1980 na cidade de São Paulo. Em sua pesquisa, Coppola (2017) analisou um conjunto de artefatos vítreos que estavam relacionados às atividades médicas empregadas no sanatório. O processo de escavação do terreno onde se localizava a instituição se deu em momentos distintos – nos anos de 1998, 2009 e 2011 – a partir de projetos de Arqueologia de contrato. Com a análise da amostra de

---

<sup>42</sup> Tradução livre do original.

<sup>43</sup> Tradução livre do original.

vidros resgatados nessas escavações, Coppola (2017) pôde fazer inferências acerca dos hábitos latentes de higiene e saúde do sanatório, o qual estava inserido em um contexto de urbanização e expansão da metrópole paulista pautado por ideais higienistas diretamente associados a concepção de saúde mental em vigor durante o século XX: segregação dos incômodos sociais e quase total ausência de tratamento eficaz direcionado aos transtornos mentais.

Na Austrália também se desenvolveram interessantes trabalhos de Arqueologia em instituições manicomiais. Um deles foi realizado por Piddock (2007), a qual analisou manicômios oitocentistas da Inglaterra e de suas colônias na Austrália do Sul e Tasmânia. Através de fontes e bibliografia médica do século XIX, ela mostra que havia um modelo ideal de lugar adequado para o tratamento, cura, e conseqüente reinserção dos pacientes na sociedade. Este “ideal” largamente abordado em artigos especializados e até presente em muitos projetos, não se materializou, no entanto, nas construções arquitetônicas dos manicômios estudados pela autora. Longhurst (2011), por sua vez, desenvolveu um trabalho comparativo entre quatro instituições psiquiátricas oitocentistas de Nova Gales do Sul (Austrália), a partir do qual conseguiu mostrar a dissonância existente entre o desenvolvimento dessas instituições e o desenvolvimento da teoria psiquiátrica e da legislação de saúde mental.

Em ambos os trabalhos apontados acima, fica evidente que, embora já houvesse no século XIX estudos voltados para os benefícios do tratamento *open door*<sup>44</sup>, uma legislação que corroborava essa proposta e projetos arquitetônicos que a concretizariam, apresentando espaços abertos e de lazer, a realidade era muito diferente. O louco, uma vez tido como um ser desprovido de razão e improdutivo, continuava sendo alvo de práticas de segregação, as quais se faziam presente desde as edificações que não refletiam as novas teorias psiquiátricas até os tratamentos aplicados.

Minha dissertação de mestrado<sup>45</sup> também aponta as mesmas questões. O Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil de Belo Horizonte, objeto de estudo daquela pesquisa, carecia de reformas e de dinheiro para sua manutenção – fato que foi amplamente exposto pelos seus

---

<sup>44</sup> O *open door* foi uma proposta inaugurada em manicômios da Escócia, durante o século XIX, que tinha por objetivo manter seus pacientes livres para circular pela instituição, oferecendo a eles ocupações as mais diversas. Tal proposta, porém, teve seu aproveitamento máximo no Asilo Colônia Alt-Scherbitz (Alemanha), o qual serviu como inspiração para a construção da colônia anexa à Assistência aos Alienados, em Barbacena – que depois veio a ser o Hospital Colônia (Relatório apresentado ao Ex<sup>mo</sup> Senr. Dr. Secretario do Interior do Estado de Minas. SI-1674. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro). Cabe ressaltar que o *open door* não anulava a contínua vigilância, uma vez que, na época, cada instituição estabeleceu sua proporção no número de guardas por pacientes – guardas estes que deveriam garantir a manutenção da disciplina institucional, bem como a integridade física dos internos.

<sup>45</sup> Dissertação intitulada *Arquitetura que enlouquece: Poder e Arqueologia*, orientada pelo Prof. Dr. Andrés Zarankin, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais com o apoio financeiro da CAPES, e defendida em 2015.

diretores e pela mídia. O resultado disso foi o funcionamento por mais de trinta anos, ao longo do século XX, de uma instituição cujo espaço não favorecia a criação de um ambiente infantil e nem de áreas de liberdade e lazer para as crianças internas que tinham aquele hospital como lar.

Outro trabalho interessante é o artigo da psiquiatra forense, com formação em antropologia social, Bartlett (1997). Em *Spatial order and psychiatric disorder*, ela mostra como a segregação espacial das pessoas consideradas loucas, realizada de diferentes maneiras ao longo dos anos, está associada ao conceito de “insanidade” que acompanha cada tempo. Os manicômios, sobretudo a partir do século XIX, demonstram bem a crença de que os loucos deveriam ser separados do restante da sociedade.

A ordenação das pessoas e dos espaços abordada nos trabalhos acima citados, foi forjada entre os séculos XVI e XIX. Pouco se produziu acerca dos sistemas de liberdade e controle do século XX – talvez por se tratar de um período ainda muito próximo a nós, conforme discutido no tópico anterior. No entanto, em um mundo caracterizado, sobretudo, pela “intensa produção, consumo frenético e destruição em escala extraordinária” (THIESEN, 2013, p. 224), é demasiado importante documentar a vida contemporânea para as gerações futuras, a fim de encorajar formas diferentes de se pensar o hoje e o amanhã. Tal como bem coloca Thiesen (2013, p. 225-226): “essa arqueologia pode ter o importante papel de desbanalizar o passado recente, mostrando, escancarando, o drama, os traumas e, porque não, as soluções da nossa vida cotidiana”, apresentando-se como uma voz crítica e original no campo das ciências humanas e sociais.

Embora o Hospital Colônia de Barbacena já tenha sido muito explorado por historiadores, psicólogos, psiquiatras, sociólogos e jornalistas, ele carece ainda de um olhar arqueológico. Esta instituição tanto pode ser a materialização de políticas públicas e propostas psiquiátricas, como pode ter auxiliado na estruturação de tais questões. Tais aspectos possíveis de serem compreendidos através da cultura material, só demonstram o potencial de pesquisa ainda por explorar. Além disso, investigar a assistência psiquiátrica mineira através de sua materialidade, trata-se de uma possibilidade de criar narrativas alternativas referentes ao Hospital Colônia, que darão visibilidade a um grupo estigmatizado pela experiência manicomial.

É nesse sentido que afirmo estar fazendo uma Arqueologia da Loucura. Trata-se de investigar e compreender a loucura que está materializada no conjunto de objetos e construções arquitetônicas que davam forma ao Hospital Colônia e sustentavam sua vida institucional. Aqui, considero o hospital um sítio arqueológico, e seu conjunto material, um tipo de registro

arqueológico que pode nos informar sobre a assistência psiquiátrica pública em Minas Gerais durante a primeira metade do século XX.

### 1.5 “Escavando” a loucura

O Hospital Colônia não configura uma instituição abandonada ou em ruínas. Embora alguns de seus pavilhões estejam desativados, parte de sua estrutura comporta atualmente o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) e o Hospital Regional de Barbacena. Portanto, posso afirmar que se trata de um sítio arqueológico cujos registros encontram-se tanto em contexto sistêmico (ou vivo) como não-sistêmico (ou não-vivo).

É importante que isso fique explicitado porque o grande complexo hospitalar que foi o Hospital Colônia, composto por um total de 60 edificações, tem parte de seu registro arqueológico em ruína, parte em abandono e parte segue ocupado, com novos usos e configurações. Esse registro é atravessado por diferentes temporalidades e por algumas continuidades, o que torna sua leitura de difícil elaboração.

Para fins de pesquisa e de construção desse trabalho, estabeleci um recorte temporal que permitisse compreender o desenvolvimento do Hospital e também situar mudanças significativas em seus respectivos contextos maiores, que são o próprio desenvolvimento da assistência psiquiátrica pública em Minas Gerais. Desse modo, debrucei-me no período que vai da fundação do hospital, 1903, até a década de 1960. Essa escolha se deu por ser o período de maior crescimento do hospital, e que antecedeu as grandes mudanças no tratamento psiquiátrico advindas das mobilizações que estabeleceram o fim das internações compulsórias e das instituições de caráter manicomial no Brasil.

Dentro desse recorte temporal, o Hospital Colônia passou por transformações significativas, algumas das quais documentadas em reportagens de jornais, em traços arquitetônicos, ofícios institucionais e fontes as mais diversas. Falando de modo metafórico, o Colônia se apresenta como um sítio arqueológico com diferentes estratigrafias, algumas das quais confusas e sobrepostas. Minhas ferramentas de escavação foram, portanto, fontes variadas e complementares entre si:

- Ofícios e relatórios produzidos pela Diretoria do Hospital e pela Secretaria de Negócios do Interior, presentes no Arquivo Público Mineiro (APM), os quais listam pedidos de internação, reformas e aquisições que nos dão pistas do conjunto de objetos pertencentes ao cotidiano institucional;

- Reportagens de jornais, que relatam a inauguração de novos pavilhões, mudanças e polêmicas envolvendo o Colônia;
- Os pavilhões em si, que mais do que qualquer materialidade, concretizam uma determinada forma de lidar com a loucura, os quais foram analisados a partir da perspectiva da Arqueologia da Arquitetura com a aplicação do *modelo gamma*;
- Objetos que fizeram parte da rotina institucional, expostos atualmente no Museu da Loucura, em Barbacena;
- Entrevistas<sup>46</sup> com ex-internas/os e ex-funcionárias/os, em cujas falas é possível perceber, sobretudo, a ausência de objetos pessoais e básicos na vida diária daqueles diretamente afetados pela instituição, bem como as tentativas de criar espaços de resistência e individualidade. Aqui cabe pontuar que as ex-internas/os entrevistadas/os habitaram o Hospital Colônia a partir das décadas de 60 ou 70, período em que o Brasil vivenciava um regime ditatorial, que também foi um dos períodos nos quais o Colônia presenciou profundo abandono do poder público. Portanto, as falas dessas pessoas estão atravessadas por esse contexto específico e tal fato foi levado em consideração durante a construção da tese.

Cada uma dessas fontes carrega discursos variados (por vezes contraditórios) e compõem o grande mosaico que são as políticas de Estado para a assistência aos doentes mentais de Minas Gerais, bem como a vida das pessoas por elas atingidas.

Vê-se que se trata de uma pesquisa que não envolveu escavações. No entanto, o trabalho com cada uma das fontes não foi menos meticuloso. Tal qual uma escavação, foi necessária paciência quando as perguntas previamente elaboradas não eram respondidas de imediato; houve várias surpresas, uma vez que nunca sabia exatamente o que iria encontrar; ocorreram constrangimentos diante de situações que, num primeiro momento, não sabia como lidar; e houve, também, muito aprendizado ao longo do percurso.

Mesmo o encontro com os ofícios e relatórios presentes no APM foi como um processo de escavação: foi percorrendo as camadas de listas de compras, descrições de pacientes, requerimentos de reformas e etc., que pude encontrar, soltos entre uma linha e outra, alguns objetos que fizeram parte do cotidiano das/os pacientes – alguns dos quais apontam, inclusive, para a presença de hierarquia entre as e os internos. Como ocorre em todas as pesquisas, costumava chegar às fontes com algumas suspeitas, hipóteses, mas (quase sempre) com

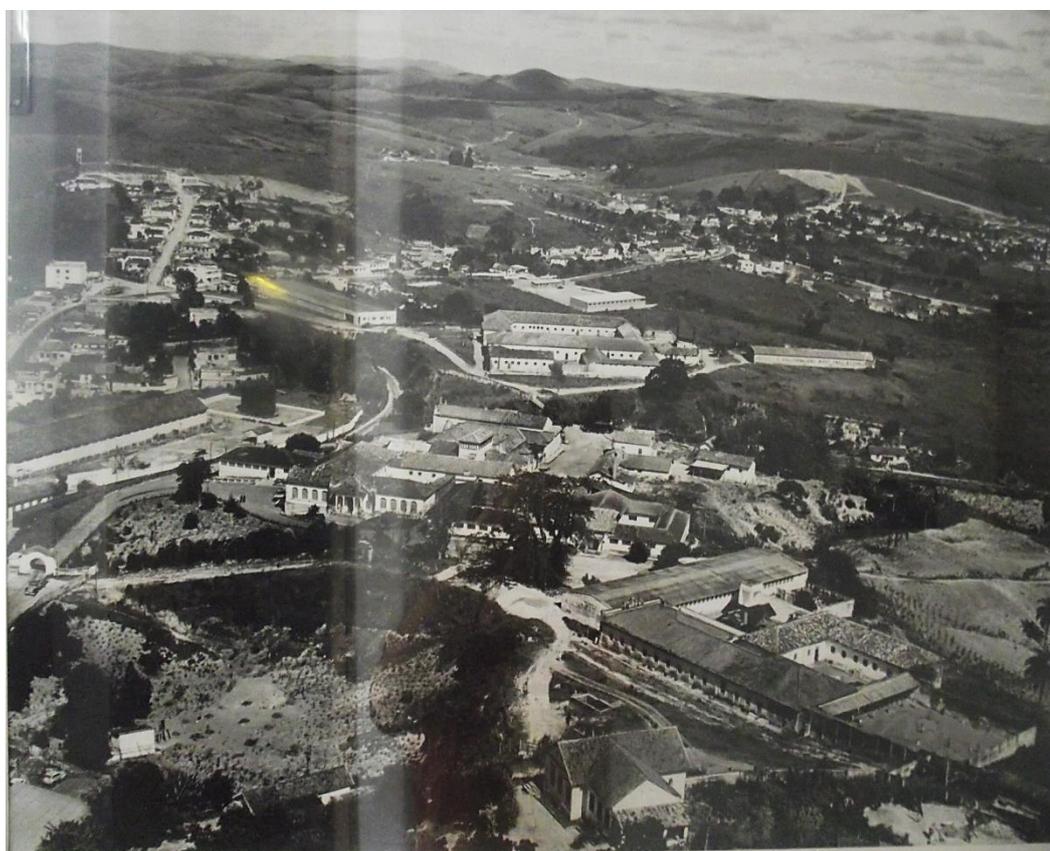
---

<sup>46</sup> Além dessas entrevistas, houve também muitas conversas informais, sem hora marcada, sem presença de gravador, em contextos os mais diversos, com pessoas que direta ou indiretamente tiveram contato com o hospital e cujas narrativas contribuíram sobremaneira para esta pesquisa.

nenhuma certeza. Daí ter sido um constante encontro com o inesperado, no qual em diversos momentos as próprias fontes redirecionaram a pesquisa e apresentaram questões jamais pensadas anteriormente.

## Capítulo 2

### UM LUGAR PARA LOUCOS



**Figura 2 – Abertura do Capítulo 2: Vista aérea do Departamento A do Hospital Colônia de Barbacena.**

**Fonte: Autor desconhecido, sem data.**

*“A psiquiatria, desde seu nascimento, é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres”*  
(Frase atribuída a Franco Basaglia)

Conforme vimos no capítulo anterior, em sua origem o internamento funcionou como um mecanismo de controle social, o qual abarcava uma ampla gama de sujeitos. Tal aspecto se fez presente nos manicômios europeus oitocentistas, embora houvesse uma busca pela objetivação e medicalização da loucura. Mas, e no Brasil? Quais foram os passos da psiquiatria e das práticas manicomialis aqui em território brasileiro?

No Brasil colonial não havia especificidades com relação ao tratamento de saúde ou à assistência aos sujeitos que estavam à margem da sociedade: loucos, índios, negros e colonos pobres. Nessa época, o status de *louco* era dirigido a qualquer pessoa excêntrica, ou que de alguma maneira chamava a atenção por seu comportamento peculiar e desviante. Esta linha de pensamento ainda se fará presente ao longo do processo de institucionalização da psiquiatria no Brasil, em meados do século XX.

Na tentativa de definir as fronteiras que separariam a “doença” da “saúde”, o “normal” do “anormal”, muitos psiquiatras associaram comportamentos ameaçadores da ordem vigente – seja moral, social, econômica, política ou cultural – como indicativos de doença mental (ENGEL, 1999). Isso fica evidente quando no início do século XX o médico Franco da Rocha, então diretor do Hospício do Juquery (SP), definiu alienação mental “como a desarmonia, transitória ou permanente, nas relações do indivíduo com o seu meio social. Assim, não havendo incompatibilidade entre as idéias e ações do indivíduo e as compartilhadas pelo grupo ao qual pertence, não poderia existir loucura” (ENGEL, 1999, n.p).

Uma vez que a loucura passa a ser encarada como a subversão às normas socialmente estabelecidas, o meio social é apontado como o causador de tal desordem mental. Isto porque alguns estudiosos acreditavam que a má educação, o relaxamento dos bons costumes e a prática de hábitos ruins – como o alcoolismo –, seriam os fatores geradores de distúrbios mentais. Tal discurso será utilizado para justificar o isolamento dos doentes mentais, haja vista a loucura ser considerada uma doença perigosa para a sociedade. Juntamente com a institucionalização e práticas de isolamento, surgiram uma série de preconceitos, estigmas e tabus em torno das doenças mentais e do doente mental – realidade que acompanha nossa sociedade até hoje.

Em meios aos primeiros esforços de segregação dos loucos, as prisões tornaram-se o destino comum. Tal como ocorreu no contexto europeu, o encarceramento da loucura colocou-a próxima ao crime e a mendicância, como se fossem problemas sociais semelhantes e

indissociáveis (SILVA; HOLANDA, 2014). Será somente em meados do século XIX que surgirão no Brasil as primeiras medidas sistemáticas de tratamento do louco, pensadas como políticas públicas de assistência aos doentes mentais.

## 2.1 Políticas psiquiátricas no Brasil

A chegada da família real no Brasil, em 1808, proporcionou a criação de várias instituições até então inexistentes na colônia, dentre elas as escolas de medicina, a partir das quais se iniciaram as discussões acerca do tratamento que deveria ser destinado aos loucos.

Na época, em grandes cidades como o Rio de Janeiro, os doentes mentais tinham três destinos possíveis: as prisões, para onde eram levados como vagabundos ou perturbadores da ordem; as celas especiais das Santas Casas de Misericórdia; ou simplesmente as ruas da cidade, por onde vagavam. Debates sobre a criação de um lugar específico para os loucos surgiram em meio às políticas higienistas de 1830, quando nomes expressivos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, tais como José Martins da Cruz Jobim, Joaquim Cândido Soares de Meirelles, Luiz Vicente de Simoni, Jean-Maurice Faivre e Francisco Xavier Sigaud, apresentaram a necessidade de se construir um hospício (COSTA, 1981).

Embora esses médicos não tivessem formação psiquiátrica, eles são considerados os fundadores da psiquiatria no Brasil e tinham conhecimento do tratamento moral que Pinel havia tentando implantar na França. Por meio de periódicos da época, apresentaram suas críticas a forma como os loucos andavam abandonados pelas ruas, o fato de serem encarcerados junto com criminosos – ato que praticamente se caracterizava como uma sentença de morte, haja vista a maioria dos loucos sair das prisões somente em óbito –, bem como o tratamento utilizado na Santa Casa, com suas celas insalubres e emprego de castigos corporais. Assim, propuseram a construção de um “asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral” (COSTA, 1981, p. 22), o qual serviu de fundamento para os primeiros hospícios brasileiros.

Por meio do Decreto nº 82, de 1841, tal pedido foi concretizado com a construção do Hospício Pedro II<sup>47</sup> – na realidade, um anexo da Santa Casa de Misericórdia –, o qual foi inaugurado somente em 1852. Conhecido popularmente como “Palácio dos Loucos”, esta foi a primeira instituição destinada exclusivamente a doentes mentais no Brasil. Originalmente planejado para atender trezentos pacientes de ambos os sexos, o Hospício Pedro II foi

---

<sup>47</sup> Atualmente, trata-se do Palácio Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

construído na baía de Botafogo, “num bairro salubre, amplamente aberto para o mar e dominado por montanhas arborizadas” (REY, 2012, p. 383), a fim de cumprir com os princípios de um tratamento humanizado e de ambiente ideal para a cura. Com seu funcionamento baseado no isolamento, controle e vigilância constante, esperava-se que no Hospício Pedro II o paciente fosse mantido longe das causas de sua loucura.

**Figura 3 – Hospício Pedro II**



Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Durante 29 anos esse hospício foi dirigido pelos religiosos da Santa Casa, quando, enfim, houve a criação da cadeira de “Doenças Nervosas e Mentais” e o médico generalista Nuno de Andrade assumiu a direção. Um psiquiatra, Teixeira Brandão, considerado o “Pinel brasileiro”, só veio ocupar esse cargo em 1886 – ano em que os médicos generalistas começaram a ter ensino regular de psiquiatria. Não obstante essas mudanças ocorridas na direção do hospício, administrativamente ele permanecia sob a tutela da Santa Casa de Misericórdia (COSTA, 1981).

Ao longo do período imperial, os maiores centros urbanos brasileiros presenciaram a construção de outras seis instituições destinadas ao tratamento de loucos: o Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (1852); o Hospício de Alienados de Recife-Olinda (1864); o Hospício Provisório de Alienados (1873), em Belém – PA; Asilo de Alienados São João de Deus (1874), em Salvador – BA; Hospício de Alienados São Pedro (1884), em Porto Alegre –

RS; e o Asilo de Alienados São Vicente de Paulo (1886), em Fortaleza – CE. Todos eles seguiam o modelo de internação executado no Hospício Pedro II, molde este que perdurou por anos, o qual consistia na existência de um pavilhão de observação dos indivíduos suspeitos de ter alguma doença mental, um gabinete eletroterapêutico e oficinas que poderiam aumentar a verba orçamentária (SILVA; HOLANDA, 2014).

Além dos hospícios e asilos psiquiátricos, outro modelo institucional adotado foram as colônias: ambiente bucólico e afastado dos centros urbanos, que não apenas permitia a aplicação do tratamento moral, mantendo os pacientes longe dos excessos da vida urbana, como também favorecia a praxiterapia (ou laborterapia). A terapêutica através do trabalho – em especial trabalhos agrícolas – garantia aos pacientes alguma ocupação ao mesmo tempo em que permitia à instituição usufruir de certa autossuficiência advinda deste trabalho. Nesses espaços, além do cultivo da terra e criação de animais, costumam ser implantadas oficinas de costura, sapataria, colchoaria, dentre outras.

A primeira colônia agrícola do país destinada a alienados foi o Hospício Juqueri, construído em São Paulo em fins do século XIX. Seu projeto buscou seguir as diretrizes do Congresso Internacional de Alienistas, ocorrido em Paris, em 1889, que recomendava a construção de colônias agrícolas anexas às instituições psiquiátricas. Em 1924, é fundada no Rio de Janeiro a Colônia Juliano Moreira, que, tal como o Juqueri, tornou-se referência no Brasil. Sua configuração, porém, atendia a um outro modelo institucional: o hospital-colônia. Inspirado em experiências internacionais bem-sucedidas, tal modelo mesclava espaços voltados para a praxiterapia com espaços tipicamente hospitalares, apresentando pavilhões com leitos enfileirados, clínicas de serviços especializados e a aplicação da eletroconvulsoterapia e psicocirurgias – como a lobotomia. Nas palavras de Venancio (2011):

A configuração hospital-colônia que se forjava, como o nome sugere, foi um híbrido. De um lado conservava os investimentos já realizados na colônia agrícola e aquilo que era considerado um de seus principais trunfos: a terapêutica pelo trabalho para os crônicos, que trazia algum retorno orçamentário frente às despesas institucionais. De outro lado se apresentava como uma instituição hospitalar, visando empregar os tratamentos considerados de ponta na época e auxiliar o poder público no sentido de maior resolubilidade, quantitativa e qualitativamente, para o problema da doença mental, incluindo-se a absorção de população já institucionalizada. Tratava-se de um formato institucional inspirado nas colônias agrícolas e, ao mesmo tempo, bastante distinto no que se refere à estrutura física e assistencial (VENANCIO, 2011, p. 49).

Muitas outras colônias e hospitais-colônia despontaram no Brasil ao longo do século XX, a exemplo do Hospital Colônia de Barbacena – objeto de estudo desta tese.

No âmbito da legislação de assistência aos alienados, esta sofre mudança significativa apenas em 1890, quando se começou a exigir a comprovação de que a pessoa encaminhada ao hospício realmente apresentava comportamento inadequado – o que, na época, era indicativo de alienação mental. O decreto que previa tal comprovação concedia aos parentes ascendentes ou descendentes, cônjuge, tutor ou chefe de corporação religiosa, o direito de intervir na internação da pessoa com sintomas de loucura. Esta prática será usada em muitas instituições asilares espalhadas pelo Brasil, inclusive em Minas Gerais, até meados do século XX. As alterações legislativas que ocorreram nos três anos seguintes, apontam muito mais aspectos relacionados às funções administrativas dos funcionários, ficando em segundo plano detalhes acerca do tratamento que deveria ser exercido nas instituições. Conforme explicam Silva e Holanda (2014), a maioria dos decretos referentes à assistência aos alienados apresentavam de forma generalista o modo como deviam desempenhar o funcionamento e a prática asilar.

Mudança mais significativa deu-se a partir da criação da *Lei de Assistência aos Alienados* (1903)<sup>48</sup>, dos *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins* (1905) e da *Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina-Legal* (1907) – todos gerados por meio da influência do psiquiatra Juliano Moreira. É em meio a essas mudanças que a psiquiatria se constitui enquanto especialidade médica autônoma no Brasil, e surge significativo aumento no número de instituições públicas e particulares destinadas a tratar doentes mentais.

Juliano Moreira foi um dos propagadores do pensamento eugênico<sup>49</sup> na psiquiatria brasileira. Nesse contexto, acreditava-se que os problemas psiquiátricos derivavam de problemas culturais, tais como “a situação social dos imigrantes recém-chegados ao Brasil ou a constituição étnica do povo brasileiro” (COSTA, 1981, p. 24). Logo, caberia aos especialistas em saúde mental, não apenas explicar o funcionamento psíquico e cultural da sociedade, mas também determinar a organização e funcionamento de todas as instituições sociais. Tal pensamento, permeado de conotações ideológicas, influenciou sobremaneira a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel. Esta Liga foi de suma importância na psiquiatria do país, uma vez que adentrou escolas, lares, hospitais, universidades, isto é, todo o universo social, com a justificativa de elevar a sociedade brasileira a um patamar superior de desenvolvimento por meio de seu programa de

---

<sup>48</sup> Esta foi a primeira legislação brasileira específica sobre alienados e alienação mental.

<sup>49</sup> Criada no século XIX pelo fisiologista inglês Galton, a *eugenia* era um conjunto de ideias e práticas que visavam o melhoramento da raça humana a partir da seleção dos genitores (COSTA, 1981; MACIEL, 1999).

higiene mental. Veremos, desse modo, o poder que a psiquiatria tem sobre os indivíduos - “de uma forma que deve ser única fora do sistema de justiça criminal” (BARTLETT, 1997, p. 179).

Uma das metas principais que Riedel determinou para a Liga diz respeito à qualidade da assistência aos doentes mentais, a qual foi seguida ao longo dos seus primeiros dois anos de existência. Posteriormente, a pauta mais relevante tornou-se a prevenção, eugenia e educação dos indivíduos. No que diz respeito à prevenção, esta era uma ação destinada aos indivíduos “normais”, a fim de ensiná-los a adquirir e preservar sua saúde mental. Ambientes escolar, profissional e social passaram, então, a sofrer intervenção dos psiquiatras, os quais cada vez mais se definiam como higienistas. A eugenia, por sua vez, foi o meio através do qual os psiquiatras conseguiram dilatar as fronteiras do seu campo de atuação e adentrar o campo social.

De 1923 a 1934, a preocupação para com a constituição eugênica do povo brasileiro esteve presente no estatuto da Liga – e isso não se deu ao acaso se observarmos o contexto histórico. Intelectuais no início do século XX já vinham discutindo os efeitos físicos e culturais produzidos pela miscigenação das raças humanas, a partir da qual se buscou identificar o atraso do país, bem como o caminho a ser tomado para superar esta situação. Uma vez considerando a hereditariedade como determinante no futuro do indivíduo, era possível, de acordo com os pressupostos eugênicos, saber de antemão as condições de vida do sujeito, classificando-as em “inferior” ou “superior”. As condições de vida eram, portanto, justificadas pelas condições biológicas, “o que equivale dizer que o pobre era pobre por ser inferior, nascendo predestinado à pobreza” (MACIEL, 1999, p. 121). Diante disso, cabia ao movimento eugenista sanar a sociedade de pessoas que poderiam colaborar na propagação de características inferiores, e neste grupo estão inclusos doentes mentais, negros, mestiços, dentre outros.

O que os psiquiatras da LBHM fizeram foi a reelaboração, à sua maneira, de uma discussão já corrente na época e davam embasamento ao chamado “racismo científico” (COSTA, 1981; ENGEL, 1999). Muitos especialistas, no alvorecer do século XX, acreditavam que negros e mestiços estariam predispostos à loucura “por serem povos degenerados por definição”, ou “intelectualmente inferiores e, por isto, menos capazes de enfrentar e/ou adaptar-se às contingências do meio social, sendo assim mais propensos à degeneração” (ENGEL, 1999, n.p). Em uma sociedade que havia assistido a abolição da escravatura a poucos anos, tal argumento, amplamente aceito na comunidade científica, justificou e legitimou a implantação de uma série de mecanismos de controle social.

No primeiro período dos programas da LBHM, a eugenia restringia-se à prevenção de doenças mentais, tendo por base a noção de hereditariedade. Assim, uma série de estudos foi feita a fim de comprovar que a união entre sujeitos doentes só geraria mais pessoas doentes. É

nesse contexto, por exemplo, que se situa a conferência de Juliano Moreira, *Factores hereditários em Psychiatria*, na qual ele afirma ser adequado “esterilizar alienados delinquentes, degenerados alcoolicos inveterados, quer por penalidade, quer como prophylactico” (MOREIRA apud COSTA, 1981, p. 36), a fim de solucionar o problema da disseminação da doença mental. Embora entre os membros da Liga já houvesse a noção de raças superior (branca) e inferior (negra), foi somente após a apresentação do alemão Ernest Rudin<sup>50</sup> no Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental, em 1931, que a eugenia “passa a ser considerada ‘higiene social da raça’ e a higiene mental passa a ser entendida como uma aplicação dos princípios à vida social” (COSTA, 1981, p. 41). Rudin pregava que a higiene mental pertencia ao domínio da vida social, não se restringindo apenas ao campo da psiquiatria. Talvez sem saber o avanço nazista que isto representava, somado ao inquestionável racismo científico, os psiquiatras brasileiros adotaram essa orientação em seus programas de higiene mental sem grandes questionamentos.

Segundo Costa (1981), a eugenia pregada pelos psiquiatras brasileiros dessa época, era muito mais uma crítica às instituições médicas, filantrópicas, políticas, religiosas, e etc., as quais eram coniventes com a miscigenação racial e a imigração que percorre toda a história do Brasil, gerando, conforme o entendimento deles, a confusão racial e social que só atrasava o país. Logo, em prol de uma nação forte abnegava-se qualquer sentimentalismo católico, que por sua vez se mostrava completamente avessa à esterilização dos doentes mentais.

As pautas dos programas da LBHM costumavam ser bastante moralistas. Uma delas, por exemplo, foi a campanha antialcoolismo, que chegou a cobrar do Estado uma intervenção mais incisiva de modo a implantar uma lei proibicionista tal como ocorreu nos Estados Unidos. E juntamente com o antialcoolismo, estava em pauta o combate à sífilis e aos desejos sexuais que levavam muitos jovens a se masturbarem. Afinal, todos eles eram pontos que lembravam ociosidade, promiscuidade e vícios que só tornavam a sociedade doente e improdutiva (COSTA, 1981). Tratava-se, portanto, de um procedimento disciplinar que não se dá necessariamente no interior de instituições, mas que gera focos de controle disseminados pela sociedade, modelando, assim, corpos e mentes (FOUCAULT, 2013).

Mas, afinal, os ideais pregados pela Liga Brasileira de Higiene Mental tiveram uma real repercussão? De fato, grupos políticos, sociais, religiosos e raciais da década de 1930 foram

---

<sup>50</sup> Rudin foi nomeado por Frick, Ministro do Interior de Hitler, presidente da Liga Alemã de Higiene Mental. Quando do ocorrido, a Liga Brasileira de Higiene Mental disse sentir-se “desvanecida” (COSTA, 1981: 50).

influenciados pela reforma moral. Em São Paulo, por exemplo, a Frente Negra Brasileira<sup>51</sup> realizou campanha educativa a qual objetivava, dentre outras coisas, ensinar as pessoas negras como se comportarem em bailes, como evitarem a bebida e a vadiagem, etc. (COSTA, 1981). Isto é, mesmo em um movimento contestador como a Frente Negra, observa-se a preocupação para com a higiene moral, a disciplina do indivíduo, de modo a melhorar a imagem dos brasileiros negros perante os brancos.

Não se pode negar que o programa de higiene mental proposto pela Liga estava em consonância com os meios intelectuais e as discussões em pauta entre as décadas de 1920 e 1930. Os modelos culturais em voga influenciaram o pensamento psiquiátrico, tornando-o um “instrumento teórico posto a serviço da crítica ao sistema democrático-liberal da Primeira República” (COSTA, 1981, p. 100). Afinal de contas, como bem ressalta Amarante (1995), não podemos esquecer que todas as propostas referentes à assistência psiquiátrica estão devidamente situadas em um determinado contexto sócio-histórico. Portanto, as modificações pelas quais a prática psiquiátrica passou estão “datadas e matizadas por jogos de interesse, relações entre saberes, poderes, práticas e subjetividades” (AMARANTE, 1995, p. 45). No contexto da primeira metade do século XX, um dos grandes méritos da Liga foi retirar a psiquiatria dos muros que a cercavam e levá-la para o meio da sociedade – guardadas, obviamente, as devidas ressalvas. Por outro lado, os loucos permaneceram ali enclausurados.

Tal como os vários aspectos e espaços da sociedade, o campo jurídico também não ficou isento da invasão psiquiátrica. No interior do sistema penal que se consolidava nas sociedades liberais, os psiquiatras identificaram um novo perfil de louco, marcado pela crueldade, indisciplina, amoralidade e periculosidade. Buscava-se, assim, separar com clareza aqueles passíveis de punição – uma vez que tem culpa por infringir a lei de maneira consciente – daqueles que, cometidos por algum transtorno mental, não poderiam ser responsabilizados por seus atos (CARRARA, 1998). A possibilidade de uma pessoa ter sua responsabilidade limitada e, portanto, necessitar de julgamento e punição diferenciados, abriu espaço no domínio jurídico não só para a psiquiatria, como também para todas as ciências sociais e humanas (FOUCAULT, 1977).

O aumento significativo do número de crimes, fruto das profundas alterações sociais advindas dos processos de urbanização e industrialização, trouxe consigo o dilema de casos observados como resultado de psiquismo perturbado. O novo perfil que a criminalidade assumia

---

<sup>51</sup> A Frente Negra Brasileira foi uma das primeiras organizações no século XX a exigir igualdade de direitos e participação dos negros na sociedade brasileira.

no meio urbano, justificou a “modernização das técnicas de controle e repressão utilizadas pelos aparelhos policiais, dando lugar ao aparecimento de uma ‘polícia científica’” (CARRARA, 1998, p. 64). Diante disso, coube ao Estado intervir e conceder local adequado para esse tipo tão particular que era o louco-criminoso, o que resultou na construção de Manicômios Judiciários, dentre os quais o do Rio de Janeiro, de 1921, e primeiro do Brasil; e o de Barbacena, inaugurado em 1929. Coroava-se, então, um novo processo no âmbito jurídico, no qual, conforme bem pontuou Foucault (1977), não são mais julgados os atos criminosos em si, mas a própria alma do criminoso.

A partir da década de 1960, grandes avanços despontaram na psiquiatria brasileira, resultantes do movimento de reforma do sistema psiquiátrico. O estopim se deu com a crise na qual a então Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, estava mergulhada. A ausência de concurso público na DINSAM desde 1956, as frequentes denúncias de agressões, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, bem como as péssimas condições de trabalho nas unidades psiquiátricas, fez com que profissionais do Rio de Janeiro se mobilizassem formando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Seu objetivo era

(...) constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 52).

Não esqueçamos o contexto histórico em que o Brasil se encontrava. Era ditadura militar, e o MTSM assumiu um importante papel denunciando o uso da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social, bem como acusando o regime militar de fraudes, torturas e corrupções no sistema nacional de assistência psiquiátrica. Além disso, mobilizou profissionais para a construção de projetos alternativos ao modelo asilar dominante; afinal, é nesse período que os intelectuais brasileiros são tomados por obras de Foucault, Goffman, Basaglia, Bastide, dentre outros, muitos dos quais vieram ao Brasil participar de eventos e relatar suas experiências no âmbito de uma psiquiatria mais crítica e alternativa, a qual já vinha sendo debatida e testada na Europa desde a década de 1940.

Na década de 1980, por sua vez, observamos no Brasil a trajetória sanitária. É um momento vigorosamente institucionalizante, em que tem eco as diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde, nas quais se destacam os seguintes aspectos: universalização,

regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralidade e equidade. Trata-se de um período em que ganha destaque o saber sobre a administração e o planejamento em saúde, baseado na crença de que a manutenção da organização dos serviços, recursos e instituições seria capaz de solucionar todos os problemas. No entanto, tais mudanças não chegaram a questionar e desconstruir o paradigma psiquiátrico, nem propuseram novas formas de atenção e cuidado aos doentes mentais. Dessa maneira, as experiências que se pretendiam alternativas, acompanhando as tendências vigentes na Europa, mostraram-se um verdadeiro fracasso. Fazia-se necessário ir além e realizar um processo de desconstrução das práticas psiquiátricas então em voga no país. É quando se inicia um novo momento na psiquiatria brasileira: a trajetória da desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

As grandes realizações desse período foram a criação do Projeto de Lei 3.657/89 e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), ambas as ações visando concretizar o lema defendido no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental: “Por uma sociedade sem manicômios”. As NAPS foram a difusão de uma experiência que já havia se iniciado em São Paulo através da criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como de intervenções realizadas na Casa de Saúde Anchieta, em Santos. De acordo com a Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar voltados para a saúde mental:

2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições (Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992).

A PL 3.657/89, por sua vez, dispunha “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. O criador desse projeto de lei foi o sociólogo mineiro Paulo Delgado. Quando eleito deputado federal pela primeira vez, foi aconselhado pelo irmão, o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, a tornar-se o “deputado dos doentes mentais”. A ideia muito agradou Paulo, uma vez que se interessava desde longa data pelo tema da reforma psiquiátrica (ARBEX, 2013). Assim, em 1989, apresentou aquele que veio a ser conhecido como o Projeto de Lei Anti-Manicomial. Passaram-se dez anos de tramitações e manobras políticas até que a Lei Federal 10.216 fosse sancionada, em 6 de abril de 2001.

Um pouco diferente do que propunha a PL 3.657/89, a Lei 10.216 “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Ela estabelece, dentre outras coisas, que o paciente tem direito a um tratamento humanizado, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, cuja finalidade seja a sua reinserção em seu meio social. Desse modo, “a internação, em qualquer de suas modalidades<sup>52</sup>, só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Lei 10.216, 2001, 6 de abril). Além disso, a lei determina como deve ser o tratamento dispensado em um regime de internação, o qual, de maneira alguma, pode assemelhar-se às instituições com características asilares.

Tal lei, no entanto, dividiu opiniões. Quem a defende afirma que um novo rumo foi tomado na reestruturação do setor psiquiátrico. Os críticos, por outro lado, “afirmam que ela não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, provocando desospitalização em massa sem a implantação de uma rede extra-hospitalar capaz de atender à demanda” (ARBEX, 2013, p. 227). A crítica mais dura com relação à lei – e por extensão a Paulo Delgado – se deu em 2009, por meio da publicação do artigo *Uma lei errada*, do poeta Ferreira Gullar, no jornal *Folha de S. Paulo*. Gerando grande repercussão e estardalhaço, Gullar argumentou que a resistência à internação imposta pela lei gerava sérios transtornos às pessoas mais pobres, as quais não dispõem com facilidade dos mecanismos de tratamento e controle de seus familiares doentes, muitos dos quais acabam vagando pelas ruas como mendigos. Além disso, apresenta sua própria experiência como pai de dois rapazes esquizofrênicos para mostrar – segundo as palavras do autor – quão insensível, “idiota” e sem fundamento foi a implantação da Lei 10.216:

---

<sup>52</sup> Tais modalidades indicadas pela lei são: a internação voluntária, que ocorre com o consentimento do usuário; a internação involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e a internação compulsória, a qual é determinada pela Justiça.

(...) A classe média, em geral, sempre aberta a ideias "avançadas" ou "libertárias", quase nunca se detém para examinar as questões, pesar os argumentos, confrontá-los com a realidade. Não, adere sem refletir.

Havia, naquela época, um deputado petista que aderiu à proposta, passou a defendê-la e apresentou um projeto de lei no Congresso. Certa vez, declarou a um jornal que "as famílias dos doentes mentais os internavam para se livrarem deles". E eu, que lidava com o problema de dois filhos nesse estado, disse a mim mesmo: "Esse sujeito é um cretino. Não sabe o que é conviver com pessoas esquizofrênicas, que muitas vezes ameaçam se matar ou matar alguém. Não imagina o quanto dói a um pai ter que internar um filho, para salvá-lo e salvar a família. Esse idiota tem a audácia de fingir que ama mais a meus filhos do que eu".

Esse tipo de campanha é uma forma de demagogia, como outra qualquer: funda-se em dados falsos ou falsificados e muitas vezes no desconhecimento do problema que dizem tentar resolver. No caso das internações, lançavam mão da palavra "manicômio", já então fora de uso e que por si só carrega conotações negativas, numa época em que aquele tipo hospital não existia mais. Digo isso porque estive em muitos hospitais psiquiátricos, públicos e particulares, mas em nenhum deles havia cárceres ou "solitárias" para segregar o "doente furioso". Mas, para o êxito da campanha, era necessário levar a opinião pública a crer que a internação equivalia a jogar o doente num inferno (...)

Em geral, a internação se torna necessária porque, em casa, por diversos motivos, o doente às vezes se nega a medicar-se, entra em surto e se torna uma ameaça ou um tormento para a família. Levado para a clínica e medicado, vai aos poucos recuperando o equilíbrio até estar em condições que lhe permitem voltar para o convívio familiar. No caso das famílias mais pobres, isso não é tão simples, já que saem todos para trabalhar e o doente fica sozinho em casa. Em alguns casos, deixa de tomar o remédio e volta ao estado delirante. Não há alternativa senão interná-lo. Pois bem, aquela campanha, que visava salvar os doentes de "repressão burguesa", resultou numa lei que praticamente acabou com os hospitais psiquiátricos, mantidos pelo governo. Em seu lugar, instituiu-se o tratamento ambulatorial (hospital-dia), que só resulta para os casos menos graves, enquanto os mais graves, que necessitam de internação, não têm quem os atenda. As famílias de posses continuam a por seus doentes em clínicas particulares, enquanto as pobres não têm onde interná-los. Os doentes terminam nas ruas como mendigos, dormindo sob viadutos.

É hora de revogar essa lei idiota que provocou tamanho desastre (GULLAR, 2009, n.p.)

A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e Paulo Delgado não ficaram calados perante essa crítica tão cheia de ira. Walter Ferreira de Oliveira, então presidente da ABRASME, fez a seguinte declaração na época:

Caro senhor Gullar, sinto muito lhe trazer uma verdade incômoda e vergonhosa para o nosso país. Os manicômios continuam existindo, continuam sendo desumanos, tratando seres humanos como animais, produzindo mais doença e, com seu papel de depósito humano (temos milhares de pessoas internadas por 20, 30, 40 anos), continuam sangrando o dinheiro público. Caso o senhor ou qualquer outra pessoa duvide, será muito fácil mostrar alguns endereços onde se pode constatar esta vil realidade. Há, também, interesses no velho sistema de internações que não têm nada a ver com a intenção de melhorar a saúde dos usuários, são herança da mentalidade do INPS, onde as internações, e por quanto mais tempo melhor, são negócios que dependem da hotelaria, dos serviços, das licitações e da medicalização excessiva dos pacientes. (...) Pessoalmente, manifesto minha solidariedade para com o poeta Ferreira Gullar, por seu sofrimento como pai, que revelou em seu artigo. Compreendo, a partir daí, sua paixão, sua agressividade para com muitos de nós, que lutamos por

um modelo de atenção que entendemos como melhor. Há, entretanto, muitos equívocos em seu artigo e um deles talvez seja não perceber que sua família poderia ter sofrido muito menos e tido muito mais apoio se todos nós lutássemos solidariamente pela efetivação de um sistema digno de saúde, que incluía uma rede adequada de saúde mental, que, apenas por interesses escusos e pela ignorância de muitos de nossos políticos, ainda encontra resistências para sua ampliação e avanço (...). (OLIVEIRA apud ARBEX, 2013, p. 228-229)

Delgado também continuou defendendo os benefícios trazidos pela lei, sobretudo no que diz respeito à humanização do atendimento ao doente mental:

A lei não desconhece a doença mental. Ela regula a forma de tratá-la. As insuficiências do tratamento não são da lei, mas da deficiência na sua aplicação. A doença é uma coisa normal da vida. O que não é normal é não haver convivência pacífica com ela. O maior problema ainda é de aceitação da dificuldade do outro. A reforma psiquiátrica é, de certa forma, a abolição da escravidão do doente mental, seu fim como mercadoria de lucro dos hospitais fechados, da exploração do sofrimento humano com objetivos mercadológicos (DELGADO apud ARBEX, 2013, p. 229).

De todo modo, o fato é que em dez anos após a implantação dessa nova legislação, a quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos diminuiu em 60%, fazendo do programa brasileiro de saúde mental um modelo para o mundo. Atualmente, porém, esse programa está ameaçado por sérios retrocessos após a publicação da Nota Técnica nº 11/2019, do Ministério da Saúde, que, dentre outras coisas, aumenta o número de leitos nos hospitais psiquiátricos e diminui o repasse de verbas aos locais de atendimento que visam a inclusão social e são contrários às internações sistemáticas, como é o caso do Centro Psíquico da Adolescência e da Infância (CEPAI). Tais retrocessos iniciaram ainda no Governo de Michel Temer e se intensificaram com esta nota que, não apenas retoma a lógica manicomial, como também autoriza a internação de crianças e adolescentes em enfermarias psiquiátricas.

## **2.2 Políticas psiquiátricas em Minas Gerais**

Após acompanharmos, ainda que brevemente, os passos da psiquiatria no Brasil, vamos sair um pouco do geral e centrarmos especificamente em Minas Gerais – onde está localizado meu objeto de pesquisa. Veremos que até a década de 1930, Minas dependia bastante dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro – tanto no âmbito econômico como na questão sanitária. Veremos, também, que a exemplo das instituições psiquiátricas presentes naqueles estados, havia uma constante tentativa em se aplicar formas de tratamento baseadas no modelo europeu de psiquiatria. Assim, ao menos nas leis e decretos houve algo semelhante ao tratamento moral,

sem contar a memorável atitude de Lopes Rodrigues que, tal como Pinel, resolveu “soltar os loucos”.

No século XIX as questões referentes à saúde pública, justiça, segurança e instrução públicas, estavam subordinadas à Secretaria de Interior. Nesse período, uma das principais questões no setor da saúde era o controle de epidemias. Enquanto o combate à febre amarela e bexiga era de responsabilidade da Inspetoria de Higiene Pública, a doença mental era entregue à Polícia. De fato, a relação histórica entre loucura e transtorno social perdurou por tanto tempo, que ainda em meados do século XX era comum a polícia despachar nos hospitais psiquiátricos desordeiros, adultos e crianças moradores de rua, dentre tantos outros sujeitos tidos como loucos. Tais instituições constituíam-se, portanto, no “antídoto para o caos urbano” (MARKUS, 1993).

A primeira lei mineira que faz referência à assistência aos alienados data de 30 de junho de 1893: a Lei nº 50 dispunha sobre a concessão de verba para as administrações das Santas Casas de São João del Rei e de Diamantina, a fim de garantir sua manutenção e tratamento dos pacientes. Houve também o Decreto nº 587, de 1892, que promulgava o regulamento da Secretaria do Interior. Nele, há menções das despesas das Santas Casas de Diamantina, Itabira, Ponte Nova e São João del Rei. Vê-se, portanto, que por muito tempo foram estas as instituições responsáveis pelos cuidados aos alienados até a criação do primeiro hospício, em Barbacena (MAGRO FILHO, 1992).

Porém, os anexos das Santas Casas nem sempre era melhor destino que as cadeias. Em relatório datado de julho de 1904, o promotor de justiça de Diamantina informa ao Secretário do Interior que era lamentável a situação do Hospício de Alienados anexo à Santa Casa daquela comarca. Quatorze pacientes, entre homens e mulheres, “internados em cubículos sem as precisas condições higienicas (...) Sem leitos, sem cama, sem roupa (...) sem janellas para impedir o frio, a chuva”<sup>53</sup>. O promotor ressalta que a direção do estabelecimento, sob responsabilidade das Irmãs de São Vicente de Paula, procurava ao máximo amenizar o sofrimento daquelas pessoas a partir dos minguados recursos que tinham, de modo que ao menos a alimentação era abundante e bem feita. Em São João del Rei, no ano de 1903, o provedor da Santa Casa também informava ao Secretário do Interior o estado crítico da instituição. Conforme suas palavras, “em 20 unicos cubiculos estão accomodados 41 dementes, incluidos os reservados para o Estado, o que me parece já excessivo e de imensa

---

<sup>53</sup> Promotoria de Justiça da Comarca de Diamantina, 7 de Julho de 1904. SI-1652. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

responsabilidade”<sup>54</sup>. Além dos documentos citados, no Arquivo Público Mineiro é possível encontrar muitos outros despachados pelas Santas Casas de São João del Rei, Diamantina, Belo Horizonte, Lavras e Barbacena, alegando ao Secretário do Interior falta de espaço ou mesmo ausência de estrutura adequada para comportar determinados loucos.

Outra medida oficial de assistência foi o convênio realizado na década de 1890 entre o Estado de Minas Gerais e o Hospício Nacional dos Alienados<sup>55</sup>, no Rio de Janeiro. O convênio consistia na concessão de vinte e cinco leitos no Hospício Nacional para pacientes mineiros, os quais seriam pagos e mantidos pelo Estado de Minas. O *Registro de alienados em tratamento no Hospício Nacional por conta do Estado*<sup>56</sup>, que contém os registros de entradas e saídas de pacientes entre os anos de 1890 e 1899, dá conta que às vezes o número de leitos cedidos podia exceder um pouco, chegando a um total de vinte e sete. No entanto, a demanda e burocracia eram tamanha, que alguns alienados chegavam a receber alta ainda na prisão – lembrando que, uma vez a loucura sendo caso de polícia, era ela quem detinha os alienados e, quando possível, os encaminhava para algum lugar no qual pudesse receber o tratamento adequado. Esta medida, bem como os anexos das Santas Casas de Misericórdia, não solucionou o problema do destino que se deveria dar aos alienados.

Após alguns anos, tanto o Hospício Nacional como os anexos das Santas Casas de Misericórdia não foram capazes de suportar a demanda existente no estado de Minas Gerais. Foi, então, que o governo teve que trabalhar numa solução mais efetiva, a qual veio através da Lei nº 290, de 16 de agosto de 1900, que criou a Assistência aos Alienados em Minas Gerais. Tal lei previa que:

Art. 2º - Ficam na dependência da Assistência todos os estabelecimentos que venham a ser auxiliados pelo Estado para receberem alienados e portanto sujeitos ao mesmo regime.

Art. 3º - No prédio que for destinado ao hospício haverá, além das acomodações precisas, um pavilhão para observação dos indivíduos suspeitos, um gabinete eletro-terápico e oficinas, quando necessárias e a juízo do governo.

§ 1º - Fica o governo autorizado a aproveitar um próprio estadual para instalação do hospício (MINAS GERAIS, 1900, n.p).

---

<sup>54</sup> Pedidos de internação de loucos, atestados de insanidade mental e outros documentos referentes à Assistência aos Alienados. SI-1634. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>55</sup> Trata-se do antigo Hospital Pedro II. Sua denominação para Hospital Nacional ocorreu após a instauração da República.

<sup>56</sup> Registro de alienados em tratamento no Hospício Nacional por conta do Estado, 1890 - 1899. SI – 392. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

Somente passados três anos, é que o *Regulamento da Assistência a Alienados* é aprovado, conforme Decreto nº 1579 de 22 de fevereiro de 1903. Neste regulamento consta necessidade de uma colônia anexa ao hospício, que deveria ser “reservada exclusivamente a alienados (...) capazes de entregar-se à exploração agrícola e a outras pequenas indústrias”<sup>57</sup> – o que foi concretizado somente em 1922.

Tal legislação reflete e busca concretizar um pensamento que estava em voga na época: de que era necessário afastar o alienado do seu meio social, uma vez que apresenta perigo para si e aos demais. Esta reclusão, no entanto, deveria se dá num ambiente terapêutico, longe de tudo que lhe corrompesse, e onde receberia os tratamentos adequados para a sua doença. O que estava em questão era retirar o alienado da iniciativa privada, isto é, das Santas Casas, e colocá-lo sob a responsabilidade do Estado. A isto soma-se também a posição estratégica que alguns médicos desempenhavam na política mineira. A Lei nº 290 foi redigida pelo ex-senador mineiro e alienista, Joaquim Antônio Dutra, que se tornou o primeiro diretor do Hospital Colônia – cargo que ocupou até 1936.

Cabe pontuar ainda o contexto no qual esta lei estava inserida. Conforme explica Duarte (1996), na primeira década do século XX, o Brasil vivenciava uma grande crise econômica, com seus principais centros urbanos concentrando uma grande massa de desempregados vindos do interior em busca de oportunidades nos incipientes setores industriais. Em Minas Gerais, os municípios de Belo Horizonte e Juiz de Fora foram os receptáculos dessa população paupérrima atingida pela crise. Do ponto de vista do poder público, essa massa de pobres desempregados eram uma ameaça aos bons costumes e favoreciam a libertinagem, de modo que sanitaristas e médicos higienistas foram fundamentais no controle e disciplina desses corpos a partir das práticas eugênicas, conforme já foi explanado.

De acordo com as autoridades mineiras, o alcoolismo era o principal “responsável por toda sorte de miséria humana, além de ser o agente proliferador das principais causas do crime e da loucura, e de degeneração racial em decorrência dos vícios morais” (DUARTE, 1996, p. 69), o que agravava a crise socioeconômica que assolava o estado. Portanto, era de interesse público a criação de mecanismos de controle dessa parcela da população, a fim de evitar sua degeneração e a das gerações seguintes. Nesse contexto, a necessidade de intervenção do Estado na assistência à saúde mental tornou-se ainda mais evidente.

---

<sup>57</sup> Regulamento da Assistência a Alienados, 22 de fevereiro de 1903. Imprensa Oficial do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

Além disso, Minas Gerais contava com a recém fundação de sua nova capital, Belo Horizonte, criada conforme os princípios positivistas de organização dos espaços. Dentro deste novo modelo de progresso e modernidade, não cabiam indivíduos degenerados e que comprometessem a ordem social, de modo que deveriam ser segregados e mantidos longe daquele grande projeto urbanístico.

Dois anos após a criação da Assistência aos Alienados, ainda carecia de um hospital dedicado exclusivamente ao tratamento dos loucos. Nesse contexto, a cidade de Barbacena, conhecida como a “Suíça americana” devido “sua magnífica posição” a 1137m de altitude e seu clima europeu<sup>58</sup>, foi considerada por muitos sanitaristas do início do século XX como lugar ideal para se cuidar da saúde. Conforme palavras do historiador Savassi (1991),

devido à sua altitude, à sua temperatura média de 18 graus centígrados, à sua imensa luminosidade por todos os lados, à sua ventilação constante, à ausência não só de grandes cursos d’água como também de doenças típicas do solo brasileiro, à pureza de seu ar seco e agradável, dão-lhe [à Barbacena] características excepcionais, principalmente para a recuperação da saúde física e mental (SAVASSI, 1991, p. 176).

Somada a essas excepcionais características climáticas, tidas na época como favoráveis à cura, houve o desenrolar de um jogo político. Chrispim Jacques Bias Fortes, ex-presidente de Minas Gerais, não ficou feliz em ver Barbacena, sua cidade natal, ser preterida como sede da nova capital mineira. Portanto, juntamente com Joaquim Antônio Dutra, que tinha ótimas relações no Senado Mineiro<sup>59</sup>, e demais lideranças do Partido Republicano Mineiro, trabalharam para convencer seus pares da viabilidade em instalar a Assistência aos Alienados no município de Barbacena.

Em sua análise desse contexto político, Duarte (1996) pontua que a escolha de Barbacena atendia a dois interesses principais: por um lado, mantinha longe de Belo Horizonte os supostos perigos sociais já mencionados; por outro, garantia aos políticos barbacenense a manutenção do mandonismo local, através de suas indicações para o preenchimento de vagas no quadro de funcionários da instituição em troca de voto e apoio político por parte dos seus apadrinhados.

Silviano Brandão, então governador de Minas, argumentou perante o Congresso Mineiro que, não obstante a evidente urgência para a criação do Serviço de Assistência a Alienados, a condição financeira do estado não era favorável. Diante disso, solicitou que não se

---

<sup>58</sup> Chronica. Jornal Cidade de Barbacena, 19 de julho de 1914, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

<sup>59</sup> Órgão existente no estado de Minas Gerais durante o Império e a República Velha.

gastasse muito na implantação do hospício, podendo, inclusive, ser aproveitado algum prédio do estado. Assim, no ano de 1903, o hospital foi oficialmente inaugurado com o nome de *Assistência a Alienados*, tendo sido instalado nas dependências do antigo Sanatório de Barbacena<sup>60</sup>, localizado em uma colina, no subúrbio da cidade. No ato de sua inauguração, foram incorporados à Assistência os doentes do Sanatório que haviam perdido o vínculo familiar, bem como os da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (DUARTE, 1996). Até o ano de 1922, esta foi a única instituição psiquiátrica pública no estado de Minas Gerais (SAVASSI, 1991; MAGRO FILHO, 1992).

Somente em 1934, através do Decreto nº 11.276, a instituição passou a ser chamada *Hospital Colônia de Barbacena* (SAVASSI, 1991), o qual estava dividido em Departamento A – área que abarcava a antiga Assistência – e Departamento B – onde localizava-se a colônia. Ali, pacientes considerados incuráveis, alcoólatras, loucos tranquilos e os insanos sem vínculo familiar, eram inseridos na laborterapia, que envolvia atividades ligadas à confecção de trabalhos manuais, oficinas, olaria e, preferencialmente, atividades agropecuárias (DUARTE, 1996). A fim de evitar confusões acerca dessa mudança de nomenclatura da instituição, nesta tese irei referir-me a ela tão somente como Hospital Colônia.

Até a década de 1920, surgiram em Minas Gerais várias clínicas particulares voltadas ao atendimento de doentes mentais. Isto, porém, não impediu que tanto o Colônia como as cadeias permanecessem lotadas. Acredito que tal realidade tenha sido consequência das internações compulsórias, sem critérios bem delimitados, que reunia num mesmo espaço doentes mentais e tantos outros marginalizados socialmente. Diante disso, em setembro de 1920 é decretada a Lei nº 778 que estabelecia a reforma dos serviços de Assistência a Alienados. Neste plano de reforma estavam previstos, dentre outras coisas: a) a criação de um pavilhão em Belo Horizonte destinado à observação de indivíduos suspeitos de alienação mental, o qual poderia ser utilizado pela Faculdade de Medicina para o ensino de psiquiatria; b) o subsídio na construção e manutenção de pavilhões destinados ao tratamento de doentes mentais criados por instituições de caridade.

Dois anos mais tarde houve mais uma tentativa de reforma por meio do Decreto nº 6169. De acordo com o documento, o objetivo desta nova reforma era aplicar “meios mais adequados á cura das molestias mentaes, segundo os ensinamentos mais recentes da psychiatria e não o

---

<sup>60</sup> Inaugurado em 1889, o Sanatório de Barbacena era uma instituição particular destinada ao tratamento de tuberculosos, doente mentais e outros enfermos que chegavam de várias partes do Brasil em busca de cura no clima ameno de Barbacena. Também costumava ser frequentado por veranistas que fugiam do calor excessivo do Rio de Janeiro e demais cidades quentes, haja vista que o sanatório dispunha de um hotel (MASSENA, 1985).

simples asylo dos insanos que pelo seu estado de perturbação mental se tornarem perigosos á segurança publica”<sup>61</sup>. Desse modo, previa-se a reintegração do paciente ao seu meio social e não uma internação para a vida toda. O que se pretendia a partir daquele momento era seguir o discurso eugênico então em voga na psiquiatria, fazendo com que a Assistência aos Alienados não se reduzisse a simplesmente remediar a loucura, mas em preveni-la precocemente. Assim, conforme novo regulamento da instituição, os diretores poderiam “instituir conferencias publicas, mensais, sobre assumptos de eugenia, feitas em linguagem simples e destinada a apurar as qualidades da raça, obstando sua degeneração”<sup>62</sup>. Fora esse trecho do regulamento instituído pelo decreto, o que se observa nesse documento, no entanto, é uma série de normas de cunho administrativo que estabeleciam como deveriam ser as instituições destinadas aos alienados (sejam públicas ou privadas), como executar a admissão e liberação do paciente, o tratamento a ser-lhe oferecido e os profissionais que deveriam compor o quadro de funcionários.

Diante da constante superlotação nos hospitais já existentes, o novo regulamento estabelecia que, além do Colônia de Barbacena, deveriam ser criados ainda o Instituto Neuropsiquiátrico<sup>63</sup>, em Belo Horizonte, e Asilos Colônias regionais em diversas zonas de Minas Gerais. Cada uma das instituições deveria atender apenas a demanda da zona que lhe fosse dependente. Diferente dos regulamentos anteriores, nesse explana-se de forma mais detalhada acerca da necessidade de “pavilhões de observação para internamento dos doentes suspeitos de alienação mental, emquanto não se fixar o diagnostico (...) No caso de não se verificar a alienação, o individuo será posto immediatamente em liberdade”<sup>64</sup>.

Cabe pontuar que o Instituto Neuropsiquiátrico, além de um moderno projeto hospitalar voltado ao tratamento “das fórmag agudas de loucura” e “psychopathias chronicas”<sup>65</sup>, também deveria ser destinado ao estudo e ensino neurológico e psiquiátrico, contribuindo, dessa maneira, para a formação de novos alienistas em Minas Gerais. Segundo Magro Filho (1992), o Instituto, que pouco depois veio a se chamar Raul Soares, era dotado das melhores

---

<sup>61</sup> Decreto nº 6169, 31 de agosto de 1922. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

<sup>62</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 4 e 5 de setembro de 1922. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

<sup>63</sup> Inaugurado em 07 de setembro de 1922, data simbólica em que tomou posse o novo Presidente de Minas Gerais, Raul Soares, e quando se comemorou o centenário da Independência do Brasil. Até mesmo a inauguração em si foi um ato simbólico, propaganda política de Anthur Bernardes, que estava deixando o governo, pois o Instituto ainda não estava totalmente aparelhado para o seu funcionamento. Este só abriu as portas em 1924, quando já possuía outro nome que perdura até hoje: Instituto Raul Soares (MAGRO FILHO, 1992; SILVEIRA, 2008).

<sup>64</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 4 e 5 de setembro de 1922. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

<sup>65</sup> Idem.

ferramentas terapêuticas da época: “banhos de quatro celas, duchas pereniais, aparelhos eletrostáticos, camisas de força, ionoterapia, malarioterapia, eletroconvulsoterapia, insulino-terapia e medicamentos como cardiazol e barbitúricos” – estes últimos utilizados nos casos de esquizofrenia e síndromes depressivas (MAGRO FILHO, 1992, p. 62). Não obstante toda a inovação esperada a partir desta instituição, em pouquíssimo tempo ela se tornou uma triste extensão da delegacia, com várias pessoas consideradas “loucas perigosas” sendo enviadas algemadas e mantidas encarceradas, sem contar os vários relatos de maus tratos sofridos pelos pacientes.

Cordas, correias, tiras, manchões, argolas, lonas e coleiras formavam o arsenal patético. O Instituto tomara o aspecto de um depósito de feras enjauladas. O mau cheiro e os gritos completavam o cenário da escuridão dos cubículos e corredores, onde as lâmpadas inutilizadas agravavam o aspecto das noites intransitáveis ali dentro. Os braços livres que restavam, fora dos manquitos célebres, eram para atirar montões de fezes pelas paredes, que iam até os tetos. Diariamente, o chamado carro-forte da polícia despejava à porta do Instituto, com guias dos Delegados, magotes de loucos de todo o gênero. E toda aquela massa indiscriminada de infelizes abarrotava os quartos que se haviam transformado em cubículos hermeticamente fechados a tranca de ferro. As relações mentais dos pacientes eram obstadas por meios mecânicos de contenção, inclusive por castigos corporais. Os loucos, com os pés e as mãos atadas, quando não envolvidos em aparelhos de força, eram castigados por um calabrote de couro, com uma argola de ferro na ponta, denominado o “relho-mestre”, vibrado por braços de guardas habituados a tratá-los por meio de todo aquele instrumental mecânico de repressões e sevícias. (PIRES apud SILVEIRA, 2008, p. 137).

Tal realidade contrastava sobremaneira com o regulamento de reforma psiquiátrica advindo do Decreto nº 6169. Neste documento consta que no regime hospitalar os pacientes deveriam ser separados conforme o sexo e a forma de loucura de que se achavam acometidos. Assemelhando-se ao tratamento moral europeu, estavam previstas instalações limpas e arejadas, além de momentos de lazer, como “exercícios gymnasticos e ao ar livre, leituras, musica, jogos permittidos em boa sociedade”<sup>66</sup>, desde que estes não comprometessem a disciplina e ordem da instituição. Em caso de descumprimento das normas, o Diretor poderia utilizar meios coercitivos, tais como a privação de visitas, passeios, ou mesmo o completo isolamento. A coerção, no entanto, só poderia ser aplicada em casos excepcionais, após reunião e consentimento entre o Diretor e dois médicos.

Diferente das demais instituições, os Asilos Colônias teriam como parte do tratamento terapêutico os trabalhos nos campos e oficinas, com o acompanhamento e supervisão de mestres, inspetores e guardas. Ressalta-se que no regulamento consta que tais sujeitos deveriam

---

<sup>66</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 4 e 5 de setembro de 1922. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

encaminhar os pacientes para suas tarefas “com todo o zelo e carinho”<sup>67</sup>. Além disso, uma novidade aqui existente é a criação de uma conta corrente, de débito e crédito para cada paciente trabalhador. Em tal conta, presente na chamada “Caderneta de Peculios dos Alienados Trabalhadores”, ficava a remuneração relativa ao trabalho executado pelo paciente, cuja quantia poderia ser entregue parceladamente àquele capaz de administrá-la, caso contrário ficaria sob responsabilidade de um ecônomo. Se recebesse alta, o paciente teria direito a receber integralmente a quantia que lhe tinha sido creditado, ou a caderneta de conta corrente. No caso de falecimento, a quantia ou caderneta deveria ser entregue a quem de direito.

Tal como nos regulamentos anteriores, previa-se as medidas a serem tomadas em caso de falecimento do paciente: a família poderia executar o sepultamento, cobrindo todos os gastos necessários. Se esta não se manifestasse nas 24 horas seguintes ao falecimento, o cadáver seria inumado como indigente. De acordo com o art. 116, a forma de tratamento cedido à pessoa falecida diferenciava entre aqueles que pagavam diárias e os que não puderam fazê-lo:

Art. 116 – Os cadáveres de indigentes serão necropsiados sempre que nisso houver interesse científico; os de pensionistas somente com autorização previa da família. Paragrapho único. Os cadáveres de indigentes falecidos no Instituto Neuropsiquiatrico, por cujo enterramento ninguém se interesse, poderão ser cedidos á Faculdade de Medicina para trabalhos anatômicos<sup>68</sup>.

Detendo-se um pouco mais no regulamento proveniente do Decreto nº 6169, considero digno de nota a prescrição acerca das crianças nascidas nas instituições de Assistência a Alienados – ponto que até então não havia sido discutido pela legislação. De acordo com o regulamento, tais crianças deveriam ser entregues às suas respectivas famílias. Aquelas que não eram reclamadas pelos parentes deveriam, então, ser confiadas às instituições piás de assistência às crianças desamparadas. Porém, tomando o Hospital Colônia de Barbacena como exemplo, a partir dele uma outra realidade se mostra: muitas crianças foram afastadas do convívio materno e adotadas por outras famílias, sem nenhum consentimento das mães – algumas das quais sequer eram vítimas de qualquer enfermidade mental, como no caso de Geralda, que foi enviada ao Colônia pelo patrão que a violentou aos quinze anos e dele acabou engravidando. Na época, uma criança órfã, analfabeta, sozinha no mundo, Geralda não teve outra opção. Ela só conseguiu reencontrar o filho passados mais de quarenta anos – uma exceção em meio às inúmeras histórias tristes do Colônia (ARBEX, 2013).

---

<sup>67</sup> Idem.

<sup>68</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 4 e 5 de setembro de 1922. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

Com relação às demais instituições previstas no Decreto nº 6169, Melo Viana, que assumiu o governo de Minas em 1924, dizia ser desnecessário gastar tanto dinheiro na implantação de Asilos Colônias regionais. Na realidade, ele criticou duramente o decreto, afirmando que o Raul Soares já era suficientemente caro e que seria muito dispendioso equipar tantos outros, caso os construísse. Logo, na visão dele, investir na ampliação das instituições que o Estado já possuía seria muito mais interessante (MAGRO FILHO, 1992). Até aquele momento, além do Hospital Colônia de Barbacena e do Instituto Raul Soares, existia também o Hospital Colônia de Oliveira<sup>69</sup>, destinado exclusivamente para mulheres (CIRINO, 1992). Poucos anos depois, em 1929, foi inaugurado o Manicômio Judiciário de Barbacena<sup>70</sup>, através do Decreto nº 7471. Existente até hoje, essa instituição abriga pessoas que cometeram crimes, mas que em decorrência do seu transtorno mental não pode responder por eles em uma instituição penal tradicional. Além disso, ela é responsável pela elaboração de importantes laudos periciais (SAVASSI, 1991).

Ainda no ano de 1929 um episódio chamou a atenção tanto da comunidade médica como da sociedade mineira em geral. Ao assumir a direção do Instituto Raul Soares, o psiquiatra Lopes Rodrigues, indignado com a forma com que os pacientes eram mantidos presos, resolve soltá-los das cordas, camisas de força, enfim, de todas as amarras possíveis – tal como fizera, mais de um século atrás, o francês Philippe Pinel (MAGRO FILHO, 1992; SILVEIRA, 2008). De fato, conforme já foi mencionado, era caótica a situação do Instituto que, construído para ser uma referência na formação de alienistas, acabava por afastar os alunos. A superlotação somada a falta de um quadro de funcionários especializado e capaz de separar os doentes dos demais sujeitos enviados pela polícia, fez da contenção mecânica a principal alternativa para se manter a ordem. Havia, inclusive, um lutador de box como enfermeiro-chefe, famoso por derrubar qualquer paciente agitado com apenas um soco. Não é difícil de entender, portanto, a grande indignação que tomou conta de Lopes Rodrigues na época.

Num relatório ao responsável pela Secretaria de Segurança Pública, Rodrigues afirma que o Raul Soares “havia se transformado em um prolongamento da delegacia, uma vez que a ‘Assistência a Alienados’, órgão público que fazia a triagem das internações havia sido extinta no final de 1928, ficando esse critério a cargo da Secretaria de Segurança Pública” (SILVEIRA, 2008, p. 151). Dessa maneira, sem uma avaliação técnica e com os médicos sendo forçados a

---

<sup>69</sup> Em 1949, este hospital tornou-se Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil, destinado ao tratamento de crianças com transtornos psiquiátricos crônicos.

<sup>70</sup> Em 1956, através do Decreto nº 5021, passou a se chamar Manicômio Judiciário Jorge Vaz. E em 1987 foi renomeado como Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz – nome que perdura até a atualidade (SAVASSI, 1991).

lidar com todo o tipo de problema que chegava por meio dos carros da polícia, o Instituto havia lotado e alcançado um estado tal que sua finalidade médica já inexistia. Chamado para explicar e justificar seu ato ao governador do Estado, que o acusava de colocar em risco a segurança pública ao soltar os loucos perigosos, Rodrigues argumentou categoricamente que a ideia de “louco perigoso” era produto de ignorância médica – esta, sim, um perigo à sociedade como um todo (MAGRO FILHO, 1992).

Com a Revolução de 30 e consequente reorganização administrativa, o então Presidente da República, Getúlio Vargas, cria o Ministério da Saúde e Educação, e o Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio. Tal medida irá refletir também na organização administrativa dos Estados. Em Minas Gerais, é criada a Secretaria de Educação e Saúde Pública, a qual passou a gerir a Assistência aos Alienados. Na época, a situação hospitalar do Estado era bastante problemática, não obstante todos os decretos baixados a fim de providenciar reformas e melhorias. Por conta disso, em 1932 instaura-se a Inspeção Geral de Assistência Hospitalar e de Alienados de Minas Gerais – que no ano seguinte é renomeada para Diretoria Geral de Assistência Hospitalar. Seu objetivo era estabelecer uma nova regulamentação referente à Assistência aos Alienados (MAGRO FILHO, 1992).

O Diretor da Assistência Hospitalar, Zoroastro Vianna Passos, em carta ao Secretário de Educação, explana a calamidade a que chegou os hospitais psiquiátricos, a qual, segundo ele, era resultado da imprevidência com que lidavam com a situação, dos defeitos raciais do brasileiro e da falta de amor para com os doentes. Na proposta apresentada para solucionar o problema hospitalar, Passos mostrou-se preocupado “com as questões da formação moral do povo, do aprimoramento da raça, mas também com o fato de que o homem significaria um elemento para a grandeza econômica do País” (MAGRO FILHO, 1992, p. 87-88). Além disso, os psiquiatras ligados à Diretoria Geral de Assistência Hospitalar reivindicavam sua participação na elaboração de um plano de saúde mais harmônico, haja vista caber aos especialistas opinarem acerca de sua área. Após muitas pressões políticas, em março de 1934 foi aprovado o Regulamento da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais, que estava de acordo com o pensamento então defendido pelos psiquiatras.

Dividido em duas partes, este regulamento tratava, primeiramente, da questão hospitalar de uma forma geral, e em seguida da assistência aos “psicopatas”. Sobre a questão hospitalar, previa-se a criação de Conselhos que auxiliariam a Diretoria Geral de Saúde Pública na supervisão dos hospitais, bem como na aplicação de verbas para a manutenção da Assistência. No mais, os hospitais da rede oficial foram divididos em Hospitais de Policlínica (Regionais) e de Especialidades (Assistência aos Psicopatas). Com relação a este último, o regulamento

previa uma série de medidas a fim de estabelecer uma ordem burocrática interna aos hospícios e nas relações destes com a Diretoria Geral, além da criação de serviços de profilaxia mental tão difundidos pela Liga Brasileira de Higiene Mental a fim de garantir “o saneamento do meio social”<sup>71</sup>. De acordo com o regulamento, dentre suas atribuições de ordem preventiva estavam:

- a) surpreender sinais premonitórios de afecções neuro-psiquiátricas, evitando que elas cheguem a se desencadear;
- b) combater fatores degenerativos, tais como, vícios, maus hábitos e indigência;
- c) proceder a inquéritos relativos a certos grupos psicopáticos em que predominem a taxicomania, a delinquência, a prostituição e a miséria;
- d) investigar certos grupos sociais em que são reações psicopáticas: o suicídio, o homicídio, a fuga, etc<sup>72</sup>.

Acredito que uma das grandes novidades advindas do regulamento de 1934 foi a implantação da Assistência Hetero-Familiar. Segundo o próprio regulamento, esse tipo de tratamento, destinado exclusivamente aos alienados indigentes e pacíficos, “consistia em agregar-se o alienado a uma família estranha à sua, em cujo seio, sob a fiscalização médica, se tenta a sua readaptação ao meio familiar e atividade pragmática”<sup>73</sup>. Para que essa assistência fosse concretizada, o diretor do Hospital Colônia poderia ceder aos enfermeiros casados um lote de terra na área da instituição, onde trabalhariam e residiriam com até três pacientes. Além disso, a instituição se comprometia a fornecer cama, colchão, roupa e medicação a esses pacientes assistidos. Esta nova medida é relevante porque mostra o interesse das autoridades em devolver para a sociedade pessoas aptas ao trabalho e convívio social, de modo que deixem de ser um estorvo aos cofres públicos.

Outra novidade também observada no regulamento de 1934 é a sinalização, pela primeira vez, de direitos dirigidos aos alienados. No Art. 193º consta que “Em qualquer ocasião será permitido ao internado em estabelecimento público ou particular ou em domicílio, requerer à autoridade competente por si, ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade mental ou denunciar a falta dessa formalidade”<sup>74</sup>. Além disso, garantia que empregadas/os da instituição que praticassem quaisquer atos de violência ou de atentado ao pudor contra as/os internas/os estariam sujeitas/os às penas disciplinares ou mesmo à legislação penal.

---

<sup>71</sup> Regulamento da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 27 de março de 1934. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

<sup>72</sup> Idem.

<sup>73</sup> Idem.

<sup>74</sup> Idem.

Na década de 1940, Minas Gerais foi avaliada como detentora do melhor serviço público de saúde mental, que naquele momento era fornecido pelo Instituto Raul Soares, Hospital Colônia de Oliveira, Hospital Colônia de Barbacena e pelo Manicômio Judiciário de Barbacena (DUARTE, 1996). Além dessas instituições públicas, no Triângulo Mineiro havia também dois asilos-hospícios construídos por populares e administrados por espíritas kardecistas: o Asilo Espírita para Obsedados, de Uberlândia, e o Sanatório Espírita de Uberaba. Durante uma visita de fiscalização, em 1942, o inspetor do Serviço Nacional de Doenças Mentais<sup>75</sup> relatou que o Asilo de Uberlândia era o que possuía melhores condições de infraestrutura e assistência dentre aqueles dessa natureza visitados por ele nos estados de Goiás, São Paulo e na própria Minas Gerais. Embora dispusesse de um médico que visitava a instituição três vezes por semana, sua terapêutica era pautada nas crenças kardecistas e coordenada por um grupo de médiuns (DUARTE, 1996).

Até a década de 1980, dezenove dos vinte e cinco hospitais psiquiátricos existentes em Minas “estavam localizados no famoso corredor da loucura formado por Barbacena, Juiz de Fora e Belo Horizonte. Nesse período, as três cidades concentravam 80% dos leitos da saúde mental no Estado” (ARBEX, 2013, p. 31). O número de casas de saúde particulares, no entanto, excedia ao de hospitais públicos, embora aquelas não detivessem o maior número de leitos e nem apresentassem uma situação estrutural e de atendimento melhores, haja vista atuar de forma puramente comercial.

Vemos, portanto, que não obstante todos os esforços legais para reformar o atendimento psiquiátrico no Estado de Minas Gerais, estes em grande medida permaneceram apenas na teoria – fato que será melhor desenvolvido nos capítulos seguintes. A grande prova disso foi a impressão que Franco Basaglia, psiquiatra italiano líder da luta antimanicomial, teve do Hospital Colônia de Barbacena. Ao vir para o Brasil, em julho de 1979, para visitar os hospícios do país, ele foi convidado pelo professor de residência em psiquiatria do Instituto Raul Soares, Antônio Soares Simone, para visitar Minas Gerais. Simone o levou para conhecer o Raul Soares, o Hospital Galba Veloso e o Hospital Colônia de Barbacena. Este último gerou tamanho impacto em Basaglia que em uma entrevista coletiva para a imprensa disse ter estado em um campo de concentração nazista. Suas declarações sobre Barbacena repercutiram em todo o país e também no exterior, resultando inclusive num artigo no jornal *New York Times*. Isso trouxe

---

<sup>75</sup> Criado em 1941, durante o Estado Novo, este órgão centralizador coordenava, fiscalização e normatizava os serviços de assistência psiquiátrica em todo o Brasil. Ele foi responsável por expandir a construção de manicômios judiciários e ambulatórios, e por incentivar a pesquisa e ensino da psiquiatria nos hospitais públicos e clínicas psiquiátricas (DUARTE, 1996).

visibilidade para a forma trágica com que a loucura vinha sendo tratada, pressionando, assim, a então Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) a tomar as devidas providências. Por fim, em 1980 a FHEMIG aprovou o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que gerou mudanças no Instituto Raul Soares, no Hospital Galba Veloso, no Centro Psicopedagógico (antigo Hospital de Neuropsiquiatria Infantil pesquisado durante o meu mestrado), e no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (antigo Hospital Colônia) (ARBEX, 2013).

## Capítulo 3

### O RITUAL DE INTERNAMENTO



**Figura 4 – Abertura do Capítulo 3: Interno no Hospital Colônia de Barbacena**  
Fonte: Acervo de Luiz Alfredo, 1961.

*“O trem do sertão passava às 12h45m (...) Para onde ia, no levar as mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe”.*

(GUIMARÃES ROSA, 2019, n.p)

O primeiro regulamento do Hospital Colônia de Barbacena afirmava que a instituição era destinada “a receber os habitantes do Estado que, por motivo de alienação mental, carecerem de tratamento”<sup>76</sup>. Na prática, porém, seu público parece ter sido mais abrangente. Além dos transtornos mentais que afetavam as pessoas encaminhadas para Barbacena, fatores como perturbação à ordem e à tranquilidade públicas, ameaça para a sociedade e para a moral pública e privada, foram considerados nos pedidos de internação, fazendo-se presentes em muitos ofícios destinados à Diretoria da Assistência a Alienados ou ao Secretário dos Negócios do Interior – autoridade responsável por autorizar internações, reformas e pagamentos na instituição.

Em novembro de 1903, por exemplo, o Juiz de Paz do município de Bambuí oficiava à Secretaria do Interior que havia uma louca na cidade que costumava apresentar comportamentos e conversas obscenas, “em contra posição á vida de honestidade e pudor que a caracterizava anteriormente”<sup>77</sup>. Por ser considerada um risco à vida de seus filhos e de outras crianças, bem como a fim de salvaguardar a moral pública e privada, “constantemente prejudicadas pelos actos e palavras obscenas por ella praticadas e proferidas em exhibições impudicas”<sup>78</sup>, o Juiz de Paz determinou a prisão da mulher na cadeia do município até que sua internação na Assistência a Alienados fosse autorizada.

Outro caso recorrente era de crianças que foram abandonadas e, mesmo sem apresentar transtornos mentais, foram encaminhadas para a instituição de Barbacena. Esta foi a história de Lourdes<sup>79</sup>: adotada por um casal, certa vez Lourdes tentou se defender dos assédios de seu pai adotivo ameaçando-o com uma faca. Por esta razão, foi considerada louca e levada ao Colônia. Além disso, Arbex (2013) aponta outros casos, tais como moças e rapazes que, por motivos diversos, geraram desgosto para suas famílias. Alcoolatras e homossexuais também compõem essa lista. No entanto, cabe ressaltar que por muitos anos o alcoolismo e a homossexualidade foram considerados enfermidades que necessitavam de internação em instituições psiquiátricas,

<sup>76</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 22 de fevereiro de 1903. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

<sup>77</sup> Guia, Delegacia de Policia do municipio de Bambuhy, 8 de Novembro de 1903. SI-1634. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>78</sup> Idem.

<sup>79</sup> Entrevista realizada em março de 2018. Neste trabalho é preservada a identidade de todas as pessoas entrevistadas, de modo que seus nomes foram trocados por outros fictícios.

o que contribuiu para a criação de um grande estigma que até hoje é usado como justificativa para segregar tais pessoas do convívio social. Fica claro, portanto, que a negação da “pluralidade democrática da alteridade” (WICKERT, 1998, n.p) fez das transgressoras/es sociais alvo de análise do conhecimento científico e, por fim, pacientes necessitados de assistência e tratamento médico.

A chegada dessas pessoas ao Hospital Colônia constituía-se em uma verdadeira *via crucis*, por vezes marcada por um longo processo burocrático de exposição do sujeito, e pelo ritual de internação que resultava na mortificação de sua individualidade. Tal organização burocrática legitimada pelo saber médico é comum em instituições totais, cuja finalidade é atingir os objetivos institucionais, dentre os quais a normatização das condutas consideradas inadequadas (WICKERT, 1998).

Neste capítulo, farei uma análise do processo de pedido de internação ao Hospital Colônia, dos aspectos que envolviam a chegada das/os pacientes, sua internação, bem como as práticas e rituais cotidianos naquela instituição. Nesta análise, as materialidades serão ponto central para o desenvolvimento da discussão de transformação do sujeito em doente e interno do Colônia. Veremos que a perda dos objetos pessoais marcava o ritual de ingresso ao hospital, desmembrando, assim, o sujeito de seu antigo eu para criar um novo ser social, modelado e disciplinado pelos objetos, normas e vida institucionais (DE CUNZO, 1995). Como bem pontua Wickert (1998), a internação em um manicômio não se trata simplesmente de despir-se da própria roupa e vestir um uniforme. Trata-se, juntamente com este ato, de também despir-se da individualidade e tornar-se mais um Código Internacional de Doenças.

Em seguida me debruçarei na tentativa institucional de demarcar hierarquia entre as classes de pacientes apontadas no regulamento do hospital, e entre estes e os funcionários. Ao menos no âmbito do discurso presente na documentação, determinados conjuntos materiais definiam tal diferenciação que, conforme veremos, se dava através da qualidade dos poucos objetos que a sustentavam.

Em meio a esse contexto, os conceitos de *estratégia* e *tática* propostos por De Certeau (1998) trazem importante contribuição interpretativa. Ferramenta de poder empregada por grupo e/ou sistema dominante, estratégias são “ações que, graças ao postulado de um lugar de poder (a propriedade de um próprio), elaboram lugares teóricos (sistemas e discursos totalizantes), capazes de articular um conjunto de lugares físicos onde as forças se distribuem” (DE CERTEAU, 1998, p. 102). Sua aplicação é acompanhada de efeitos dentre os quais destacam-se: 1. domínio dos lugares a partir de uma prática panóptica que permite observar, controlar e incluir os dominados em seu campo de visão (aspecto que será analisado no próximo

capítulo); 2. poder do saber, que conquista um lugar para si. A psiquiatria fez dos manicômios o local de aplicação e desenvolvimento de seu saber científico – saber este que é uma forma de poder sob os corpos, na medida em que os divide entre loucos e sãos, e tenta moldá-los conforme a ordem social vigente. No contexto de Minas Gerais, isto se manifesta claramente no Hospital Colônia: construído para oferecer tratamento especializado, mas também tirar das vistas os incômodos sociais, ele foi laboratório para o desenvolvimento da psiquiatria mineira, cujo curso começou a ser oferecido no Estado anos após a fundação do Hospital.

Contudo, diante dos arranjos de poder e controle, o sujeito utiliza do lugar que lhe foi imposto e das ferramentas próprias desse lugar para (re)criar movimentos de subversão. À esta ação De Certeau (1998) denomina *tática*, a qual se faz presente nos objetos adquiridos ou criados pelas/os pacientes do Colônia e que serão analisados ao fim desse capítulo. Tais objetos imprimiam subjetividades, escolhas individuais e materializavam movimentos de resistência e liberdade entre os muros institucionais.

### 3.1 Os pedidos de internação

Os pedidos de internação<sup>80</sup> constituíram-se em um verdadeiro processo burocrático, ao longo do qual se criou um vasto rastro documental que percorri para, aos poucos, ir juntando as peças do grande quebra cabeça que é o Hospital Colônia de Barbacena. Matthew Johnson (1996) propõe que, ao lidarmos com fontes documentais, é importante estarmos atentos à estrutura dos documentos, em vez de utilizá-los como simples fonte de informação acerca de eventos passados. Desse modo, tanto os documentos como os artefatos são “manifestações de diferentes tipos de prática social – das pessoas agindo, fazendo e escrevendo coisas”<sup>81</sup> (JOHNSON, 1996, p. 97). Portanto, acredito que se considerarmos os documentos também como artefatos, é possível verificar que eles incorporam discursos, mentalidades e mudanças ao longo do tempo em que foram construídos, mostrando dissonâncias, contextos e apresentando uma forma alternativa de alcançar as materialidades dos sítios históricos que estudamos.

No Hospital Colônia, o requerimento de internação diferenciava entre indigentes e pensionistas. No caso dos indigentes, o pedido era encaminhado por uma autoridade do Estado. Na primeira década do século XX, a autoridade responsável era o Secretário do Interior, e na

---

<sup>80</sup> Consultei pedidos de internação realizados de 1904 até 1920, presentes no Fundo da Secretaria do Interior, Série 10: Saúde e Assistência Pública, do Arquivo Público Mineiro, em Belo Horizonte.

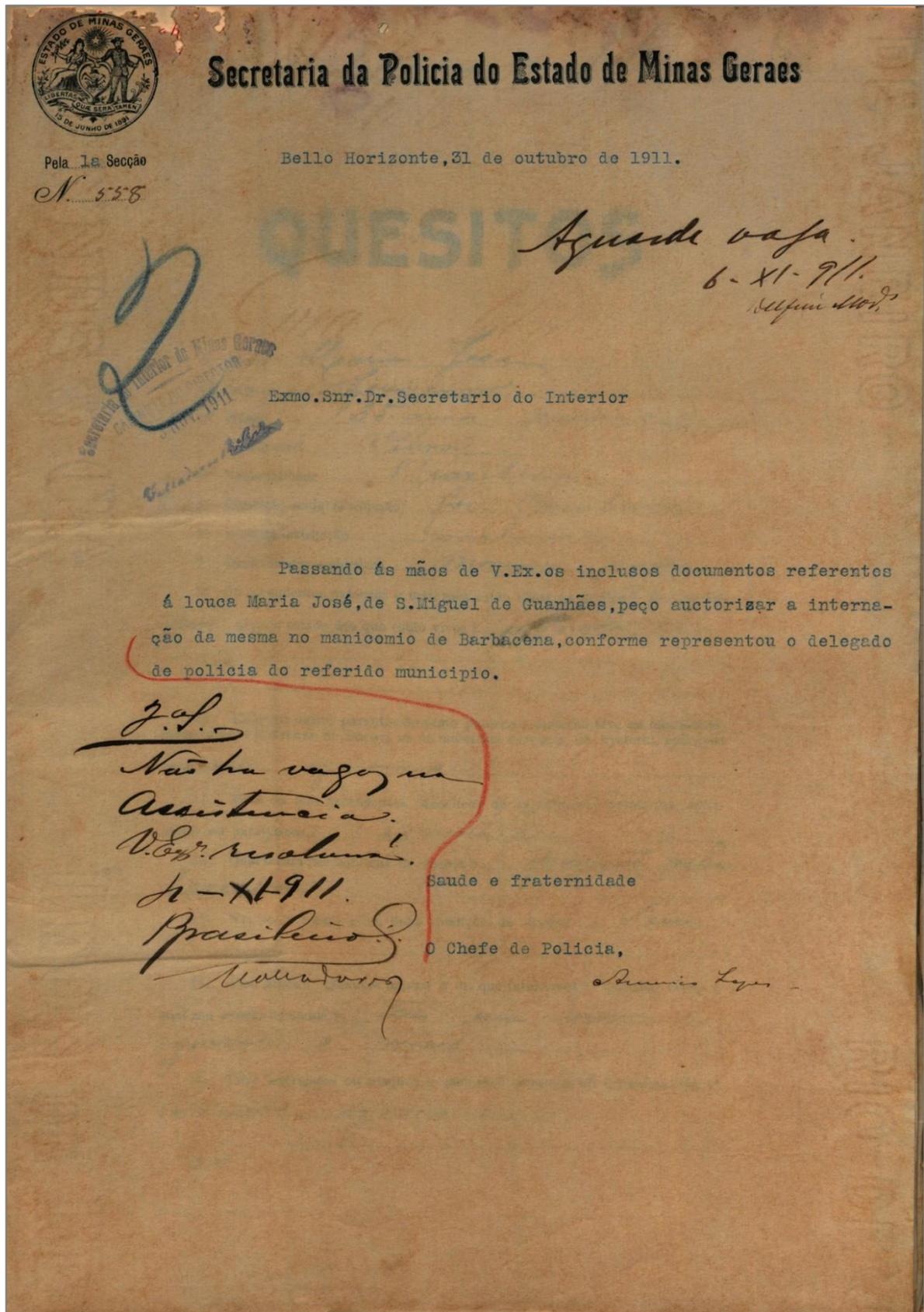
<sup>81</sup> Tradução livre do original.

segunda década, a Chefia de Polícia. Respeitando os Regulamentos da instituição, o pedido de admissão ao hospital deveria ser acompanhado por uma série de documentos:

1. Uma guia contendo nome, filiação, naturalidade, idade, sexo, cor, profissão, domicílio, características físicas e quaisquer outras informações relevantes na identificação do indivíduo.
2. Exposição minuciosa dos elementos que comprovassem a alienação mental, corroborada, quando possível, de atestado médico.
3. Declaração dos motivos que determinaram a detenção do indivíduo – caso tenha ocorrido.
4. Atestado feito por autoridade local competente, comprovando que o indivíduo era indigente e residente em Minas Gerais por pelo menos seis meses.

Para exemplificar, vejamos a seguir os papéis que compuseram o pedido de internação de Maria José, em 1911.

Figura 5 – Ofício do Chefe de Polícia ao Secretário do Interior de Minas Gerais



Destaco no ofício acima a observação escrita à mão, certamente por algum funcionário do hospital, que diz: “Não ha vagas na Assistencia. V. Ex<sup>a</sup> resolverá. 4 – XI – 911”. A falta de vagas foi um problema frequente ao longo de todos os anos de funcionamento da instituição. Não eram raras as vezes em que o diretor do hospital escrevia ao Secretário do Interior, ou à Chefia de Polícia, informando que o estabelecimento se encontrava lotado e pedindo que não autorizasse novas internações.

**Figura 6 – Guia do pedido de internação de Maria José**

**QUESITOS**

1.º Nome Maria José  
 2.º Sexo feminino  
 3.º Idade 35 annos presumíveis  
 4.º Estado civil Viuva  
 5.º Nacionalidade Brasileira  
 6.º Condição social (Profissão) fei. Cambuira  
 7.º Gráo de instrução nenhumas  
 8.º Caracteristicos phisicos Morena parda  
 9.º Os ascendentes paternos e maternos estão vivos ou mortos? De que falleceram! Qual o estado dos que estão vivos? ignora-se

10. Entre os outros parentes do ramo paterno e materno teve ou tem actualmente alguns soffrendo de loucura ou de molestias nervosas, de hysteria, epilepsia ou paralysisa? ignora-se  
 11. Teve ou tem ascendentes alcoholicos ou syphiliticos, hystericos, epilepticos ou paralyticos? ignora-se  
 12. Qual o caracter habitual do doente? spanica pela larrua  
 13. Nasceu a termo e em boas condições de saude? Sim

14. Tem filhos? Quantos mortos e de que falleceram? Quantos vivos e qual seu estado de saude? Tem um vivo e ignorado e mais  
 15. Teve convulsões ou ataques e molestias nervosas ou infecciosas na 1.ª e na 2.ª infancia? ignora-se

16. O doente teve ou tem habitos alcoholicos e contrahiu alguma vez infecção syphilitica? Sim  
 17. Que molestias soffreu antes da actual? ignora-se  
 18. Já esteve alguma vez accomettido de hystheria, epilepsia, paralysisa, ou de loucura? Quando e porquanto tempo? louca a 7 annos mais ou menos  
 19. Ha quanto tempo começou a molestia actual e como começou? a 7 annos mais ou menos, ignorase como  
 20. Quaes tem sido suas manifestações por actos e palavras? por actos e palavras gestos e contornel pela larrua  
 21. Esteve ou tem estado agitado e furioso ou pelo contrario calmo e triste? alternativamente, uma e outra coisa  
 22. Tem comettido violencias e actos aggressivos? Contra quem? Contra os tranqueiros quanto perseguida  
 23. Perdeu a affeição pela familia, parentes e amigos? Sim  
 24. Teve ou tem más costumes e vícios? Quaes são? Não  
 25. Por effeito da molestia actual o doente mudou de vida, de habitos e costumes? Sim, não aceita saça p. morar  
 26. Houve causas moraes, como desgostos de familia, perda de fortuna e outras que pudessem influir para o apparecimento da molestia actual? Não

848-907

Fonte: SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 41. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

No documento acima (Figura 6), intitulado “Quesitos”, lemos:

“1º Nome Maria José

2º Sexo feminino

3º Idade 35 annos presumíveis

4º Estado civil Viuva

5° Nacionalidade Brazileira

6° Condição social (Profissão) foi cosinheira

7° Gráo de instrucção nenhuma

8° Caracteristicos phisicos morena parda

9° Os ascendentes paternos e maternos estão vivos ou mortos? De que falleceram! Qual o estado dos que estão vivos? ignora-se

10° Entre os outros parentes do ramo paterno e materno teve ou tem actualmente alguns sofrendo de loucura ou de molestias nervosas, de hysteria, epilepsia ou paralysisa? ignora-se

11° Teve ou tem ascendentes alcoolicos ou syphiliticos, hystericos, epilepticos ou paralyticos? Ignora-se

12° Qual o caracter habitual do doente? Paixão pela lavoura

13° Nasceu a termo e em boas condições de saude? Sim

14° Tem filhos? Quantos mortos e de que falleceram? Quantos vivos e qual seu estado de saude? Tem um vivo e ignorado o mais

15° Teve convulsões ou ataques e moléstias nervosas ou infecciosas na 1ª e na 2ª infancia? ignora-se

16° O doente teve ou tem habitos alcoolicos e contrahiu alguma vez infecção syphilitica? Sim

17° Que molestias sofreu antes da actual? Ignora-se

18° Já esteve alguma vez acometido de hysteria, epilepsia, paralysisa, ou de loucura? Quando e porquanto tempo? Louca a 7 annos mais ou menos

19° Ha quanto tempo começou a moléstia actual e como começou? A 7 annos mais ou menos, ignora-se como

20° Quaes tem sido suas manifestações por actos e palavras? Por actos e palavras gosto e costume pela lavoura

21° Esteve ou tem estado agitado e furioso ou pelo contrario calmo e triste? Alternativamente uma e outra couza

22° Tem comettido violencias e actos aggressivos? Contra quem? Contra os transeuntes quando provocada

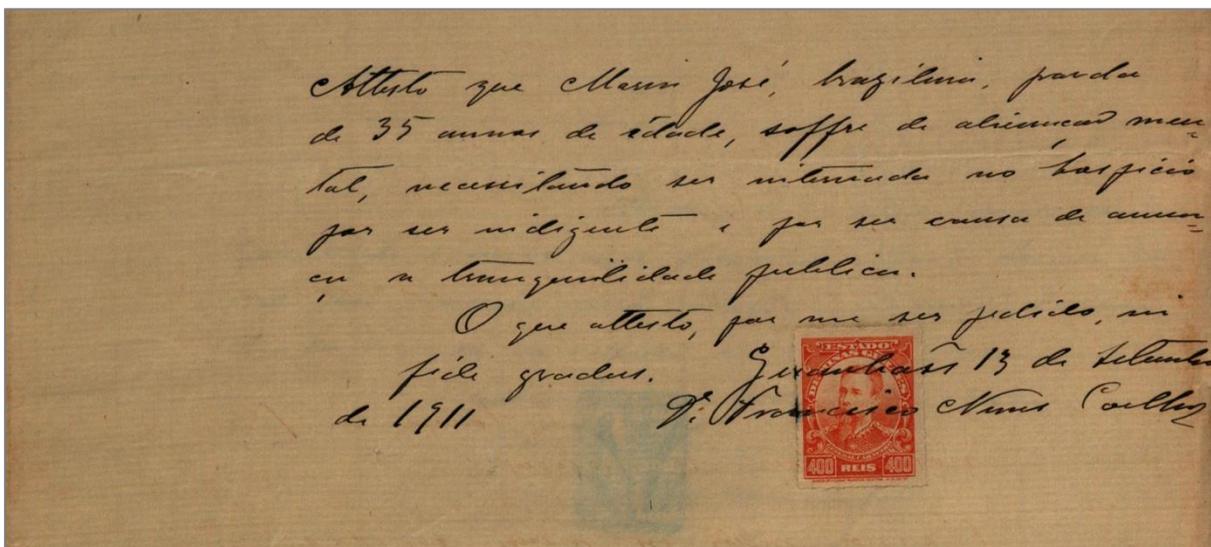
23° Perdeu a affeição pela familia, parentes e amigos? Sim

24° Teve ou tem mãos costumes e vicios? Quaes são? Não.

25° Por effeito da molestia actual o doente mudou de vida, de habitos e costumes? Sim, não aceita caza para morar

26° Houve causas moraes, como desgostos de familia, perda de fortuna e outras que pudessem influir para o aparecimento da molestia actual? Não”.

**Figura 7 – Parecer médico para o pedido de internação de Maria José**



Fonte: SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 41. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

Acima (Figura 7) apresento o parecer médico que acompanhou o pedido de internação de Maria José, no qual o Dr. Francisco Coelho afirma o seguinte: “Attesto que Maria José, brasileira, parda de 35 annos de idade, soffre de alienação mental, necessitando ser internada no hospicio por ser indigente e por ser ameaça a tranquillidade publica”. Juntamente com todos esses documentos, havia também ofícios do juiz de paz e do juiz municipal alegando que “a louca (...) [vive] dormindo, ha annos, ao relento, e é indigente”<sup>82</sup>.

O caso de Maria José mostra-nos o processo burocrático completo de pedido de admissão ao hospital de uma pessoa pobre. Nele, observa-se que a internação não era uma opção passível de escolha para o doente mental, uma vez que a solicitação era realizada e autorizada por autoridades policiais, médicas e jurídicas. Este fato revela claramente o quanto o doente mental era tido como incapaz de decidir sobre questões que afetavam diretamente sua vida, tirando-lhe o poder de se opor a internação, haja vista ser uma pessoa desfavorecida de razão. Isto também pode ser reflexo da Consolidação das Leis Civis, de 1876, cujo art. 29 determinava que “os loucos de todos os generos, e os prodigos, são equiparados aos menores” (FREITAS, 2003). Desse modo, o louco necessitaria de um tutor que o protegesse e garantisse seu bem

<sup>82</sup> Juizo Municipal de Ganhães, 23 de outubro de 1911. SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 41. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

estar. O tutor, em muitos casos, poderia ser o Estado, que se fazia presente através das leis e instituições. O mesmo cuidado podemos observar em relação às mulheres, crianças e idosos, refletindo o aspecto patriarcal de nossa sociedade.

A isto soma-se o agravante que era Maria ser considerada uma ameaça à ordem pública – algo recorrente nas justificativas que acompanhavam os pedidos de internação. Em outro pedido, este referente à Maria Firmina, no atestado médico consta que “a paciente, nas condições de liberdade em que vive, **torna-se um perigo para si própria e um serio incomodo sendo uma ameaça permanente para a sociedade**: pelo que é da máxima conveniencia a sua reclusão em um estabelecimento apropriado”<sup>83</sup>. Tais exemplos atestam o quanto a loucura era considerada não apenas uma enfermidade, mas também uma questão de segurança pública, o que justificava a necessidade da reclusão da doente, privando-lhe do convívio social por ela ameaçado – conforme narrativa das autoridades observadas na compilação documental.

O conjunto documental acima demonstrado também pode ser lido como uma fonte de exposição e de denúncia dos comportamentos desviantes de Maria José e Maria Firmina. Afinal, todas as informações contidas na guia do pedido de internação, no parecer médico e nos ofícios das autoridades municipais convergem para afirmar o estado de loucura daquelas mulheres e consequente necessidade de internação no Hospital Colônia.

Já no caso das/os pensionistas, sua internação poderia ser solicitada pelos pais, tutor, curador, cônjuge ou parente próximo – desde que fosse maior de 21 anos –, bem como por chefe de corporação religiosa ou beneficente a que pertencia a/o enferma/o, ou ainda por algum representante do Ministério Público. Tal pedido deveria estar acompanhada de pareceres minuciosos, se possível de dois médicos, e que estes não fossem próximos ao paciente. Além disso, a internação só seria efetivada mediante o pagamento adiantado do primeiro trimestre correspondente à classe solicitada pelo requerente. Diferente dos indigentes, os pensionistas eram divididos em três classes, cada uma com preços e direito a regalias diferentes.

- § 2º As diversas classes de pensão darão direito:  
 (...) b) 1ª classe: quarto com uma só cama e alimentação especial.  
 c) 2ª classe: quarto com duas camas, alimentação especial.  
 d) 3ª classe: internamento em pequenas enfermarias<sup>84</sup>.

<sup>83</sup> Atestado do Dr. José Ribeiro de Silva, 29 de maio de 1911. SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 41. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro. Grifo meu.

<sup>84</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 4 e 5 de setembro de 1922. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

Conforme consta no Regulamento de 1922, todas/os pensionistas tinham direito a lavagem de suas roupas mediante um pagamento adicional. Já em Regulamento anterior, de 1903, constava também que:

Art. 39. O enfermo de primeira ou segunda classe poderá ter servente ou criado especial, fornecido pelo estabelecimento, mediante o pagamento de mais 5\$000 diários.

Parapho unico. Tambem poderá o enfermo ser acompanhado de pessoa ou criado de confiança da família, com permissão do Director, e mediante o pagamento de mais 5\$000 diários<sup>85</sup>.

A partir do Regulamento de 1922, as regalias descritas no artigo acima destinavam-se apenas às internas/os da classe especial presente no Instituto Neuropsiquiátrico, em Belo Horizonte. Ao que parece, essa divisão dos pensionistas por classes se estendeu até o início da década de 1930, haja vista que ela inexistia no Regulamento da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais, de março de 1934.

No caso de não pagamento da pensão, consta nos Regulamentos de 1903 e 1922 que a/o paciente seria colocado à disposição de seu responsável legal. Se no prazo de trinta dias o responsável não se manifestasse e a dívida não fosse paga, o paciente seria colocado em liberdade – caso não fosse considerado um perigo para si e para sociedade – ou relocado para a seção de indigentes. Às vezes, essa relocação se dava por pedido do próprio responsável. Em outubro de 1909, por exemplo, Umbelina entrou com pedido para que o marido, que já se encontrava internado como pensionista, fosse colocado na condição de indigente, haja vista “não lhe ser possível, por falta de meios, fazer o pagamento das pensões”<sup>86</sup>. Juntamente com o seu pedido, seguiu em anexo atestados assinados pelo Juiz de Paz e pelo Subdelegado que comprovavam sua delicada situação financeira. Porém, mesmo assim, seu pedido foi indeferido. Talvez porque Umbelina já estivesse devendo parte das despesas da internação de seu marido, conforme é possível observar nas fontes documentais. O que aconteceu a seguir, não sabemos; no entanto, gostaria de chamar a atenção para uma outra questão presente nesses documentos.

Em seu pedido, Umbelina afirma que o marido precisava continuar internado “por persistir o seu incommodo mental”<sup>87</sup>. Ou seja, certamente esta mulher, assim como tantas outras pessoas, se esforçou para garantir o tratamento de seu familiar na esperança de que ficasse

---

<sup>85</sup> Regulamento da Assistência a Alienados, 22 de fevereiro de 1903. Imprensa Oficial do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

<sup>86</sup> Ofício ao Ill<sup>mo</sup> e Ex<sup>mo</sup> Sr Dr Secretario do Interior do Estado de Minas, 17 de outubro de 1909. SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 34. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>87</sup> Idem.

curado o mais breve possível – algo que não ocorria frequentemente, como veremos mais adiante. O mesmo ocorreu, ainda, com Francisco, em 1906, que foi internado pelo pai como pensionista na esperança de que “pudesse restabelecer-se dentro de pouco tempo, [e] fel-o com os maiores sacrifícios”<sup>88</sup>.

Em meio a toda a burocracia referente aos pedidos de internação, havia, porém, algumas exceções, como os casos de internação urgente. Segundo *Regulamento de Assistencia a Alienados* de 1922, enquadrava-se nessa exceção sujeitos que colocavam em risco a própria saúde ou a segurança pública. Casos como estes não foram raros, haja vista ser frequente nos pedidos de internação entre os anos de 1904 e 1920 a justificativa de que a pessoa era um perigo a ordem pública. Esta foi a realidade vivenciada por Josephinas, Josés, Franciscos e por Maria Miguel que, com apenas 13 anos de idade, teve seu pedido de internação redigido pelo Chefe de Polícia de sua cidade, o qual alegava que ela achava-se “soffrendo de alienação mental” e era “perigosa para si e para a sociedade; pelo que é necessaria a sua internação urgente na Assistencia á Alienados visto offerecer perigo de saude”<sup>89</sup>.

Tais requerimentos de internação urgente deveriam ser feitos diretamente com o diretor da instituição. No documento deveria constar o visto do delegado de polícia da circunscrição e, somente quando possível, o atestado médico. Esse tipo de internação tinha período máximo de 40 dias, durante os quais “a parte ou a auctoridade, que requereu a medida de excepção, [precisaria] organizar (...) os documentos necessários á internação regular”<sup>90</sup>. Findo este prazo, caso as formalidades não fossem cumpridas, o sujeito era colocado em liberdade ou entregue à família, “salvo si os interesses da sua saúde ou da ordem publica contraindicarem essa medida”<sup>91</sup>.

Outro tipo de exceção prevista no Regulamento de 1922, eram casos de pessoas maiores de idade que se apresentavam voluntariamente e solicitavam sua internação ao diretor do hospital. Tais pessoas deveriam, por escrito, explicar as razões pelas quais desejavam ser internadas, e anexar à sua justificativa atestados de dois médicos.

Cabe pontuar que na interpretação feita do Regulamento, e diante da constante falta de vagas na instituição, por vezes as loucas e loucos ditos como mansos não eram considerados prioridade pelos Secretários do Interior e diretores do hospital. Alguns casos descortinados em

---

<sup>88</sup> Ofício ao Ill<sup>mo</sup> e Ex<sup>mo</sup> Sr Dr Secretario do Interior do Estado de Minas, 1906. SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 13. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>89</sup> Ofício nº 318 da Secretaria de Policia do Estado de Minas Geres, 02 de junho de 1911. SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 41. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>90</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 4 e 5 de setembro de 1922. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

<sup>91</sup> Idem.

meio ao conjunto documental presente no APM levaram-me a esta hipótese, tal como o de Mariana. Ela teve a sua internação recusada não só por não haver vagas para mulheres no hospital, conforme explicou o Secretário do Interior, como também porque seus documentos provavam “que a referida louca é mansa, sendo certo que o medico que a examinou atesta estar a mesma soffrendo das faculdades mentaes, mas sem declarar ser furiosa”<sup>92</sup>. Isto leva-nos a pensar que, embora os Regulamentos da Assistência a Alienados atestem que o objetivo da instituição era, dentre outras coisas, “socorrer as pessoas que necessitarem de tratamento em consequencia de alienação mental”<sup>93</sup>, sua maior preocupação eram as loucas e loucos que ameaçavam a ordem social vigente: seja tendo crises de fúria, perturbando a tranquilidade pública com atos e palavras obscenas ou invadindo casas – todos estes casos frequentes em meio a documentação compilada no APM. Ou seja, mais do que oferecer assistência aos doentes mentais do Estado de Minas Gerais, as autoridades estavam interessadas em retirar de circulação os incômodos sociais. Tanto isto é verdade que na cidade de Estrella do Sul, a câmara municipal, por unanimidade, solicitou ao Secretário do Interior a internação em Barbacena de um homem que andava “vagando pelas ruas, a maior das vezes em trages menores, incomodando a tudo e a todos, trazendo emfim em sobresalto a população da cidade”<sup>94</sup>. Diante da situação de desamparo financeiro e familiar daquele homem, os representantes da câmara entendiam que sua internação constituía-se em um grande ato de justiça e caridade – o que mascara a justificativa central presente no pedido que era o desconforto gerado pela existência de um doente mental em situação de rua.

### 3.2 O trem de doido e seus passageiros

As pessoas encaminhadas ao Hospital Colônia chegavam ali na companhia de familiares ou responsáveis legais, em viaturas da polícia ou, ainda, através do popularmente conhecido “trem de doido”, que cruzava o Estado pela Estrada de Ferro Central do Brazil. Essa expressão, atualmente incorporada ao vocabulário mineiro para se referir a algo positivo, foi criada pelo escritor Guimarães Rosa no conto *Sorôco, sua mãe, sua filha*, do livro *Primeiras estórias* (2019). O conto fala do viúvo Sorôco que teve de deixar a mãe e a filha no trem que as levaria

---

<sup>92</sup> Ofício nº 162 da Secretaria de Policia do Estado de Minas Geres, 08 de março de 1911. SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 41. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>93</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 4 e 5 de setembro de 1922. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

<sup>94</sup> Paço da Camara Municipal da Cidade da Estrella do Sul, 14 de julho de 1908. SI-1711. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

até Barbacena para receber tratamento psiquiátrico. Sorôco nunca mais viu as mulheres que compunham sua única família e, de fato, muitos passageiros do trem de doido fizeram uma viagem sem volta.

A princípio, o desembarque dos futuros internos do Colônia se dava na Estação Ferroviária de Barbacena, cerca de dois quilômetros de distância do hospital (ver Figura 8).

**Figura 8 – Mapa demonstrando a distância entre a Estação Ferroviária e o local onde funcionava o Hospital Colônia de Barbacena**

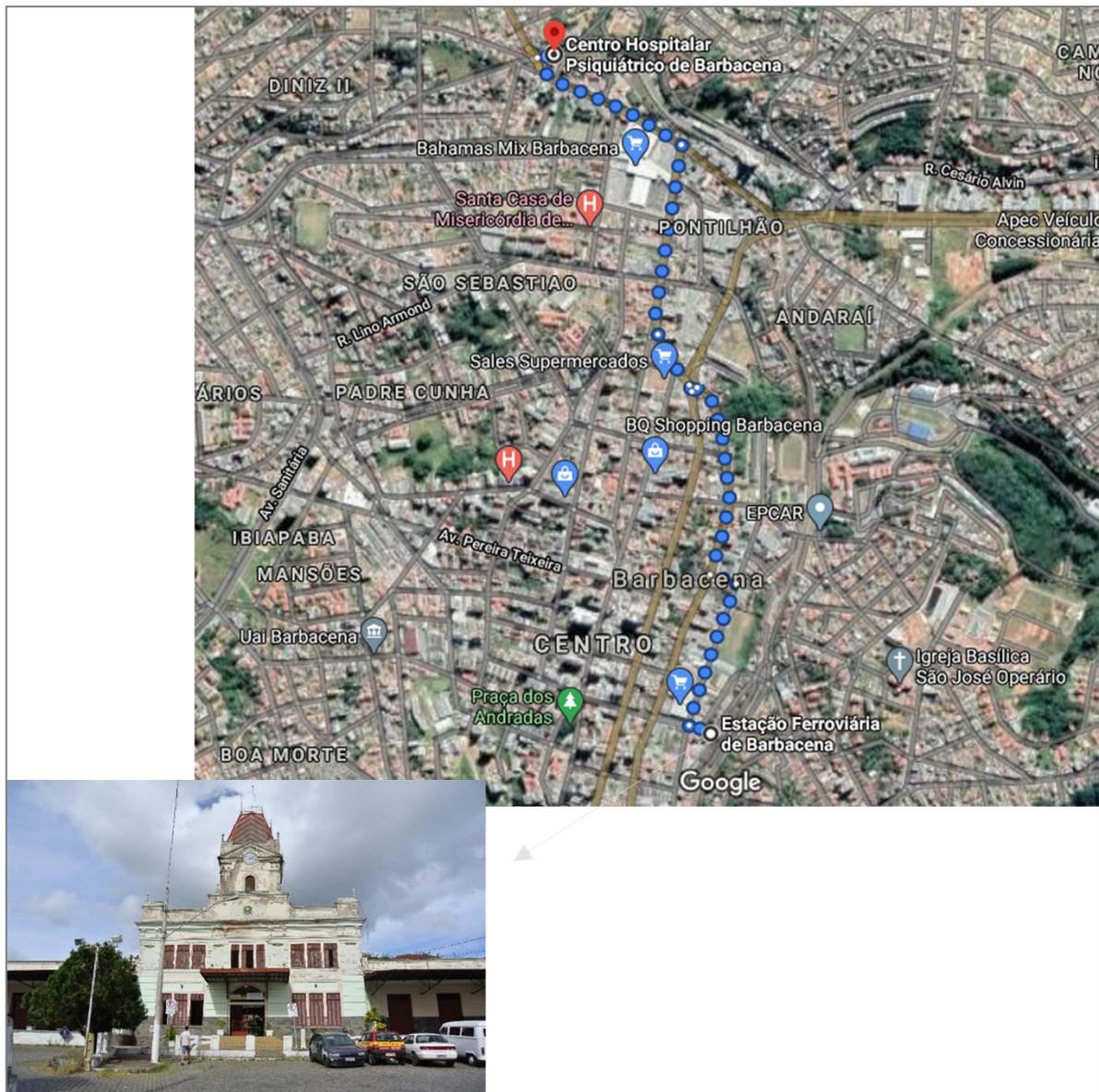


Foto: Juliana Brandão, 2015.

Da estação aquelas pessoas seguiam a pé, escoltadas, até a instituição, gerando incômodos à população, que descrevia a cena como lamentável e entristecedora, com “os pobres

doentes [seguindo] a pé, sob o frio intenso e o vento cortante, com poucas vestes, amarrados e em gritos”<sup>95</sup>. Tal fato foi exposto no jornal da cidade, no qual os editores solicitavam ao Secretário de Saúde Pública “um carro proprio e adequado”<sup>96</sup> ao transporte dos pacientes até o hospital. Este pedido, porém, não era motivado apenas pela compaixão, mas sobretudo porque a longa peregrinação daqueles sujeitos que “falam, gritam e procuram fugir”<sup>97</sup>, atraía a atenção pública. E sendo Barbacena uma cidade de veraneio, fazia-se necessário poupar os turistas de tais cenas que só envergonhavam os cidadãos. Desse modo, mais uma vez fica evidente como o louco era considerado um incômodo social cuja existência deveria estar fora de vista – ainda que merecedor da assistência pública.

Por vezes, o percurso da Estação Ferroviária até o hospital era marcado por abusos praticados pelas pessoas que deveriam garantir a integridade dos pacientes. Em ofício de agosto de 1904, o diretor informava ao Secretário do Interior que um dos pacientes chegou à instituição “apresentando numerosas echymoses e contusões recentes, produzidas por rifle; sendo taes espancamentos praticados pelos praças que o acompanhavam, conforme foi presenciado por algumas pessoas na Estação de Barbacena, onde desembarcaram”<sup>98</sup>.

O antigo Sanatório, sob o qual foi instalado o hospício, contava com uma estação própria na encosta do morro que levava até a instituição (foto abaixo). Entre 1870 e 1903, durante o funcionamento do Sanatório, os tuberculosos desembarcavam nessa estação a fim de não contaminar a população (DUARTE, 1996). No entanto, a partir do funcionamento do Hospital Colônia ela foi desativada, o que obrigou os novos pacientes a desembarcarem apenas no centro da cidade. Ciente dos vários incômodos gerados pela peregrinação dos doentes, bem como no estado de vulnerabilidade em que se encontravam ao longo desse caminho, o subdiretor da instituição solicitou, em 1906, “que os trens rápidos parem na Estação do Sanatorio, afim de facilitar o desembarque dos loucos que vêm para a Assistencia a Alienados”<sup>99</sup>. Tal pedido foi negado, haja vista os trens rápidos terem justamente a finalidade de não parar em estações de segunda ordem – como era o caso da chamada Estação Sanatório. (Figura 9).

---

<sup>95</sup> Triste e decepcionante. Jornal Cidade de Barbacena, 18 de setembro de 1941, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

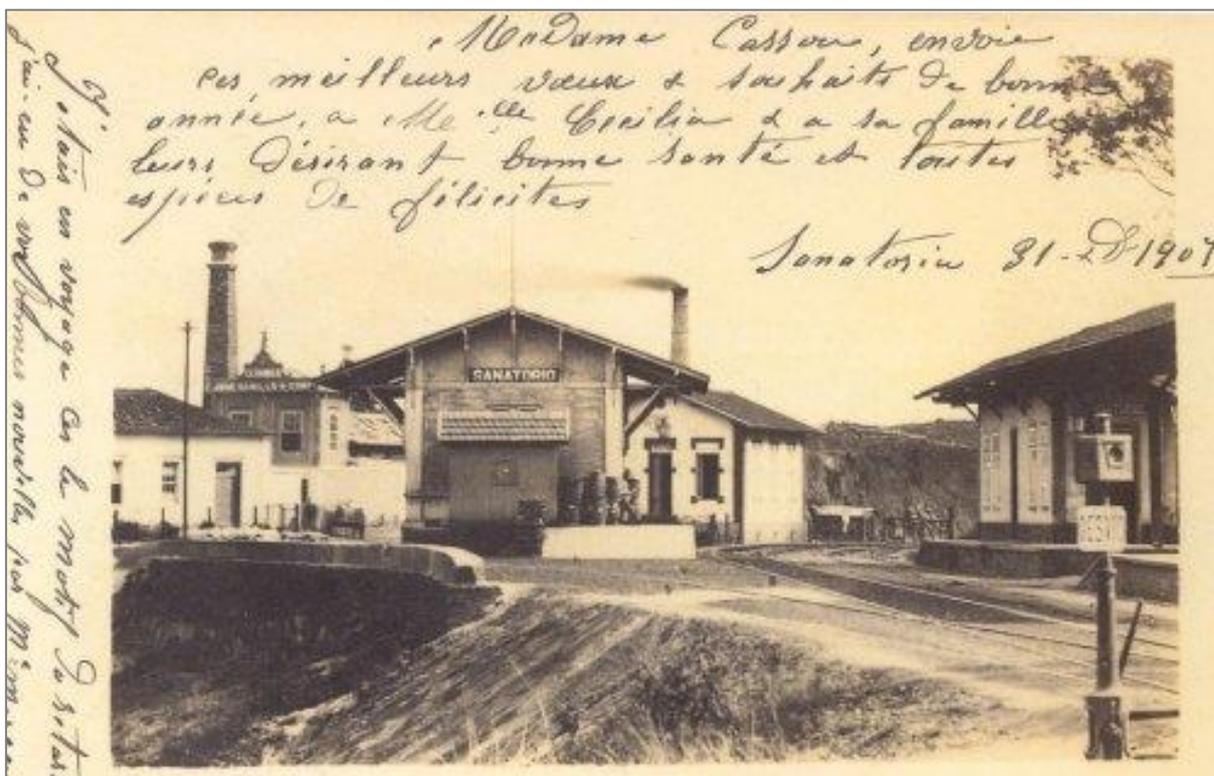
<sup>96</sup> Notas & Comentarios. Jornal Cidade de Barbacena, 16 de setembro de 1941, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

<sup>97</sup> Idem.

<sup>98</sup> Directoria da Assistencia a Alienados, 1 de agosto de 1904. SI-1652. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>99</sup> Directoria da Assistencia a Alienados, 12 de novembro de 1906. SI-1674. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

**Figura 9 – Estação Sanatório em um cartão postal**

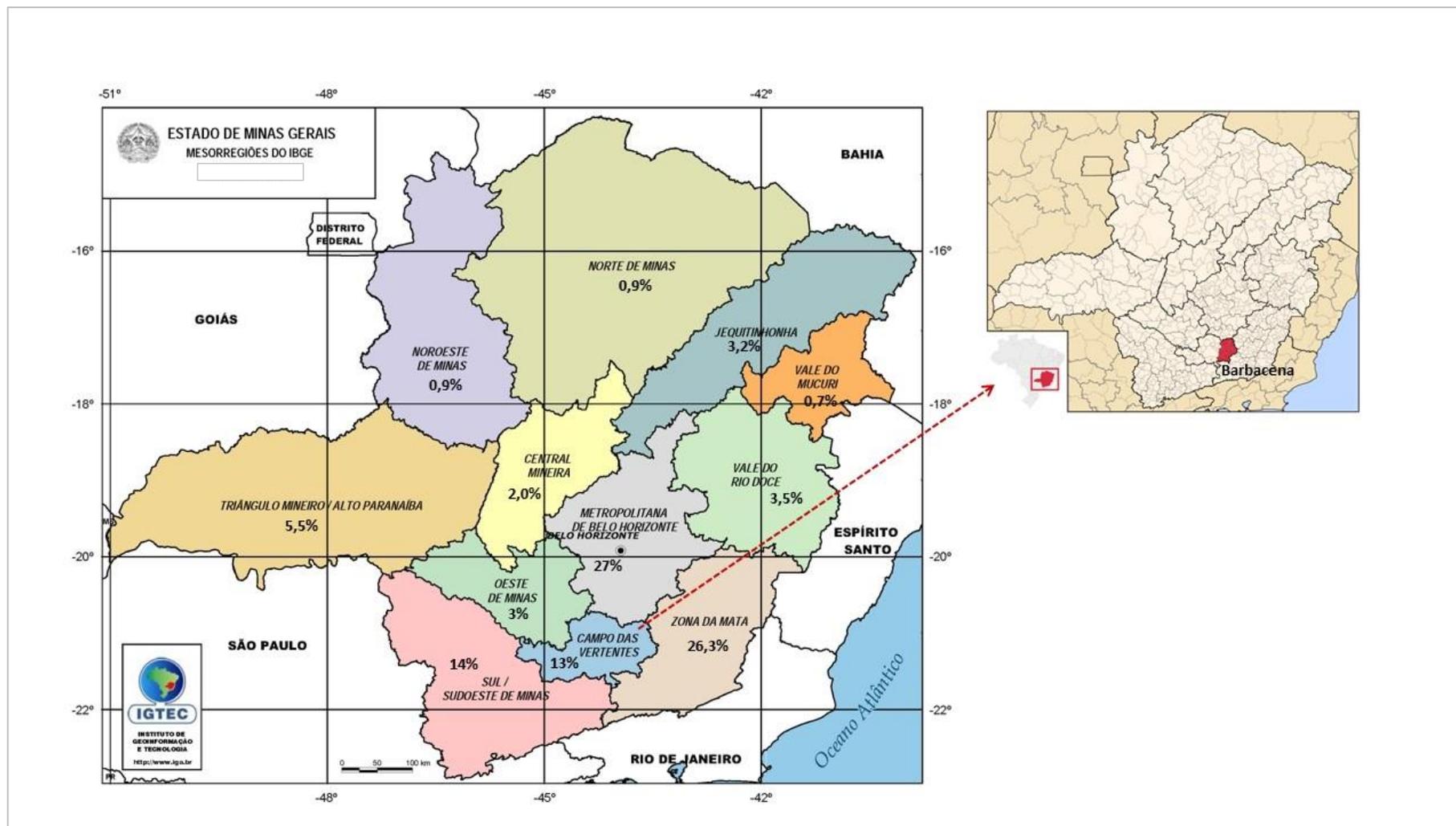


Fonte: Museu da Loucura. Autor desconhecido, 1907.

Utilizando os *Livros de Matrícula de Homens-Loucos e Indigentes e Mulheres-Loucas e Indigentes do Hospital Colônia de Barbacena*, Duarte (1996) fez um levantamento da procedência das pessoas que chegaram no Colônia entre os anos de 1922 e 1946. Com base neste trabalho de Duarte (1996), demonstro no mapa a seguir as procedências dos pacientes por mesorregiões e em porcentagens, dentro do recorte temporal estudado pela pesquisadora. Nele observamos que a maioria das internas e internos eram procedentes da Zona da Mata, da região metropolitana de Belo Horizonte, do sul e sudoeste de Minas e do Campo das Vertentes; isto é, localidades mais próximas a cidade de Barbacena.

Cabe pontuar que naquela época a viagem até Barbacena era demasiado difícil, haja vista a precariedade das estradas e meios de transportes que ligavam as várias mesorregiões àquela cidade. Se por um lado isso permitiu que o maior público do hospital fosse proveniente das regiões mais próximas, por outro favoreceu o isolamento de seus pacientes que, sendo em sua maioria de origem pobre, logo perdiam o contato com a família e seus referenciais do mundo externo à instituição. Esse cenário pode ser observado na Figura 10 a seguir.

Figura 10 – Procedência dos pacientes do Hospital Colônia por mesorregião (1922-1946)



Fonte: Adaptado de Minas Gerais (2020).

Ainda em seu levantamento, Duarte (1996) identificou a presença de pessoas de outras nacionalidades: italiana e alemã, que correspondiam a 4,2% e 0,3% das internações, respectivamente. Segundo a análise da autora, “o percentual dos estrangeiros no hospício era um pouco superior ao registrado na população mineira como um todo” (DUARTE, 1996, p. 125). Uma explicação para isto seria o fato de que, na época, os estrangeiros recém chegados eram obrigados a realizar exames de sanidade mental – o que facilitaria a identificação de transtornos mentais dentro desse grupo social.

Em um relatório de 1908, que apresenta o *Quadro demonstrativo do movimento de loucos na Assistencia a Alienados do Estado de Minas Geraes, em Barbacena*<sup>100</sup>, consta um percentual de estrangeiros um pouco maior daquele observados nos anos seguintes: 8,5% do total de pacientes internados. Dentre eles estão 16 italianos, 7 portugueses, 1 alemão, 2 espanhóis e 1 austríaco.

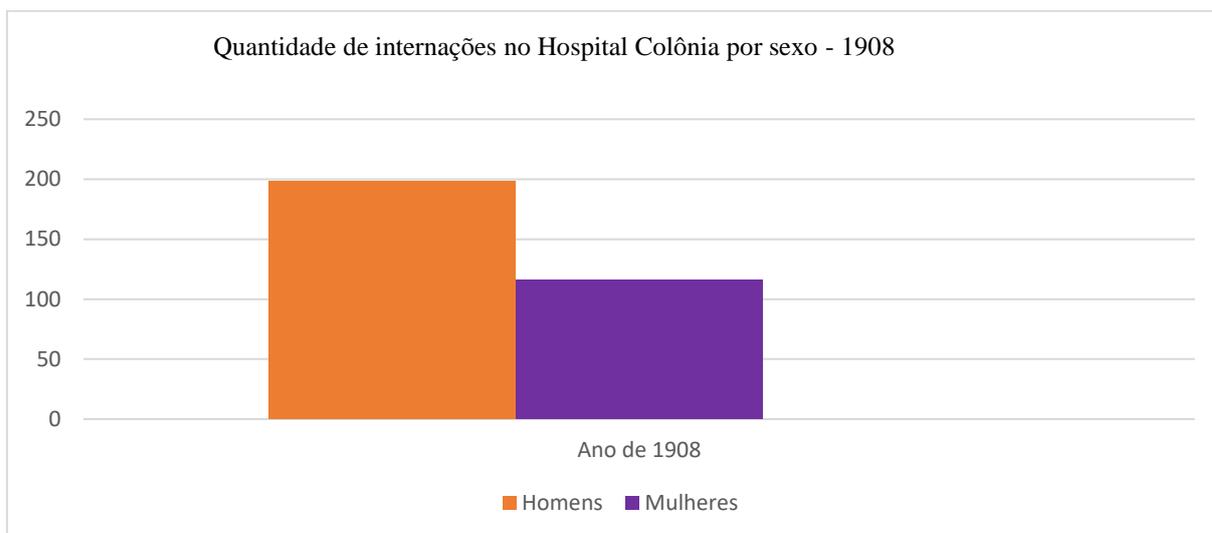
Segundo Duarte (1996), entre os anos de 1922 e 1946 ingressaram no Hospital Colônia 16.887 pessoas, dentre as quais 10.409 eram homens e 6.478 eram mulheres. Neste recorte, o período entre as décadas de 1930 e 1940 foi marcado pelo aumento significativo do número de internações. Conforme aponta Duarte (1996), isto foi consequência de fatores diversos. Primeiramente, demonstra a atuação dos alienistas junto a organismos públicos, que trabalharam no sentido de criar espaços destinados aos doentes mentais, bem como de tornar obrigatória a internação desses sujeitos. Isto também reflete a consolidação do campo psiquiátrico em Minas Gerais, a partir do ensino e pesquisas crescentes realizadas no Instituto Raul Soares. Por fim, as novas políticas de assistência aos doentes mentais, implantadas durante a ditadura varguista, também podem ter contribuído com esse aumento de internações. Como mencionado no capítulo anterior, o Serviço Nacional de Doenças Mentais, criado em 1941, foi responsável por expandir a construção de manicômios judiciários e ambulatórios, e por incentivar a pesquisa e ensino da psiquiatria nos hospitais públicos e clínicas psiquiátricas.

Entre os documentos compilados no Fundo da Secretaria do Interior do Arquivo Público Mineiro, é possível acessar alguns outros números esparsos presentes em relatórios que contabilizam as entradas no Hospital Colônia<sup>101</sup>. A partir desses documentos, foi possível construir os seguintes gráficos:

---

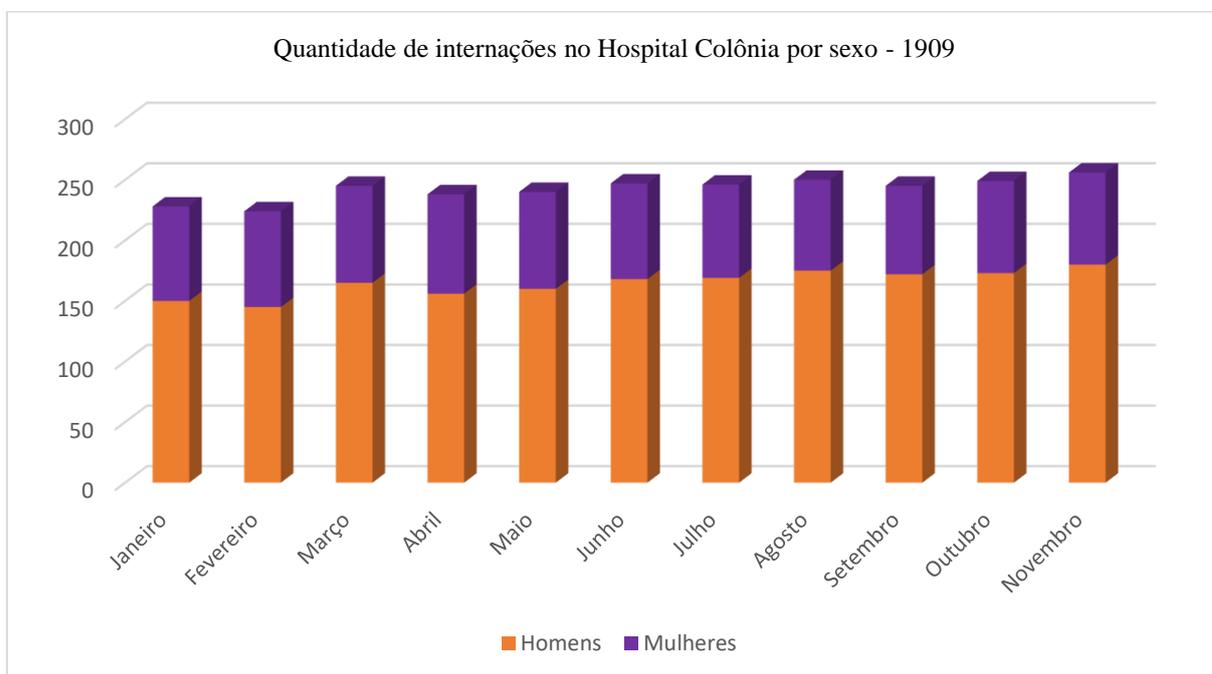
<sup>100</sup> Quadro demonstrativo do movimento de loucos na Assistencia a Alienados do Estado de Minas Geraes, em Barbacena, durante o anno de 1908, 20 de março de 1909. SI-1724. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>101</sup> Por se tratar de um volume muito grande de documentos, e considerando que o meu foco ao me debruçar sobre eles era investigar as materialidades do Hospital Colônia, não tive tempo hábil para esgotar toda a documentação presente no Fundo da Secretaria do Interior, de modo que deve haver muito mais a ser desvendado a partir dele.

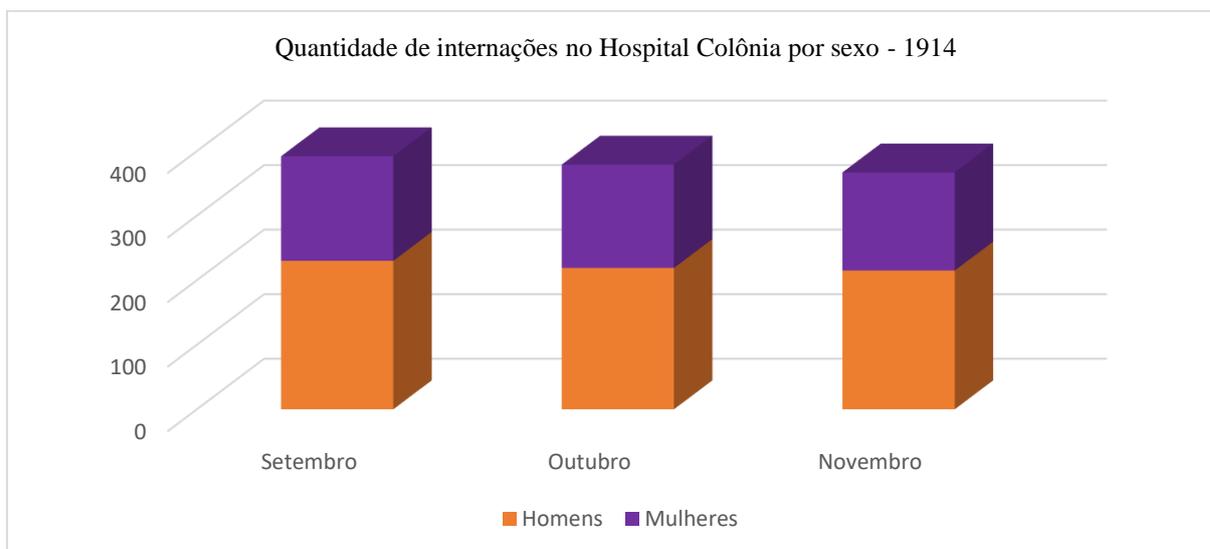
**Gráfico 1 – Quantidade de internações no Hospital Colônia por sexo – 1908**

Nota: Quadro demonstrativo do movimento de loucos na Assistência a Alienados do Estado de Minas Geraes, em Barbacena, durante o anno de 1908, 20 de março de 1909.

Fonte: SI-1724. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

**Gráfico 2 – Quantidade de internações no Hospital Colônia por sexo - 1909**

Nota: Quadros demonstrativos do movimento de loucos na Assistência a Alienados do Estado de Minas Geraes. Fonte: SI-1724, SI-1725. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

**Gráfico 3 – Quantidade de internações no Hospital Colônia por sexo - 1914**

Nota: Quadros demonstrativos do movimento de loucos na Assistência a Alienados do Estado de Minas Geraes  
 Fonte: S<sup>10</sup> Cx 14 Pc 37. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

Nesses poucos dados é possível perceber que, ao longo dos anos, os homens compunham a maior parte do público atendido pelo Hospital Colônia. Tanto o levantamento de Duarte (1996) como no meu apontam que a maioria desses homens estavam em uma faixa etária economicamente ativa, isto é, entre 18 e 50 anos de idade. Isto é significativo, haja vista que uma pessoa com distúrbios e limitações cognitivas geralmente é vista como improdutivo, um obstáculo ao desenvolvimento econômico. Na impossibilidade de contribuir nos modos de produção e sendo um incômodo para a sociedade, era de interesse do Estado segregar este sujeito e, se possível, remodelá-lo a fim de torná-los úteis – papel que cabia aos manicômios e aos tratamentos por eles impostos com o objetivo de curar a loucura.

Além disso, a maioria das pessoas que chegaram no Colônia entre as décadas de 1920 e 1940 eram casadas, “destacando-se as mulheres que apresentavam uma diferença superior aos homens da ordem de 7,9%” (DUARTE, 1996, p. 130). Entre os solteiros, por sua vez, os homens eram maioria.

Outro dado interessante presente na pesquisa de Duarte (1996), diz respeito a cor das internas e internos: 47% eram brancos, 31,2% eram pardos e 19,5% eram negros. Diante disso, a autora destaca dois pontos importantes: primeiro que o critério utilizado para determinar quem era pardo variava entre os funcionários, o que torna essa classificação pouco precisa. Segundo que, se compararmos esse percentual com a quantidade de negros e pardos contabilizados nos censos de 1920 e 1940 de Minas Gerais, o hospital comportava uma parte significativa dessa parcela da população. Talvez isso fosse reflexo da política eugênica desempenhada pela Liga

Brasileira de Higiene Mental – conforme explanado no capítulo anterior – e das desigualdades sociais.

Até meados do século XX, a manifestação da loucura era observada de diferentes maneiras, de modo que os diagnósticos eram múltiplos e bastante abrangentes. Para exemplificar, no *Quadro demonstrativo do movimento de loucos na Assistencia a Alienados do Estado de Minas Geraes, em Barbacena*<sup>102</sup>, de 1908, constam três tipos de confusão mental, seis tipos de melancolia e quinze tipos de delírios. Fica evidente que os diagnósticos eram, na realidade, descrições de comportamentos desviantes. De acordo com os dados presentes nesse quadro demonstrativo, e aqueles levantados por Duarte (1996), a maioria dos diagnósticos registrados no Colônia eram de psicose maníaco-depressiva, esquizofrenia, epilepsia e alcoolismo. Aqui também é possível perceber a influência da LBHM, haja vista que o alcoolismo, por exemplo, era pauta frequente desse grupo. Porém, o maior índice identificado por Duarte (1996) entre os anos de 1922 e 1946 foi o de pessoas que não apresentavam nenhum diagnóstico. Além dos enfermos com transtornos mentais, também eram internadas pessoas com deficiências de caráter orgânico, a exemplo de surdos e mudos, e que apresentavam desvios de conduta.

A partir de todos esses dados, é possível ter uma ideia do quadro geral e diverso de pacientes que compunham o Colônia até pelo menos a primeira metade do século XX. Estar ciente da diversidade de idade, cor, estado civil, diagnósticos e origem daquelas pessoas é importante ao tratarmos do processo de a mortificação do eu durante o ritual de internamento no hospital. Veremos a seguir como esse público, com suas particularidades e trajetórias individuais, era condensado de modo a transformá-lo em uma massa homogênea e obediente dentro de uma rotina disciplinar. A partir de indivíduos remodelados pelos trâmites institucionais, buscava-se apaziguar – ou quiçá curar – a loucura, a fim de torná-los úteis à sociedade.

### 3.3 A internação

Percorrer estradas, trilhos e ruas era apenas o início da *via crucis*. Uma vez envolta pelos muros institucionais, a pessoa era imersa em um processo que lhe transformava em interna do Hospital Colônia, o qual consistia, dentre outras coisas, na perda da própria identidade através

---

<sup>102</sup> Quadro demonstrativo do movimento de loucos na Assistencia a Alienados do Estado de Minas Geraes, em Barbacena, durante o anno de 1908, 20 de março de 1909. SI-1724. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

da retenção dos bens que carregava, do corte dos cabelos, do recebimento do uniforme institucional e de um número de registro, da inserção numa rotina e rituais padronizados (SILVA, 2008; ARBEX, 2013). Trata-se de um processo previsto no *Regulamento da Assistência a Alienados*, de 22 de fevereiro de 1903. No capítulo III deste regulamento, que aborda a “Competência de Distribuição dos Serviços” da instituição, consta que era incumbência do almoxarife “receber e ter sob sua guarda os objetos e valores arrecadados dos enfermos ao entrarem para o hospício, até terem o devido destino”<sup>103</sup>. Conforme afirma Goffman (1974), a perda do nome e/ou dos objetos pessoais ao ingressar numa instituição total geram a mortificação do eu, uma vez que tais perdas impedem que o sujeito apresente sua “imagem usual de si mesmo” (GOFFMAN, 1974, p. 28).

No Museu da Loucura é possível observar alguns desses objetos que foram retidos e nunca mais encontraram seus donos. Habitando uma cabine, hoje são vestígios de histórias interrompidas. Representam um violento ataque ao paciente, cujo papel social anteriormente performatizado – como o de pessoa casada, amada e pertencente a uma família, tal como nos sugere as alianças abaixo – lhe é negado. E juntamente com o papel social, perde-se também o rótulo de pessoa saudável, normal e detentora de razão.

**Figura 11 – Dinheiro e alianças recolhidas durante internação no Hospital Colônia**



Fonte: Museu da Loucura. Juliana Brandão, 2018.

O processo de mortificação explicado por Goffman (1974) se dá através de uma série de práticas que acarretam no rebaixamento, degradação, humilhação e profanação do eu, a qual ocorre não apenas por meio da perda dos objetos pessoais, conforme já mencionado, mas

<sup>103</sup> Regulamento da Assistência a Alienados, 22 de fevereiro de 1903. Imprensa Oficial do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

também quando o interno se vê obrigado a executar uma rotina que lhe é estranha; ao ser colocado numa realidade de grande exposição, na qual todos os territórios do eu (corpo, ações, bens, pensamento etc.) são violados; ou mesmo ao ficar vulnerável às contaminações as mais variadas, seja pela insalubridade das instalações, dos alimentos ou dos procedimentos médicos e cirúrgicos (GOFFMAN, 1974). É por tais motivos que Goffman (1974) afirma que o ingresso em uma instituição total “talvez pudessem ser denominados ‘arrumação’ ou ‘programação’”, pois, uma vez ingressado, a “máquina administrativa do estabelecimento” (GOFFMAN, 1974, p. 26) passa a modelar o interno por meio de suas operações de rotina.

É importante pontuar que os objetos possuem o papel social de influenciar a forma como as pessoas interagem entre si, como se conhecem e se apresentam ao mundo. Considerando-os interferências materiais no campo social, os objetos podem ser uma ferramenta de criação tanto de individualidades como de coletividades (WOBST, 2000). A perda dos suportes materiais que ajudam a compor o indivíduo enquanto um ser particular desarticula sua subjetividade, sua forma de se entender e se apresentar no mundo, e abre espaço para a modelagem de um novo sujeito a partir da interferência de novas materialidades e de um novo contexto de sociabilidade (DE CUNZO, 1995; DAVIES, 2013; MYERS, 2011). Além disso, também dificulta a forma como os outros leem esse indivíduo. Segundo Goffman (1995), quando um indivíduo se apresenta, as pessoas que o cercam interessam-se em saber sua situação socioeconômica, o que pensa sobre si e sobre elas, se é digno de confiança etc. O ato de se apresentar é marcado pelas expressividades transmitida e emitida pelo indivíduo.

A primeira abrange os símbolos verbais, ou seus substitutos, que ele usa propositadamente e tão só para veicular a informação que ele e os outros sabem estar ligada a esses símbolos. Esta é a comunicação no sentido tradicional e estrito. A segunda inclui uma ampla gama de ações, que os outros podem considerar sintomáticas do ator, deduzindo-se que a ação foi levada a efeito por outras razões diferentes da informação assim transmitida (GOFFMAN, 1995, p. 12).

A partir do que é expressado – seja verbalmente, em ações ou, incluso ainda, materialmente –, os outros realizam inferências acerca do indivíduo, criando suas próprias leituras sobre quem ele é. Na ausência dos objetos particulares que compõe o indivíduo, entendo que essa leitura fica prejudicada, tornando-se incompleta. Afinal de contas, adquirimos e usamos as coisas como uma forma de afirmar nossa identidade, nos fazer partencentes a um grupo e diferenciar-nos de outros. Extirpar alguém desse processo de construção e apresentação de si, configura em um ato de violência contra sua subjetividade.

As consequências da mortificação do eu em instituições totais, como um hospital psiquiátrico, são variadas. Ela pode acarretar a perturbação ou profanação da autonomia que o indivíduo tem no seu mundo, a qual é enfraquecida por meio de obrigações específicas e quando seu comportamento é constantemente utilizado como prova do seu desequilíbrio mental. Disso decorre, ainda, a perda de decisão, uma vez que o indivíduo tem de se adequar aos ditames institucionais, renunciando a própria vontade. Pequenas e corriqueiras decisões como a hora de dormir, a hora de comer e o que comer, por onde caminhar, dentre outras, já não pertencem ao interno, uma vez que no âmbito institucional elas são atividades controladas por normas e horários fixados.

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. Confeccionado em brim azul – tecido de algodão resistente e barato –, diz-se que ele era incapaz de afastar o típico frio que acompanha Barbacena por quase todo o ano. Padronizado, os homens recebiam calça e blusa, e as mulheres, vestidos. Além do uniforme, outra peça de roupa que recebiam eram as vestimentas íntimas que, no caso das mulheres, resumia-se a um sutiã de pano muito simples e um “calçolão” que por vezes de tão largo, era necessário fazer um nó para não escorregar cintura abaixo<sup>104</sup>.

---

<sup>104</sup> Informação obtida através de entrevista com uma ex-interna, realizada em março de 2018.

**Figura 12 – “Azulão”: uniformes feminino e masculino do Hospital Colônia**



Fonte: Museu da Loucura. Foto de Juliana Brandão, 2018.

Objetos pessoais, como roupas e adornos, são potentes criadores de autoimagem e identidade social. São materialidades que comunicam sobre status, idade, sexo, classe social, ocupação profissional, religião etc. (DE CUNZO, 1995; DAVIES, 2013). Nas instituições que surgiram no mundo moderno a partir do século XVIII, como asilos, *almshouses*, *workhouses*, prisões e manicômios, os uniformes foram adotados para distinguir suas internas e internos da comunidade externa à instituição, e também como forma de controlar e moldar esses indivíduos conforme os objetivos institucionais, haja vista que “o controle comportamental e a reforma moral eram frequentemente codificados na adoção de uniformes institucionais”<sup>105</sup> (DAVIES, 2013, p. 1). Portanto, nesse contexto a roupa representa uma quebra simbólica entre a vida passada do indivíduo e sua vida institucionalizada, proclamando, assim, seu status de pessoa confinada.

É exemplar, nesse sentido, a pesquisa desenvolvida por De Cunzo (1995) sobre o Asilo da Sociedade Magdalen da Filadélfia para mulheres pobres e “decaídas”<sup>106</sup>, do século XIX. A arqueóloga explica que, ao ingressar na instituição, aquelas mulheres recebiam um uniforme que representava os valores conservadores de humildade, modéstia, respeitabilidade e castidade esperados pelos administradores do asilo. Além disso, em muitos aspectos o uniforme se assemelhava à vestimenta das trabalhadoras da época; e, não por acaso, as internas do asilo

<sup>105</sup> Tradução livre do original.

<sup>106</sup> “Decaída” era o termo utilizado para se referir às mulheres que haviam se desvirtuado dos caminhos moralmente aceitos e, portanto, necessitavam ser conduzidas de volta à uma vida de retidão.

eram treinadas nos serviços domésticos a fim de se tornarem criadas e terem meios dignos de subsistência.

Já a pesquisa de Davies (2013) no Asilo Hyde Park Barracks para Mulheres Enfermas e Indigentes, que funcionou em Sydney também durante o século XIX, mostra que naquela instituição – assim como em outras presentes na Austrália e Estados Unidos – as internas realizaram modificações em seus uniformes, imprimindo neles algumas características pessoais, o que comprova uma “subversão no ideal de uniformidade”<sup>107</sup> (DAVIES, 2013, p. 2) e certo grau de troca entre as autoridades institucionais e as internas.

A partir das evidências arqueológicas, Davies (2013) pôde perceber que, embora as mulheres recebessem um conjunto de roupas semelhantes ao chegar no Hyde Park Barracks, os tecidos e suas estampas variavam conforme a disponibilidade dos atacadistas locais. Isso permitia que a aparência daquelas internas variasse ligeiramente entre elas. Além disso, havia quem não aderiu ao uniforme, fato que era reconhecido pela matrona da instituição, a qual entendia que aquelas “mulheres não eram prisioneiras merecedoras de tratamento cruel, mas ‘pobres criaturas velhas’ para quem roupas era uma questão de conforto, cordialidade e conveniência, em vez de disciplina e controle”<sup>108</sup> (DAVIES, 2013, p. 11). Somente quando as roupas das internas começaram a ser confeccionadas por elas mesmas e na própria instituição, a matrona pôde exercer um controle maior na forma e tamanho dessas vestimentas. Por outro lado, o fato de as roupas institucionais receberem constantes reparos permitiu que as internas inserissem sutis variações em suas peças: seja através da aplicação de botões ou de ajustes, a fim de melhorar seu caimento no corpo.

Tal como ocorreu na Asilo da Sociedade Magdalen estudado por De Cunzo (1995), no Hyde Park Barracks as roupas das internas denotavam sua posição de serviço, assemelhando-se às vestimentas das mulheres australianas trabalhadoras. Isto, segundo Davies (2013), demonstrava naquele contexto muito mais uma questão de conveniência e economia, do que disciplina e despersonalização das internas do asilo.

Nos relatos das ex-internas e ex-internos do Hospital Colônia, roupas, adornos e objetos que carregavam consigo são imagens demasiado turvas em suas memórias. Muitos relataram ter chegado no hospital portando apenas a roupa do corpo, a qual já não recordam como era. Porém, é interessante observar a importância que dão às coisas que possuem atualmente. E, mais do que isso, a importância do poder de escolha. Passados anos de privações, vivendo em um contexto no qual tudo o que lhes cercava e vestia tinha a assinatura institucional ou vinha

---

<sup>107</sup> Tradução livre do original.

<sup>108</sup> Idem.

de doações, a ênfase que dão no poder de escolha e compra de algo que lhes agrada e compõe seu desejo é um dos pontos cruciais que marca a nova vida desvencilhada das amarras institucionais. Não foram raras as vezes em que, me recebendo em suas casas, essas pessoas faziam questão de me mostrar seus quadros, aparelhos de som, roupas, acessórios, isto é, objetos que compõe o conjunto material representativo da vida fora do hospital.

A relevância dada ao poder de escolha que essas pessoas usufruem atualmente, leva-me a crer que no Hospital Colônia a retenção dos objetos pessoais e consequente distribuição dos uniformes – o azulão – desempenhou o papel de ordem e disciplina, suprimindo as individualidades e enfatizando sua condição de internas e internos de uma instituição psiquiátrica. Além disso, conforme sugere Davies (2013, p.2), o uniforme anuncia “uma identidade na qual determinado tipo de comportamento é exigido do usuário e esperado pelo observador (...) [tornando-se] um elemento na maquinaria do poder que mantém a desigualdade entre a instituição e os internos”<sup>109</sup>. A mesma leitura pode ser estendida aos demais objetos institucionais, como pratos, talheres, canecas e camas, haja vista que também eles seguiam um padrão, anulando a possibilidade de criação de subjetividades entre as internas e internos, e marcando a diferenciação entre eles e as funcionárias e funcionários do hospital.

**Figura 13 – Prato e canecas utilizadas do Hospital Colônia**



Fonte: Museu da Loucura. Foto de Juliana Brandão, 2018.

Nas listas de compras do Colônia é possível ver claramente os objetos destinados aos pacientes e aqueles destinados às funcionárias e funcionários. Ao longo dos anos, compunha o universo material das internas e internos canecas, colheres e pratos de ferro, banheiras de ferro

<sup>109</sup> Tradução livre do original.

esmaltado e camas de ferro reforçadas – além, é claro, do uniforme. No entanto, para o grupo de pessoas que trabalhavam na instituição foram adquiridos, facas e garfos americanos, copos meio cristal e colherinhas de metal brancas. Especificamente para o quarto de pernoite do médico providenciou-se “1 cama, 1 criado-mudo, 1 tapete, 1 cabide”<sup>110</sup>. Observa-se, então, que a qualidade dos objetos marcava a diferenciação entre pacientes e funcionários. Além disso, a criação de um espaço privado, com itens que demonstram certo conforto e aconchego como o tapete e a mesinha de cabeceira, demarcava um outro nível de hierarquia: entre médicos e as demais trabalhadoras e trabalhadores do hospital.

Um item que foge um pouco dessa lógica é o uniforme dos funcionários. Ao menos em uma documentação de 1924 consta a aquisição de “brim kaki para uniformes de empregados”<sup>111</sup> – item que não aparece nas demais listas de compras. Nota-se que, embora a cor fosse diferente, o material barato utilizado na confecção das vestimentas de pacientes e funcionários foi o mesmo durante certo período da instituição.

Além de fazer parte do processo de mortificação das individualidades, o azulão também contribuiu para a identificação das internas e internos. Conforme já foi mencionado, no Hospital Colônia era aplicada a laborterapia, a qual não se restringia apenas aos muros institucionais. Alguns pacientes em condição de trabalhar, eram encaminhados para realizar diversos tipos de serviços pela cidade de Barbacena: capinavam as ruas do município, abriam estradas, limpavam pastos, consertavam vias públicas, além de realizar serviços domésticos nas casas de funcionários e demais moradores da cidade. Nesses contextos, o uniforme azul de brim caracterizava os pacientes do Colônia, deixando visivelmente claro à população de Barbacena de quem se tratava; ou seja, o uniforme trazia e consolidava o estigma da loucura. Desse modo, longe dos muros institucionais, enquanto executavam quaisquer atividades pela cidade, o azulão permitia identifica-los como os loucos pertencentes ao Colônia; conseqüentemente, permitia controlar seus passos mesmo fora do terreno da instituição.

O azulão também favorecia a homogeneização de uma comunidade totalmente heterogênea. Conforme já foi explanado, as internas e internos do Colônia era um grupo heterogêneo composto por pessoas de diferentes idades, cores, estados civis, diagnósticos, provenientes de lugares distintos e que carregavam consigo histórias diversas que as conduziram até ali. Porém, uma vez atravessado o ritual de internação e recebido o azulão, todas

---

<sup>110</sup> Lista de mobiliário necessário, sem data. SI-2001. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>111</sup> Ofício nº 98 do Asylo Colonia de Barbacena, 23 de fevereiro 1924. SI-2001. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

essas pessoas eram despidas de suas individualidades e passavam a compor uma massa que carregava o mesmo estigma social: de pessoas desprovidas de razão, que comprometiam a ordem social e que deveriam ser segregadas. Tal como observou Lima Barreto durante a sua segunda internação no Hospício Nacional (de dezembro de 1919 a fevereiro de 1920): naquele ambiente institucional “não há espécies, não há raças de loucos; há loucos só” (BARRETO, 2017, p. 39).

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, ao mesmo tempo em que reforçava um sistema de segregação que se faz presente até hoje nas lembranças de muitos barbacenenses. Sem pretender estabelecer uma comparação direta, cabe lembrar as lições que a Alemanha nazista nos deixou durante seu processo de perseguição e segregação dos judeus: o ato de marcar o outro – seja através da roupa, de um símbolo ou de um acessório – é uma forma de estigmatizar, humilhar e retirá-lo da sociedade, bem como seus direitos associados. No Hospital Colônia, o azulão cumpriu um papel semelhante, tal como os uniformes empregados em diversas instituições totais.

Conforme mencionado no início desse tópico, a mortificação do eu se dá também através da violação do corpo. Em algumas documentações do hospital é possível identificar alguns atos de violência contra as/os pacientes. Em agosto de 1908, por exemplo, um guarda, cuja função deduzo que era manter a ordem nos pavilhões<sup>112</sup>, foi exonerado por ter espancado um dos pacientes<sup>113</sup>. Anos antes, em 1904, uma reportagem denunciou que uma das internas do hospital havia sido violentada, o que gerou a abertura de um inquérito por parte da polícia do Estado. Tal acusação foi considerada improcedente pelo diretor da instituição, o qual afirmou que ela “apenas revela requintada perversidade e manifesta má vontade de quem inventou tão torpe calúnia contra a Assistência, que tão relevantes serviços vae prestando áquelles que se vêm privados da razão”<sup>114</sup>. Na época, o médico auxiliar garantiu que

O pavilhão das mulheres está sob a guarda de duas enfermeiras, que são Snr<sup>as</sup> muito honestas e dignas de confiança; passam o dia com as internas e á noite uma pernoita sempre com suas auxiliares dentro do pavilhão.

<sup>112</sup> Até meados do século XX, constam nas folhas de pagamento do hospital os guardas. No entanto, esse cargo não é especificado nos regulamentos da instituição, o que me leva a deduzir que talvez a função dessas pessoas fosse ajudar as enfermeiras e enfermeiros na manutenção da ordem nos pavilhões que sempre estavam lotados.

<sup>113</sup> Directoria da Assistência a Alienados, 4 de agosto de 1908. SI-1711. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>114</sup> Ofício nº 152 da Directoria da Assistência a Alienados, 14 de setembro de 1904. SI-1652. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

As internadas dormem nas cellulas fechadas a chave, as janellas das mesmas tem grades de ferro<sup>115</sup>.

Diante disso, o médico alegou ser impossível que um ato tão grave pudesse ter ocorrido. No entanto, o relato de Gabriela<sup>116</sup>, que habitou o hospital décadas mais tarde, comprova que tal absurdo era sim possível. Ela engravidou após ser vítima de abuso sexual enquanto esteve internada. Em seguida, Gabriela foi atingida por outro ato de violência: sua bebê, uma menina “bochechudinha” segundo suas palavras, foi entregue para adoção sem seu consentimento. Tais episódios exemplificam o quão vulnerável ficava uma pessoa ao ingressar no Hospital Colônia, ficando submetida não apenas às intervenções clínicas e psiquiátricas, mas também à outras formas de violação do corpo e de seus desejos.

Por fim, a falta de espaço privado, sob a justificativa da necessidade de controlar e vigiar as/os pacientes a fim de incutir-lhes condutas adequadas, também desestruturava o espaço do eu e da manutenção da identidade pessoal. O aspecto espacial do Hospital Colônia será aprofundado no próximo capítulo, porém aqui é pertinente pontuar os vários espaços coletivos do hospital: refeitórios, dormitórios e, em especial, os pátios internos dos pavilhões. Descobertos e rodeados por corredores e/ou muros, os pátios (foto abaixo) eram onde as/os pacientes passavam a maior parte dos dias, entregues ao ócio, ao calor e ao frio.

---

<sup>115</sup> Idem.

<sup>116</sup> Nome fictício adotado para preservar a identidade da pessoa entrevistada. Entrevista realizada em janeiro de 2018.

**Figura 14 – Vista aérea do Departamento B do Hospital Colônia de Barbacena**



Fonte: Museu da Loucura. Autor desconhecido, sem data.

Eram espaços em tese voltados ao lazer, que permitia às internas/os ficarem fora dos pavilhões, mas ainda presas/os a restritos metros quadrados. Através das fotos de Luiz Alfredo (abaixo), produzidas em 1961, observamos que os pátios não ofereciam qualquer conforto ou mecanismos que tornassem o passar do tempo mais agradável.

**Figura 15 – Pátios de pavilhões do Hospital Colônia de Barbacena**



Fonte: Acervo de Luiz Alfredo, 1961.

Wickert (1998) ressalta que tal coletividade imposta, somada à rotina e normas características das instituições manicomiais, é cruel e mantenedora da doença mental, uma vez que impossibilita “qualquer tentativa saudável de individualização, da vivência do desejo” (WICKERT, 1998, n.p.). Para a autora, a ausência do direito a alteridade é também a negação ao direito do exercício da cidadania. No ambiente manicomial, toda conduta, desejo ou subjetividade são encarados como coisa de louco, reduzindo, desse modo, o indivíduo a um objeto de análise e intervenção médicas. O poder-saber médico, portanto, validava que agentes de saúde atuantes no Colônia pudessem invadir e interferir na conduta e subjetividade das/os pacientes, a fim de que pudessem retornar à sociedade com um comportamento socialmente aceito.

### 3.4 Regime disciplinar

Uma vez dentro do hospital, a interna ou interno devia seguir as normas e rotinas ditadas pela instituição. Elas eram estabelecidas com o objetivo de remodelar o sujeito, incutindo-lhe um novo comportamento socialmente aceito e que mantivesse o controle sob seu estado de loucura. Cabe lembrar que até meados do século XX acreditava-se ser possível curar os ditos loucos – embora essa quantidade sempre fosse bastante pequena. Durante o ano de 1908, por exemplo, dentro de um universo de 314 pacientes, apenas 16 saíram curados e 14 saíram melhorados do seu quadro patológico<sup>117</sup>.

Nos regulamentos do hospital constam uma série de normas que corroboravam para o controle e remodelagem dos corpos atingidos pelo poder psiquiátrico. No *Regulamento da Assistencia a Alienados*, de 1903, as medidas disciplinares se apresentam de forma mais evidente. Nele explicita-se a função do porteiro, o qual era responsável não apenas por fiscalizar entradas e saídas do estabelecimento, como também por “manter a ordem no locutorio e corredores, de accordo com as ordens do Director”<sup>118</sup>. Até mesmo o tratamento aplicado continha aspectos disciplinares, haja vista que como parte da terapêutica e manutenção da ordem entre as/os internas/os, o diretor poderia recorrer: “1. Á privação de receberem visitas,

---

<sup>117</sup> Quadro demonstrativo do movimento de loucos na Assistencia a Alienados do Estado de Minas Geraes, em Barbacena, durante o anno de 1908, 20 de março de 1909. SI-1724. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>118</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 22 de fevereiro de 1903. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

passaio e quaesquer outras distracções; 2. Á reclusão solitaria; 3. Ao collete de forças e á cellula<sup>119</sup>.”

A “cellula” citada no regulamento refere-se a um tipo de cela, tal como demonstrado na figura de abertura desse capítulo, na qual a/o paciente era mantido isolado por determinado tempo – seja como forma de punição por comportamento indevido, ou porque, acometida de surto violento, a pessoa tornava-se um perigo a integridade física daquelas/es que a cercam. Tanto a cela como a camisa (ou colete) de força, são materialidades representativas do poder disciplinar aplicado pela psiquiatria e destinado ao bom adestramento dos corpos. Segundo Foucault (2013), a disciplina que é exercitada através de um poder aplicado de forma calculada e permanente, gera corpos dóceis os quais, em sua individualidade, permitem o funcionamento eficaz de determinado sistema. Isto é, trata-se da disciplina como técnica de fabricação de indivíduos úteis para a sociedade. Vê-se, portanto, que o poder disciplinar não visa de antemão uniformizar uma massa, mas separar, analisar e diferenciar, de modo a ligar cada um dos indivíduos em um todo que pode atender a vários fins.

No Hospital Colônia, o poder disciplinar perpassava o regime hospitalar desde a chegada dos indivíduos, quando eram separados de acordo com sexo, classe e a forma de loucura que se achavam acometidos. As refeições, servidas três vezes ao dia, tinham cardápio e horários determinados. Mesmo os momentos de lazer deviam ser “compatíveis com a disciplina e boa ordem da casa”<sup>120</sup>. Em sua análise, Foucault (2013) cita os hospitais dentre as instituições que aplicam a disciplina como mecanismo de poder que torna os corpos dóceis e úteis. De fato, numa instituição hospitalar a disciplina é fundamental: a separação dos pacientes de acordo com sexo, idade e doença; o rigor dos horários referentes a alimentação e medicação... tudo isso são fatores que interferem sobremaneira no sucesso (ou não) do tratamento. Além disso, conforme veremos no próximo capítulo, o próprio espaço pode ser disciplinado, de modo a criar no interior da instituição localizações funcionais.

A aplicação da laborterapia no Colônia também pode ser lida como uma forma de poder disciplinar. Embora no regulamento de 1922 conste que as oficinas e trabalhos agropecuários destinavam-se àquelas/es que, voluntariamente e livre que qualquer coação, desajassem se entregar ao labor, sabemos, conforme já foi mencionado, que muitas pessoas eram encaminhadas para diversos tipos de atividades não remuneradas pela cidade de Barbacena. A exploração do trabalho, para além de manter as/os pacientes ocupadas/os, diminuía gastos ao

---

<sup>119</sup> Idem.

<sup>120</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 4 e 5 de setembro de 1922. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

produzir itens necessários para a instituição, e também moldava o sujeito trabalhador e útil para a sociedade.

Como parte essencial para o bom funcionamento do hospital, as/os funcionárias/os também deviam cumprir normas disciplinares. Segundo o regulamento de 1903,

Art. 19. Aos enfermeiros chefes compete:

(...) VI. Manter inteira disciplina entre os segundos enfermeiros, inspectores de enfermarias e demais pessoal do serviço da secção, que estiver a seu cargo; e irreprehível asseio nas dependencias.

Art. 20. O enfermeiro chefe não poderá sahir do estabelecimento sob pretexto algum, durante o tempo do serviço, nem substituir-se por outro sinão mediante auctorização do Director.

Art. 21. Ao pessoal contractado competirá fazer o serviço prescripto pelo Director, pelos medicos, e enfermeiros chefes.<sup>121</sup>

Fica evidente que tais normas garantiam não apenas o bom desempenho de cada cargo, como também a manutenção da hierarquia entre eles. Tal fato é importante ser pontuado porque, da mesma forma como era heterogêneo o grupo de pacientes que compunha o Hospital Colônia, também o era seu corpo de funcionárias/os. Desse modo, a clara determinação de suas competências disciplinava tanto o trabalho em si como as relações entre cada uma dessas trabalhadoras/es.

### **3.5 Indigentes e pensionistas: uma divisão vantajosa?**

Conforme mencionado anteriormente, as internas e internos do Hospital Colônia eram divididos entre indigentes (aqueles assistidos gratuitamente pelo Estado) e pensionistas (que pagavam pelo tratamento recebido). De acordo com o regulamento da instituição, as/os pensionistas eram distribuídas/os em três classes diferentes, as quais variavam no valor das mensalidades correspondentes, bem como no acesso à determinados confortos refletidos na qualidade dos quartos e alimentação que recebiam. Diante dessa diferenciação entre as/os pacientes, esperava-se que esta se refletisse também no conjunto material que compunha a vida das/os internas/os de cada grupo (indigentes e pensionistas) e classe (pensionistas de primeira, segunda e terceira classe).

---

<sup>121</sup> Regulamento da Assistencia a Alienados, 22 de fevereiro de 1903. Imprensa Official do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

O que se observa, porém, a partir dos vestígios evidenciados através das fontes documentais<sup>122</sup> é que, ao menos do ponto de vista material, não havia uma grande diferença entre pacientes indigentes e pensionistas. Na primeira lista de objetos solicitados para o início do funcionamento hospital<sup>123</sup>, datada de 1903, não consta qualquer indício de diferenciação entre objetos que seriam direcionados aos indigentes e aos pensionistas. Desde as canecas e pratos, até as camas e tecidos para confecção de lençóis, fronhas e uniforme, todo o conjunto de cada tipo de objeto solicitado é do mesmo material, configurando ausência de diferenças na qualidade do universo material que cada grupo de pacientes teria acesso. O mesmo se observa no ano seguinte, em outubro de 1904, em um inventário<sup>124</sup> de móveis, utensílios e roupas da instituição.

No entanto, ainda em 1904, durante o mês de novembro, uma nova lista de objetos necessários para o hospital apresenta um pequeno indício de diferenciação entre pensionistas e indigentes. Dentre os pedidos de tecidos para confecção de colchões, roupas, lençóis e fronhas, consta: “50 metros de cretone, para lenções e fronhas, **para os contribuintes**”<sup>125</sup>, em contraste aos “500 metros de americano alvejado”<sup>126</sup> destinados para o mesmo tipo de confecção – que certamente seriam direcionados aos indigentes. Aqui observamos que a diferenciação entre os dois grupos de pacientes se dava através da qualidade do tecido que compunha sua roupa de cama. O cretone é um tipo de tecido grosso, encorpado e resistente, feito de algodão ou linho, com urdidura de cânhamo e comumente utilizado na confecção de roupas de cama, tapeçarias, cortinas e bolsas. Lençóis de cretone certamente ofereciam certa proteção ao frio, por vezes gélido, das noites de Barbacena – que está entre as dez cidades mais frias de Minas Gerais, com temperatura média anual de 18°C, e durante o inverno pode alcançar temperatura mínima de 3°C. O tecido americano alvejado destinado aos indigentes, por sua vez, era um tecido de qualidade inferior, feito de algodão. O fato de ser alvejado significa que ele não era cru; ou seja, tratava-se de um tecido de aspecto rústico, que não foi submetido a processos de beneficiamento. Acredito que um lençol feito a partir deste material, além de apresentar um

---

<sup>122</sup> Essas fontes, todas presentes no Fundo da Secretaria do Interior do Arquivo Público Mineiro, são relatórios de diretores e economos do Hospital Colônia, bem como listas de despesas diversas e de pedidos de objetos necessários à instituição.

<sup>123</sup> Objetos necessários para a Assistência a Alienados, na cidade de Barbacena, 18 de agosto de 1903. SI-1638. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>124</sup> Inventário das roupas, louças e mais objetos da Assistência a Alienados do Estado de Minas Gerais, em Barbacena, 7 de outubro de 1904. SI-1652. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>125</sup> Relação dos objetos de que necessita a Assistência a Alienados do Estado de Minas, e a qual se refere o ofício nº 173 de 5 de novembro de 1904. SI-1652. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro. Grifo meu.

<sup>126</sup> Idem.

toque áspero, não devia oferecer muito calor, o que resultaria em proteção pouco adequada ao frio barbacenense.

Esta diferenciação, porém, não se aplica ao tecido utilizado na confecção de uniformes, ou ainda na qualidade dos demais objetos que compunham a vida institucional daquelas internas e internos: canecas e pratos ágata, colheres de ferro batido e camas de ferro esmaltado. Para além da diferença entre tecidos destinados a pensionista e indigentes, naquela lista chama a atenção a discrepância na quantidade: 500 metros de tecido para lençóis e fronhas dos indigentes e apenas 50 metros de tecido para os pensionistas. Tal discrepância aponta para uma quantidade bastante inferior de pacientes que pagavam mensalidades. Este indício é reforçado pelo *Orçamento da receita e despesa da Assistencia a Alienados do Estado de Minas Geraes, para o anno de 1909*<sup>127</sup>, que apresenta as pensões como sendo a segunda menor fonte de toda a receita do hospital. Curioso que neste mesmo documento consta na lista de despesas: “Auxilios aos indigentes (loucos) fumo, etc”, que embora represente o menor custo da instituição, aponta para um esforço institucional em oferecer aos desafortunados financeiramente algum tipo de conforto, como o fumo, que acompanhava grande parte do tempo de lazer na vida de internada e internado.

Em 1924, também em uma lista de objetos a serem comprados para o hospital, além do tecido para confecção de lençóis e fronha, surge um novo elemento de diferenciação: as almofadas. Na lista, o ecônomo almoxarife solicita a compra, dentre outras coisas, de mil almofadas de capim mumbeca e cinquenta almofadas de macela para os pensionistas<sup>128</sup>. Este documento também sugere que os colchões dos pacientes, sejam eles indigentes ou pensionistas, eram todos de capim mumbeca, pois são solicitados um total de mil e quinhentos colchões apenas desse tipo material. Trata-se de uma gramínea seca comumente utilizada como enchimento de colchões por pessoas muito pobres e do interior. Em sua *Viagem pelo Distrito dos Diamantes e litoral do Brasil*, que se deu durante o período imperial, Auguste de Saint-Hilaire aponta o uso dessa planta por escravizados na confecção de mantos que os protegia da chuva. Este, portanto, era um material barato e que certamente oferecia pouco conforto.

---

<sup>127</sup> Orçamento da receita e despesa da Assistencia a Alienados do Estado de Minas Geraes, para o anno de 1909, 15 de dezembro de 1908. SI-1711. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>128</sup> Ofício nº 98 do Asylo Colonia de Barbacena, 23 de fevereiro 1924. SI-2001. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

Na década de 1960, período de agravamento da crise que assolava o Hospital Colônia<sup>129</sup>, as lentes de Luiz Alfredo registraram o capim ainda sendo utilizado como enchimento de colchões (Figura 16) e também como sendo o próprio colchão, simplesmente disposto em cima das camas (Figura 17).

**Figura 16 – Paciente do Hospital Colônia de Barbacena deitado em colchão com enchimento de capim**



Fonte: Acervo de Luiz Alfredo, 1961.

Camas forradas com capim estão ainda presentes nas lembranças de ex-internas/os do Colônia. Carol<sup>130</sup>, antiga residente do hospital, relatou-me que em seu quarto havia seis camas com capim, sobre o qual dormiam ela e suas colegas de internação. Em meio a esse capim costumava ter bichos, o que frequentemente lhe tirava o sono com medo de ser mordida. Tal espécie de colchão improvisado picicava, causava coceira e tinha um cheiro desagradável. Rodrigo<sup>131</sup>, que viveu longos anos no Colônia, afirma que era comum alguns pacientes defecarem ou urinarem nos colchões de capim durante a noite. Por conta disso, pela manhã o capim era espalhado no pátio interno do pavilhão para que secasse e fosse novamente utilizado.

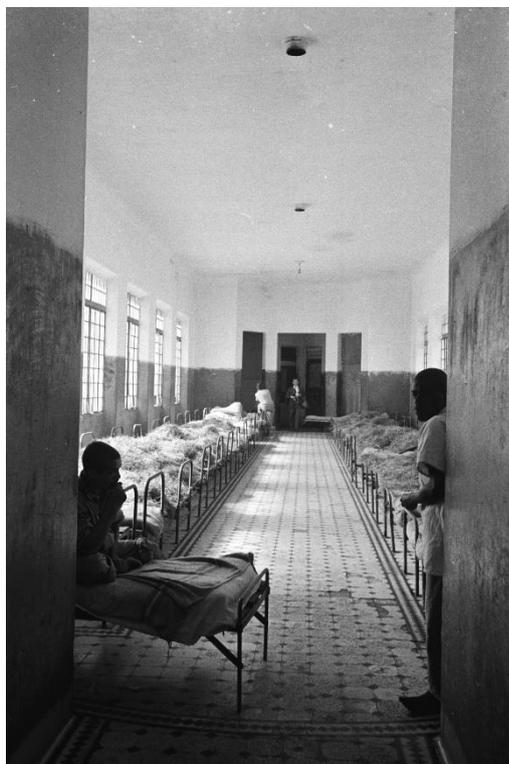
---

<sup>129</sup> Para uma compreensão aprofundada do período de crise e declínio do Hospital Colônia conferir a tese de Maristela Duarte (2009): *De “Ares e Luzes” a “Inferno Humano”. Concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Estudo de caso.*

<sup>130</sup> Nome fictício adotado para preservar a identidade da pessoa entrevistada. Entrevista realizada em outubro de 2018.

<sup>131</sup> Idem.

**Figura 17 – Camas forradas com capim no Hospital Colônia de Barbacena**



Fonte: Acervo de Luiz Alfredo, 1961.

A macela, por sua vez, é uma erva também conhecida como alecrim-de-parede, camomila-nacional ou carrapichinho-de-agulha, dentre outros nomes populares. Acredita-se, atualmente, que ela possui propriedades calmantes e que também aliviam dores de cabeça, cólicas e problemas estomacais, de modo que costuma ser utilizada em infusões e mesmo como estofo de travesseiros para bebês. Não é possível ter certeza da motivação do uso de macela nas almofadas das/os pensionistas. No entanto, arrisco em dizer que provavelmente isto se deu por causa do cheiro agradável da erva e sua propriedade calmante.

Tais indícios de diferenciação se estendem também à alimentação das internas e internos. Segundo os Regulamentos de 1903 e 1922, as/os pensionistas de primeira e segunda classe teriam direito a uma alimentação especial. Em meio a documentação compilada, porém, não fica claro se esse benefício foi realmente garantido. Entre as fontes documentais, encontrei algumas planilhas que registram todos os gêneros alimentícios consumidos mensalmente no hospital e suas respectivas quantidades. Em apenas duas delas há uma especificidade para pacientes pensionistas. Em julho de 1915, houve a compra de 4kg de chocolate para uma

pensionista<sup>132</sup>, o que sugere que não foram todas/os pacientes mensalistas que usufruíram dessa regalia. Talvez a compra desse chocolate tenha sido garantida através de pedido particular, haja vista ser direcionado apenas a uma pessoa, conforme ressaltado no próprio documento. Já durante o mês de janeiro de 1916<sup>133</sup>, houve a compra de 200kg de manteiga direcionada a pensionistas – dessa vez sugerindo que todas e todos paciente desse grupo tiveram acesso de alguma forma a esse produto.

Poder usufruir de um alimento ou ingrediente de sabor tão agradável certamente deveria ser um privilégio naquele ambiente manicomial. Há um senso comum de que comidas de hospital são insossas e desprovidas de tempero. Tal inferência pode ser aplicada ao Colônia quando nos deparamos com a música composta por Sueli e eternizada no documentário *Em nome da razão*, de Helvécio Ratton (1979):

“Ô seu Manoel, tenha compaixão  
 Tira nós tudo desta prisão  
 Estamos todos de azulão  
 Lavando o pátio de pé no chão  
 Lá vem a boia do pessoal  
 Arroz cru e feijão sem sal  
 E mais atrás vem o macarrão  
 Parece cola de colar bolão  
 E mais atrás vem a sobremesa  
 Banana podre em cima da mesa  
 E mais atrás vêm as funcionária  
 Que são as puta mais ordinária.”

Na composição, Sueli relata a péssima qualidade da comida que recebiam: arroz cru, feijão sem sal, macarrão que parecia cola e banana podre. O período vivenciado por Sueli, Carol e Rodrigo determinou sobremaneira a criação do imaginário acerca do que foi o Hospital Colônia. Tal recorte temporal, que coincide com a ditadura civil-militar no Brasil, foi marcado

---

<sup>132</sup> Quadro demonstrativo dos generos alimenticios distribuidos aos enfermos e o pessoal contractado da Assistencia a Alienados de Minas Geraes, durante o mez de julho de 1915. SI-1836. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>133</sup> Quadro demonstrativo dos generos alimenticios distribuidos aos enfermos e ao pessoal contractado do Asylo Central da Assistencia a Alienados, durante o mez de Janeiro de 1916. SI-1857. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

pela grande falta de recursos que resultou na precarização do serviço prestado pela instituição. Segundo Graça<sup>134</sup>, ex-funcionária do hospital, naquele período não havia medicação e nem mesmo alimento suficientes. Houve atraso de quase um ano no pagamento das/os funcionárias/os. “Havia desvio de verbas (...) Os recursos vinham de Belo Horizonte, via-se caminhão chegar com cama e demais itens necessários, porém tudo sumia e não havia condições de trabalho e nem de vida no hospital”<sup>135</sup>.

Nas fontes documentais não se observou qualquer diferenciação entre as três classes de pensionistas. Quando algum item é citado como sendo direcionado apenas a esse grupo, ele é tratado de forma genérica, sem indícios de divisão em primeira, segunda ou terceira classe. A julgar pelo que é apontado nos Regulamentos de 1903 e 1922, provavelmente essa divisão garantiria, além de uma suposta alimentação especial, maior ou menor privacidade. Conforme já foi citado anteriormente, uma interna ou interno pensionista de primeira classe teria direito a um quarto individual; a de segunda classe, iria dividir o quarto com mais uma pessoa; e a de terceira classe, ficaria alojada em uma pequena enfermeira, cuja quantidade de camas não é especificada nos regulamentos.

A possibilidade de ter um lugar pra si, ou com o mínimo de privacidade, devia ser um grande luxo dentro daquele contexto manicomial. Isto porque, conforme já vimos, o ingresso em uma instituição dessa natureza implicava na perda da própria individualidade e referenciais sociais, a fim de que se assumisse a rotina e comportamentos ditados pelo hospital. Conforme explica Goffman (1974), no mundo externo à essas instituições, desempenhamos vários papéis sociais; no entanto, uma vez internada/o, tais papéis são anulados, e apenas o que se é e o que é feito dentro da instituição deve sobressair. Já não importa a pessoa que existia fora dos muros do hospital. Imersa em seu interior, ela é apenas uma louca cujo comportamento desviante deve ser corrigido; e para que isso ocorra, seus passos são continuamente observados, atividades cotidianas como comer, dormir, tomar banho são controladas por horários fixos e por vezes se dão de maneira coletiva. O corpo fica exposto a observações e intervenções médicas, medicamentos, camisas de força, punições e diversas situações de vulnerabilidade. Tal exposição, na realidade, iniciava-se muito antes durante o pedido de internação, conforme já foi explanado.

Segundo Goffman (1974), todos esses aspectos são característicos das chamadas instituições totais, tais como manicômios, prisões e conventos. Em um ambiente de tamanha

---

<sup>134</sup> Nome fictício adotado para preservar a identidade da pessoa entrevistada. Entrevista realizada em novembro de 2017.

<sup>135</sup> Fragmento de entrevista realizada em novembro de 2017.

exposição e vulnerabilidade, conseguir preservar o mínimo de privacidade poderia ser um dos meios para manter resquícios da individualidade que era vivenciada no mundo externo, ou mesmo para a criação de uma nova individualidade – ressignificada pelo contexto entre muros.

Não obstante o que estava redigido em seus regulamentos, a criação de espaços exclusivos para pensionistas tardou a acontecer no Hospital Colônia. Em ofício de 1905, o vice-diretor do nosocômio informa ao Secretário do Interior a necessidade de aumentar a seção masculina, a fim de implantar “acomodações para os pensionistas e as divisões necessárias para as diversas classes de enfermos”<sup>136</sup>. Tal pedido foi reforçado quatro anos depois, quando o diretor do hospital comunica ao Secretário do Interior uma série de insuficiências apresentadas pela instituição e solicita a urgente construção, dentre outras coisas, de uma seção para contribuintes<sup>137</sup>.

Este é um cenário demasiado desonesto, haja vista que pessoas pagavam mensalidades – por vezes mediante muito esforço – na esperança de que recebessem tratamento diferenciado das demais internas/os. Certamente, essa ausência de diferenciação entre indigentes e pensionistas desmotivou a internação de pacientes mensalistas. Isto fica claro em relatório apresentado pelo ecônomo, em 1909, no qual solicita ao Secretário do Interior

a conveniencia de se construir, com urgencia, um pavilhão especial, destinado aos pensionistas, cujo numero tem sido insignificante, por não dispor este manicomio de accomodação propria para os mesmos.

Realizado este melhoramento, elevar-se-á, de certo, a renda do estabelecimento, atento a modicidade no preço das pensões.<sup>138</sup>

Indícios da presença de pavilhões exclusivos para pensionistas surgem apenas na década de 1930. Massena (1985) e Savassi (1991) citam que, naquela época, em meio a uma série de melhoramentos realizados no hospital, deu-se a adaptação de dois pavilhões – o Pavilhão Governador Valadares e o Pavilhão Delfim Moreira – para o alojamento de pensionistas. Diante disso, há de imaginar que quem tivesse boas condições financeiras e desejasse tratamento com maior atenção e conforto, priorizava estabelecimentos particulares. No capítulo a seguir, adentraremos alguns desses pavilhões a fim de fazer a leitura de suas espacialidades e compreender o tipo de assistência psiquiátrica materializada naquelas edificações.

<sup>136</sup> Ofício nº 347 da Directoria da Assistencia a Alienados, 28 de setembro de 1905. SI-1674. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>137</sup> Estatística do movimento clínico da Assistencia a Alienados, no periodo decorrido de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 1908, 20 de março de 1909. SI-1724. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>138</sup> Relatório das occorencias havidas na Assistencia a Alienados, durante o anno de 1908 p. findo, 20 de março de 1909. SI-1724. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

### 3.6 Liberdade entre muros

As materialidades do Hospital Colônia apontam-nos para uma instituição demasiado opressora e controladora. Uma das consequências da constante aplicação do poder disciplinar – além da criação de corpos dóceis – é o silenciamento das/os pacientes ou, como afirma Porter (1990, p. 44), sua transformação em seres “inaudíveis para a maioria das pessoas e ininteligíveis para outras, pouco inclinadas a escutar”. Ao segregar as pessoas, impondo-lhes disciplina e que vivam num espaço delimitado, não são apenas seus corpos que são trancados. Tranca-se a pessoa em sua totalidade, inclusive no que diz respeito ao expressar-se.

Porém, mesmo nesse ambiente, as/os internas/os construíram maneiras de vencer o tédio, de exprimir suas subjetividades e criar espaços de individualidade; afinal, conforme nos lembra Goffman (1974, p. 246): “sempre que se impõem mundos, se criam submundos”. Em meio às materialidades da internação existe uma tensão a elas subjacente: por um lado temos o mecanismo disciplinar expresso nos objetos institucionais móveis que tentam implantar certa uniformidade entre as/os internas/os, bem como na arquitetura e distribuição espacial, conforme veremos no próximo capítulo. Ao mesmo tempo, porém, essas mesmas materialidades contêm evidências de construção de identidade pessoal e/ou comunitária a partir da forma como as pessoas vivenciam a internação. Diante disso, “a pesquisa arqueológica sobre o confinamento nos permite não apenas recuperar evidências físicas de cada uma dessas dimensões, mas também lançar luz à natureza dessa tensão dinâmica do material” (CASELLA, 2011, p. 289).

Conforme vimos ao longo deste capítulo, a chegada ao hospital era marcada pela remoção de todos os objetos pessoais e conseqüente mortificação das subjetividades. Isto, porém, não impediu que as/os internas/os vasculhassem o conjunto material do hospital em busca de aquisições e (re)criação de coisas para si. Diante da ausência de armários particulares, ou mesmo de lugares seguros onde pudessem guardar seus novos itens pessoais, muitas/os pacientes adotaram o uso de bornais: sacolas de pano, em geral feitas a partir de pedaços de tecido de seus próprios uniformes, que carregavam a todo o momento a tiracolo ou penduradas no pescoço.

**Figura 18 – Interno do Hospital Colônia carrega um bernal pendurado no pescoço**



Fonte: Acervo pessoal de Luiz Alfredo, 1961.

Escova de dente, batom que ganhou de presente de alguma funcionária, pedaços de papel e de fumo, cachimbo, um pedaço de pão que sobrou no café da manhã e podia ser comido mais tarde... pequenos tesouros guardados em simples sacolas de pano surrado. A importância que esses itens ganhavam naquele contexto de confinamento era tamanha que em dias de limpeza um grande estresse tomava conta dos pavilhões. Josué<sup>139</sup>, ex-funcionário do Colônia, relatou-me que havia dias em que era necessário esvaziar e limpar os bornais, os quais, segundo ele, acumulavam lixo que as/os pacientes iam coletando ao longo dos dias. Evidentemente as/os donas/os dos bordais não concordavam com mais essa apreensão de seus bens pessoais, opondo-se fortemente às normas que funcionários como Josué precisavam executar.

Não é possível precisar quando exatamente este item começou a ser confeccionado pelas/os pacientes. Sua existência, porém, se fez presente nas lembranças tanto das/os ex-funcionárias/os como das/os ex-internas/os, apontando para uma ampla adoção do bernal naquela comunidade.

---

<sup>139</sup> Nome fictício adotado para preservar a identidade da pessoa entrevistada. Entrevista realizada em novembro de 2017.

Algo presente entre as/os internos do Colônia, desde os seus primeiros anos de funcionamento, foi o fumo – elemento demasiado comum nas instituições psiquiátricas em geral. Este item, inclusive, estava presente nas listas de compras do hospital, que adquiria grandes quantidades de fumo em corda. Em 1909, por exemplo, no orçamento da instituição estava previsto um gasto de 400.000 réis em artigos classificados como “Auxílio aos indigentes (loucos)”, dentre os quais constava o fumo<sup>140</sup>. E de acordo com os recibos<sup>141</sup> compilados referentes às compras de 1924, naquele ano foram consumidos 915kg daquele item. No contexto manicomial, o fumo era utilizado para diferentes fins: em negociações entre funcionárias/os e pacientes, onde o artigo era oferecido como premiação por bom comportamento ou por serviços prestados (como ajudar na limpeza do pavilhão, ou ainda auxiliar em reparos e obras nas casas de funcionárias/os); como artifício para manter tranquilas algumas internas/os; ou, ainda, como meio de tornar suportável o passar do tempo entre paredes, preenchendo a ociosidade ali presente.

Segundo Josué, dentro da rotina hospitalar havia horários determinados para a distribuição dos cigarros. O fumo em corda era picado pelos funcionários e enrolado na palha – hábito típico e ainda presente em Minas Gerais. Por vezes, na ausência de palha, utilizava-se papéis ou jornais. Às vezes a montagem e distribuição dos cigarros eram auxiliadas por alguns pacientes, porém o ato de acendê-los cabia apenas aos funcionários. Havia, no entanto, quem conseguisse obter às escondidas um palito de fósforo, que logo compunha seu conjunto de itens pessoais e essenciais carregados no bernal. Outros conseguiam, ainda, pedaços inteiros do fumo de corda. Tais sortudos, segundo Josué, mantinham sempre uma das unhas da mão suficientemente grande para raspá-lo e, assim, montar seus próprios cigarros ao longo do dia.

Atrelado ao hábito de fumar, algumas internas/os desenvolveram a habilidade de construir cachimbos para si. Eles eram feitos com pedaços de tijolo, lata ou mesmo caneca, que constituíam o forninho, e um pedaço de bambu, para fazer a haste.

---

<sup>140</sup> Orçamento da receita e despeza da Assistencia a Alienados do Estado de Minas Geraes, para o anno de 1909, 15 de dezembro de 1908. SI-1711. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

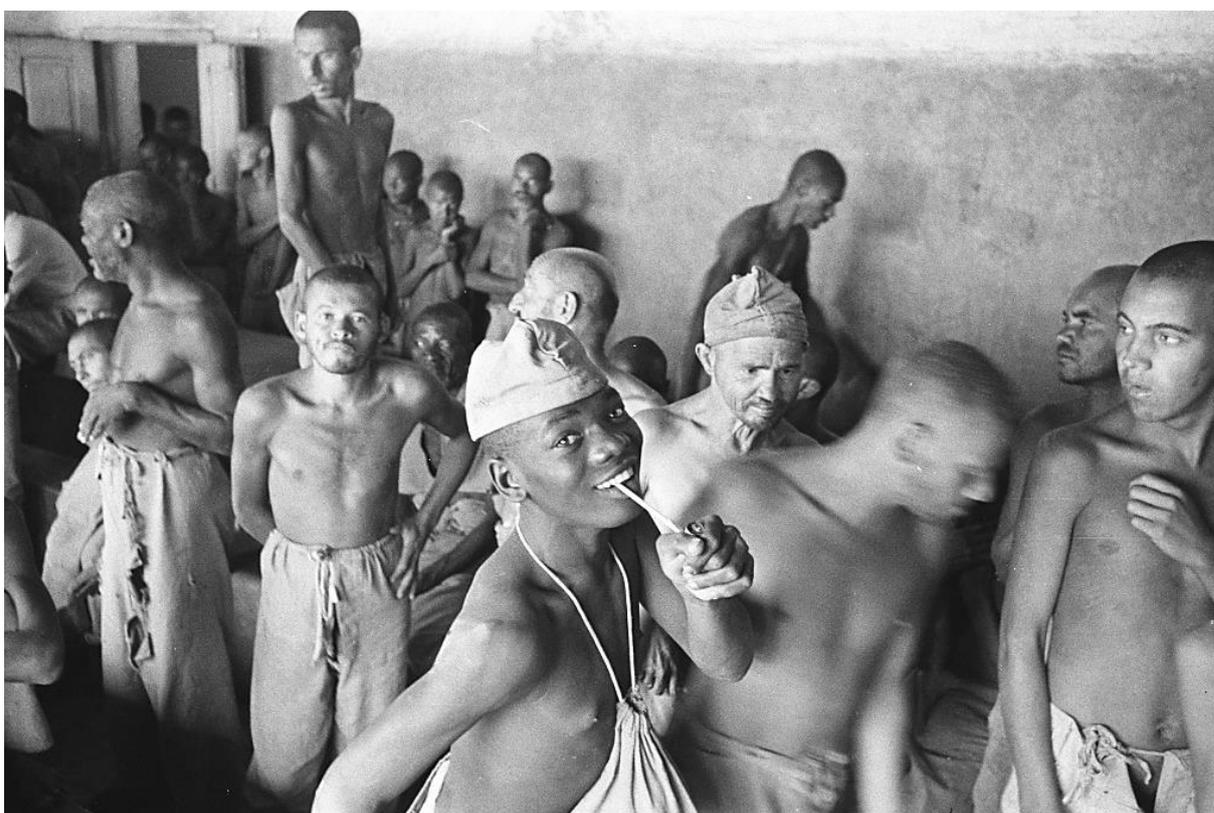
<sup>141</sup> Recibos emitidos pela Fabrica de Fumos e Torrefação de Café M. Q. Dias Cardoso, 1904. SI-2001. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

**Figura 19 – Cachimbos confeccionados por internos do Hospital Colônia**



Fonte: Acervo pessoal. Foto de Juliana Brandão, Museu da Loucura, 2018.

**Figura 2018 – Interno do Hospital Colônia com seu cachimbo na boca**



Fonte: Acervo pessoal de Luiz Alfredo, 1961.

O ato de fumar cachimbo perpassou a vida institucional de muitas pessoas e as acompanhou na nova vida fora dos muros. A atual postura da medicina em frear o tabagismo faz com que o fumo nas Residências Terapêuticas seja minimamente controlado, a fim de evitar que as/os residentes fumem em demasia. O hábito não é absolutamente cortado porque o corpo técnico que atua nas Residência entende que o fumo está enraizado e estrutura os momentos de

lazer, distração e introspecção daquelas pessoas. Diante disso, muitas/os ex-internas/os, após saírem do hospital, fizeram questão de comprar um cachimbo de madeira e o consideraram um item pessoal importante.

**Figura 21 – Cachimbo de uma ex-interna entrevistada**



Fonte: Acervo pessoal. Foto de Juliana Brandão, 2018.

Outro contexto de criação dentro do âmbito institucional, eram as oficinas de costura. Essas atividades tinham uma finalidade terapêutica e seus itens costumavam ser vendidos sem que suas autoras/es usufríssem do retorno financeiro. Porém, em alguns momentos o processo de criação tornava-se um potente meio de expressão. Isto fica evidente no boneco de pano exposto no Museu da Loucura, o qual apresenta uma algema.

**Figura 22 – Boneco de pano com algema confeccionado por um interno do Hospital Colônia**



Fonte: Acervo pessoal. Foto de Juliana Brandão, Museu da Loucura, 2018.

Mais que uma representação literal, acredito que essa algema seja uma representação metafórica do confinamento institucional – uma experiência infeliz e desoladora, conforme expresso no semblante do boneco.

Houve casos de pacientes ganharem alguns objetos através de doações: como agasalhos, cobertores, batons, calçados ou, ainda, bonecas. A boneca de Sueli, também exposta no Museu da Loucura, carregava a expressão máxima do amor e da dor: representava a filha que lhe foi tirada sem seu consentimento<sup>142</sup>. Sem poder cuidar da filha, cuidava da boneca, cujo zelo está expresso em seus acessórios, unhas pintadas e cabelos bem penteados. A cada ano, a boneca

<sup>142</sup> Informação concedida por uma funcionária do Museu da Loucura.

recebeu as felicitações que Sueli gostaria de ter dado pessoalmente à filha. Negado o direito de ter perto a sua menina, Sueli reelaborou e redirecionou seu afeto em uma boneca que representa muito mais que um brinquedo: ela representa o indizível.

**Figura 23 – Bonecos de pacientes do Hospital Colônia, com destaque para a boneca que pertenceu a Sueli Resende**



Fonte: Acervo pessoal. Foto de Juliana Brandão, Museu da Loucura, 2018.

Outra história muito sensível é a de Durval<sup>143</sup>, paciente crônico conhecido como Maria Bonita, ou Maria da Paz, devido seu temperamento sempre calmo e obediente. Internado em 1972, Durval experimentou uma possibilidade de liberdade incomum naquele ambiente manicomial. Ele trabalhava na olaria do Colônia puxando o burro que rodava a manjarra<sup>144</sup>, e

<sup>143</sup> Conheci a história de Durval Moreira através do pesquisador Edson Brandão, responsável pelo projeto visual, roteiro e textos da exposição permanente do Museu da Loucura quando de sua fundação, em 1996.

<sup>144</sup> Instrumento usado em engenho de cana de açúcar ou olaria e que movimentava o moinho.

foi autorizado a residir nas proximidades do seu local de trabalho, longe dos corredores e pátios do hospital. Ali, em um espaço que era todo seu, resolveu cultivar uma horta. A fim de protegê-la, ergueu uma muralha composta por pedras e toda sorte de materiais.

**Figura 2419 – Muralha construída por Durval Moreira**



Fotos: Jairo Toledo e Valéria Ribeiro, 2015.

Quando a olaria foi desativada, Durval viu-se novamente cercado pelas paredes do hospital. Porém, num ato de resistência, ele transferiu a muralha pedra por pedra, dia após dia, para perto de sua nova morada – uma distância de um quilômetro e meio. Durval faleceu em fevereiro de 1999, com um saco de pedras nas costas, enquanto ainda tentava reconstruir por completo sua muralha. Sua *causa mortis* foi registrada como desconhecida. Atualmente a muralha encontra-se completamente encoberta por mato, próximo à portaria do Hospital Regional – antigo Departamento B do Colônia.

Muito pode-se especular acerca da finalidade do esforço de Durval em transferir sua criação para as proximidades do pavilhão onde fora obrigado a viver. Prefiro ficar com a provocação de Dantas (2009, p. 115) que, ao tratar da arte de Bispo do Rosário, afirmou: “O incompreensível não está na emissão da mensagem artística, mas na sua recepção, na nossa resistência, na nossa rejeição em aceitar aquilo que se desvia das normas”. Logo, não é a loucura que torna compreensível o ato de Durval e sua criação, mas, ao contrário, é sua criação “que exigiu a loucura de uma vida para que ela própria, enquanto obra, pudesse vir a ser” (DANTAS, 2009, p. 09). Acredito que mais que uma muralha que protegia sua horta, a criação de Durval era seu movimento de liberdade dentro do ambiente manicomial. E sendo a liberdade algo tão valioso, sobretudo naquele contexto de confinamento, todo esforço era necessário para carregá-la para perto de si e não a perder de vista.

Ressaltar essas formas de expressão é importante porque retira as/os pacientes da posição de passividade, de simples vítimas que absorvem e naturalizam o sistema, ficando sem voz, ação ou reação. Conforme mostra-nos Porter (1990), alguns internos de manicômios entre os séculos XVIII e XIX escreveram diários, chegando, inclusive, a publicá-los. Entre os gêneros autobiográficos analisados por Porter (1990) estão aqueles de cunho espiritual e os que expõem agressiva e criticamente os motivos de seus atos, bem como as falhas e abusos no tratamento da loucura. Isso nos chama a atenção para o fato de que a/o interna/o cuja sanidade era tida como ausente podia, sim, ser protagonista de sua história, bem como fazê-la ser conhecida – a composição de Sueli é um ótimo exemplar desse protagonismo exercido no contexto do Colônia.

Além disso, minha leitura é a de que o fumo, a confecção dos cachimbos, dos bonecos de pano, dentre tantos outros objetos que não consegui evidenciar em minha pesquisa, possibilitaram uma fuga do ambiente manicomial. À esta subversão podemos denominar *tática*:

"A tática não tem por lugar senão o do outro. E por isso deve jogar com o terreno que lhe é imposto tal como o organiza a lei de uma força estranha. Não tem meios para se manter em si mesma, à distância, numa posição recuada, de previsão e de convocação

própria: a tática é movimento "dentro do campo de visão do inimigo", como dizia von Büllow" (DE CERTEAU, 1998, p. 100).

Ainda que não pudessem sair fisicamente do hospital, a artesanaria de coisas pra si e a relação criada com elas teceram espaços de individualidade e movimentos de liberdade que quebravam a lógica disciplinar institucional, desestabilizando, assim, a uniformidade esperada. Diante da monotonia e controle que constantemente perpassavam a vida de internação, as/os pacientes vasculharam o mundo material do hospital em busca de recursos que lhes permitisse passar o tempo e fugir mentalmente daqueles corredores e muros. Foi dessa maneira que comunicaram sua resistência e registraram materialmente suas experiências de confinamento, algo que Casella (2011, p. 291) denomina como “assinaturas materiais de diversificação”, as quais podem indicar tanto uma resistência ativa ao sistema disciplinar como uma adaptação estratégica da uniformidade que lhe é característica.

Por fim, embora haja uma experiência compartilhada no contexto de confinamento, e indícios de resistência a ele, cabe pontuar que a comunidade de pacientes do Hospital Colônia não representa uma espécie de contra-hegemonia coesa. Longe disso, essa comunidade e todas as suas particularidades emergem como um conjunto heterogêneo de desejos, aspirações, inimizades e competições, muitos dos quais expressos nos objetos criados e recriados por seus membros.

# Capítulo 4

## OS PAVILHÕES

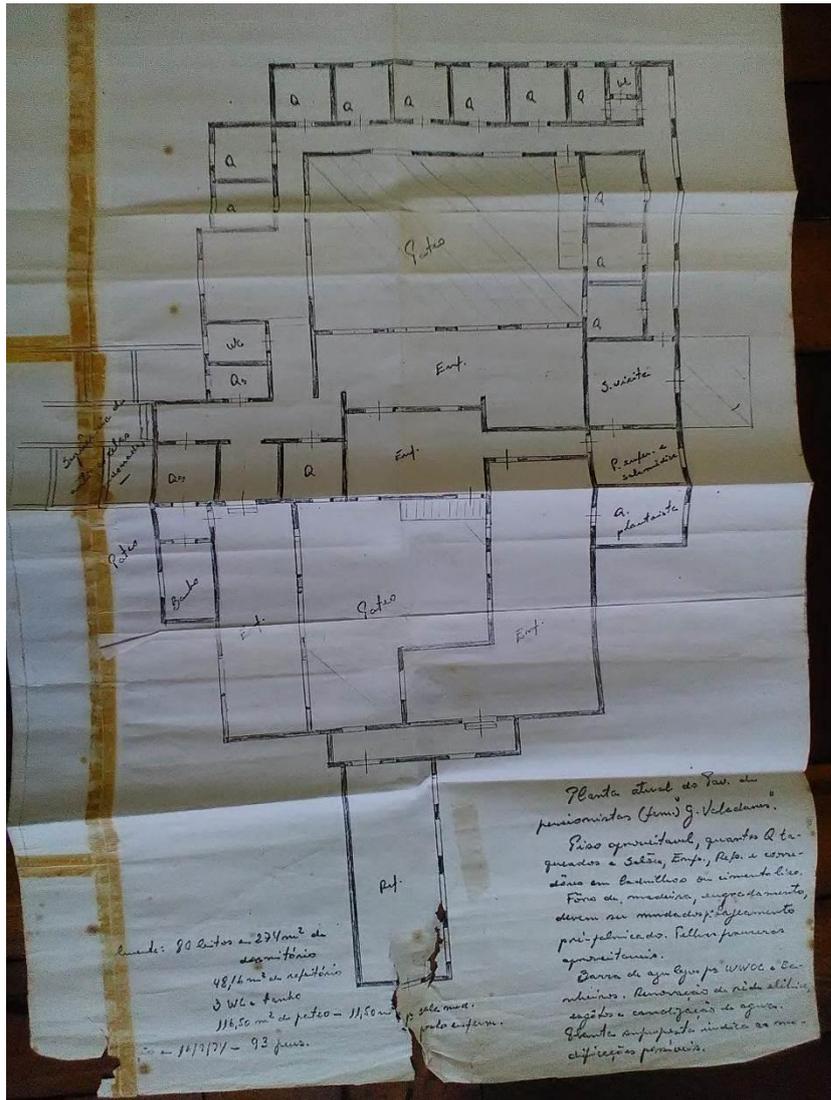


Figura 25 – Abertura do Capítulo 4: Planta baixa do pavilhão Governador Valadares  
Fonte: Arquivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

*“E hospício é este branco sem fim, onde nos arrancam o coração a cada instante, trazem-no de volta, e o recebemos: trêmulo, exangue – e sempre outro. Hospício são as flores frias que se colam em nossas cabeças perdidas em escadarias de mármore antigo, subitamente futuro – como o que não se pode ainda compreender. São mãos longas levando-nos para não sei onde – paradas bruscas, corpos sacudidos se elevando incomensuráveis: Hospício é não se sabe o quê, porque Hospício é deus”*  
(CANÇADO, 2016, n.p).

Em meio à diversidade de histórias trancadas no Hospital Colônia – algumas das quais visitamos no capítulo anterior – podemos afirmar que esta instituição desempenhou o papel de “antídoto para o caos urbano” (MARKUS, 1993). Tido como local de segregação, o Colônia garantia a manutenção da ordem social, tirando de circulação os incômodos. Supõem-se, portanto, que além de lugar de cura, a instituição apresentava-se também como mecanismo de controle social. Por esta razão, é possível afirmar que o hospital tinha características de confinamento, uma vez que suas materialidades – com ênfase nas edificações – restringiam a circulação dos internos e mantinham o controle sob seus corpos.

Minha abordagem é a de que o Hospital Colônia é um sítio arqueológico a partir do qual é possível compreender o início da psiquiatria e de políticas públicas voltadas para pessoas com transtornos mentais em Minas Gerais. Nesse sentido, compartilho com a definição de Ulpiano Meneses (1984) de que sítio arqueológico é “um espaço de concentração de vestígios arqueológicos, mas constituindo ele próprio um ‘artefato’ e não somente o depósito de ‘achados’ arqueológicos” (MENESES, 1984: 34). No caso do Colônia, trata-se de um sítio peculiar em muitos sentidos. Diferente da noção que costumamos ter de um local onde ocorreram diversas ações humanas e que atualmente encontra-se abandonado, o antigo Hospital Colônia é uma instituição ainda em funcionamento. Portanto, devido sua dinâmica e em respeito às pessoas atendidas naquele lugar, não foi possível entrar em todos os pavilhões e também não se trata de um local com facilidades e disponibilidade para realizar escavações arqueológicas. Esta realidade, porém, não diminui seu potencial de pesquisa. Fontes documentais, fotografias, objetos expostos no Museu da Loucura e mesmo as edificações que compõem aquele complexo hospitalar, apresentam diferentes caminhos para investigá-lo.

Acredito que a própria proposta de construção de um museu nas dependências do antigo Colônia já demonstra um reconhecimento institucional de que aquele hospital é um marco – ou mesmo um artefato, arriscaria dizer – da constituição da psiquiatria mineira. O Museu da Loucura foi inaugurado em 1996 através da parceria entre FHEMIG e a Fundação Municipal de Cultura de Barbacena (FUNDAC), com o objetivo de resgatar a memória do Hospital Colônia. Na época, essa inauguração foi tida como uma grande conquista, a partir da qual a história da instituição finalmente abria-se ao público. Além disso, o então diretor do Centro

Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena<sup>145</sup> (CHPB), Jairo Toledo, acreditava que o museu seria uma forma de quebrar tabus e estigmas existentes em torno da loucura<sup>146</sup>.

Este grande sítio arqueológico que foi Hospital Colônia era composto por 60 edificações, dentre as quais pavilhões (residenciais, administrativos, farmacêutico e de oficinas), capela, cozinha, rouparia, necrotério e casas de funcionários. Esse conjunto arquitetônico é um tipo de vestígio material rico de informações. Arqueólogas e arqueólogos tais como Parker Pearson e Richards (1997), Thiesen (1999), Zarankin (1999, 2002, 2003, 2012), Piddock (2007), Stanchi (2008), Najjar (2011), Longhurst (2011), Correia (2014), Moreira e Soares (2015), Lopes (2017), dentre outros, consideram as edificações como artefatos (ou superartefatos), objetos ativos das relações sociais, carregados de funções tanto práticas/utilitárias quanto simbólicas/ideológicas. Portanto, para estas/es pesquisadoras/es a arquitetura é a materialização da ordem espacial em sistemas relacionais, nas quais estão incorporados finalidades e discursos sociais.

Tal princípio segue uma abordagem hermenêutica da Arqueologia da Arquitetura, a qual utilizei no estudo dos pavilhões do Colônia. Seguindo os pressupostos de Hodder (1994), uma linha de análise seria considerar a cultura material como um texto, isto é, um conjunto de signos interligados a partir do qual é possível acessar uma série de aspectos da sociedade, ou grupo, em que os artefatos estão inseridos – tais como sua organização socioeconômica, e conceitos públicos e sociais subjacentes às práticas cotidianas. Portanto, mais que simplesmente servir a propósitos utilitários e diretos, os objetos permitem-nos construir e atribuir significados dentro do nosso universo cultural. É nesse sentido que compreendo as edificações como um tipo de comunicação não-verbal, haja vista que na condição de artefato passível de análise e interpretação, elas apresentam um “discurso material, estruturado e silencioso, ligado às práticas sociais e às estratégias de poder, interesse e ideologia” (FUNARI, 1999, n.p).

Entendendo o Hospital Colônia como um sítio arqueológico, neste capítulo iremos primeiro identificar suas diversas edificações e situá-las no tempo. Considero essas edificações como parte da estratigrafia do hospital, representantes materiais de momentos distintos da instituição. O processo de evidenciação dessa estratigrafia se deu através do cruzamento de fontes diversas: fotografias antigas, plantas-baixa, levantamento bibliográfico, reportagens de jornais, e o próprio exercício arqueológico que foi percorrer o antigo Hospital Colônia atenta

---

<sup>145</sup> O CHPB funciona nas dependências do antigo Departamento A do Hospital Colônia e faz parte da reestruturação do atendimento psiquiátrico implantado a partir da década de 1980.

<sup>146</sup> FHEMIG e CHPB abrem as portas à comunidade e mostram sua história. *Jornal da Cidade*, 10 de agosto de 1996, p. 3.

aos vestígios estruturais em superfície deixados por antigos pavilhões, bem como vestígios de mudanças presentes na arquitetura de alguns pavilhões ainda existentes.

Em seguida, irei me aprofundar na leitura e análise de sua espacialidade utilizando o *modelo gamma*: metodologia proposta por Hillier e Hanson (1984) em sua *Sintaxe espacial*, que consiste em um conjunto de teorias e técnicas que auxiliam na análise da configuração espacial do ambiente construído ou projetado. A partir disso, veremos como ao longo dos anos a distribuição espacial do Colônia manteve características de confinamento que, somadas às práticas de mortificação das subjetividades discutidas no capítulo anterior, reforçavam um regime disciplinar pouco propício ao bem estar das/os pacientes.

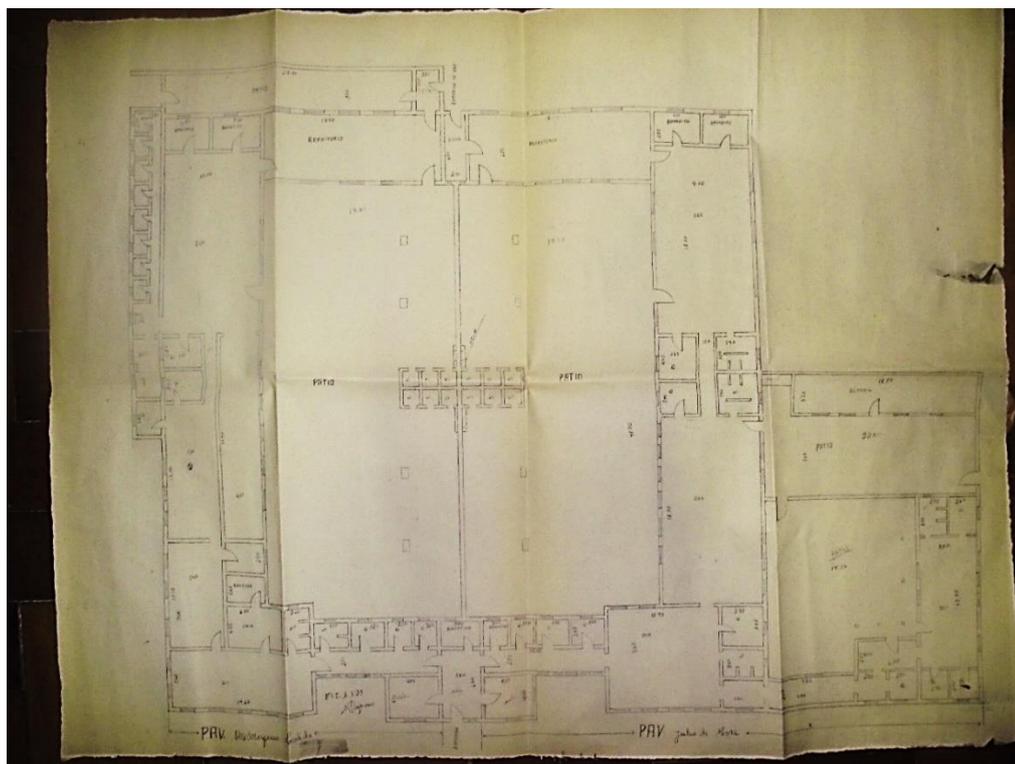
#### 4.1 Uma cidade de loucas e loucos

Conforme vimos no segundo capítulo, o Hospital Colônia – na época, ainda denominado Assistência a Alienados – foi instalado nas dependências do antigo Sanatório de Barbacena, em 1903. A estrutura do sanatório foi aproveitada, haja vista a falta de recurso financeiro apontada pelo então governador de Minas Gerais. Segundo Duarte (1996), nas escrituras do Sanatório consta que a instituição possuía:

Dois chalés para os diretores, centros de oficinas com funções variadas como “fabrica de gás, cocheiras, galinheiros”, lavanderias denominadas de locais de “desinfecção”, “banheiros de duchas, o instituto de balneoterapia”, alojamentos para doentes, refeitório e um salão de bilhar. O edifício central, prédio de um pavimento, era formado por dois pavilhões, que se intercomunicavam através da porta principal, ambos se destinavam a doentes convalescentes sem doença contagiosa e a indivíduos sãos. A superfície do primeiro pavilhão, era de 261m<sup>2</sup>, e o segundo alojamento tinha uma área de 572,85m<sup>2</sup>. Uma construção para o atendimento de insanos, denominada “Instituto Pinel”, fora construída antes de 1894 no Asilo de Alienados do Sanatório, ocupando uma área construída de 234m<sup>2</sup> (DUARTE, 1996, p. 103-104).

A descrição do edifício central citado acima bate com a planta-baixa dos pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura que encontrei no arquivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB).

**Figura 26 – Planta-baixa dos pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura**



Fonte: Arquivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

Esses pavilhões (Figura 20) já não existem, de modo que esta planta-baixa sem data, a foto abaixo presente no Fundo da Secretaria do Interior, no Arquivo Público Mineiro, e uma miscelânea de fragmentos de pisos (Figura 21) no local onde acredito que se situavam os pavilhões, são os únicos vestígios que deles restaram.

**Figura 27 – Pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura**



Fonte: SI-077. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

**Figura 28 – Fragmentos de pisos dos antigos pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

O Instituto Pinel, por sua vez, deduzo que seja o atual pavilhão Antônio Carlos (figura abaixo). De arquitetura eclética, estilo que marca as edificações de meados do século XIX até as primeiras décadas do século XX, a inauguração do Antônio Carlos não é citada por Massena (1985) e nem por Savassi (1991) – ambos referência no que diz respeito ao compilado histórico da cidade de Barbacena. Registros em jornais também não foram encontrados, o que me levou a inferir sua existência desde antes da instalação do Hospital Colônia.

**Figura 29 – Pavilhão Antônio Carlos**



Fonte: SI-077. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

Quando o Hospital Colônia foi inaugurado, as internações destinavam-se apenas aos homens, haja vista não haver acomodações para mulheres. Estas continuavam sendo mantidas em cadeias, ou encaminhadas para as Santas Casas ou para o Hospício Nacional, cujas despesas eram pagas pelo Estado. Somente após um ano desde sua inauguração o hospital, enfim, contou com um pavilhão para mulheres<sup>147</sup>. Em poucos meses, porém, o número de internações já excedia a quantidade de vagas disponíveis. Em agosto de 1904, o diretor do hospital comunicava ao Secretário do Interior que o “estabelecimento não pôde mais receber mulheres, porque já se acha excedida a lotação; pois, sendo esta de 25, estão recolhidas 33, actualmente”<sup>148</sup>.

Documentações do hospital mostram que em 1906, apenas três anos após o início de seu funcionamento, não havia vagas nem para homens e nem para mulheres, sendo vários os pedidos recusados naquele período em decorrência da falta de leitos. Este quadro se repetiu durante todos os anos de funcionamento do hospital. A demanda sempre era maior que a estrutura disponível, de modo que ao longo das décadas a instituição precisou ampliar, construindo novos pavilhões.

Ainda em 1906 o Secretário do Interior solicitou ao vice-diretor do hospital, Antonio Villela, um projeto de reorganização da Assistência a Alienados. Para isso, Villela visitou o Hospício Nacional, no Rio de Janeiro, e o Manicômio de Juquery, em São Paulo – ambos referência no Brasil no tratamento da loucura –, e também recorreu a literatura da época que apontavam os recentes progressos da ciência. Desse estudo de campo resultou um extenso relatório no qual propôs uma série de melhoramentos para a instituição, dentre os quais “a necessidade de uma colônia anexa a esta assistência, com o fim de proporcionar recuperação útil aos enfermos chronicos que são em grande numero, e cuja permanência no asylo é uma causa de accumulo relativo, além de ser prejudicial ao tratamento dos mesmos”<sup>149</sup>. Ainda segundo Villela, o chamado “asylo colônia” era um modelo hospitalar instituído originalmente em Alt-Scherbitz, Alemanha, e que inspirava instituições em todo o mundo – incluindo o Manicômio de Juquery.

---

<sup>147</sup> Ofício nº 34 da Directoria da Assistencia a Alienados, 07 de abril de 1904. SI-1652. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>148</sup> Ofício nº 135 da Directoria da Assistencia a Alienados, 13 de agosto de 1904. SI-1652. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

<sup>149</sup> Relatório apresentado ao Ex<sup>mo</sup> Senr. Dr. Secretario do Interior do Estado de Minas pelo Dr. Sub-Director da Assistencia a Alienados do Estado de Minas Geraes, em Barbacena, 10 de janeiro de 1906. SI-1674. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

sahindo a hospitalização da phase da assistencia para entrar na phase medica, o asylo colonia modelo de Alt-Scherbitz é considerado como typo para serem construídos os asylos modernos.

Houve uma transformação completa que modificou inteiramente o typo dos asylos de alienados; em lugar do que nós conhecemos – um estabelecimento hybrido – metade prisão, metade caserna, adoptou-se para seu duplo fim – o hospício e a colonia – esta reservada aos indivíduos convalescentes, chronicos ou incuráveis e aquelle para as moléstias agudas, cujo estado exige um tratamento diario, e para os perigosos<sup>150</sup>.

A ideia, portanto, era construir uma colônia anexa ao hospital onde os pacientes crônicos e em condições de trabalhar pudessem se entregar às atividades agrícolas, tendo, portanto, uma ocupação útil e ainda gerando recursos para a instituição. Tal proposta só veio a se concretizar anos depois, em 1923, quando o hospital já estava em deplorável estado de superlotação com seus “refeitórios e corredores (...) transformados em dormitórios, com grave prejuizo a hygiene”<sup>151</sup>.

Em mensagem direcionada ao Congresso Mineiro durante o ano de 1922, o presidente do estado de Minas Gerais, Arthur Bernardes, informou a reformulação da assistência aos doentes mentais, pontuando a ampliação do então chamado Hospital Central e a construção de sua colônia anexa:

Em Barbacena funcionarão o Hospital Central e a Colonia Mineira de Alienados (...) [que] dispõe de capacidade para 250 doentes.

O Hospital Central que comportará 600 alienados, constituir-se-á dos actuaes estabelecimentos de Barbacena, com exceção da Colonia, os quaes soffrerão completa remodelação, de fôrma a melhor preencherem os fins a que se destinam.

O Hospital e Colonia serão perfeitamente solidarios em seu funcionamento, destinando-se o primeiro a receber doentes cuja fôrma ou phase de doença exija restricção de liberdade, o segundo aos alienados tranquillos ou aos suceptiveis de se readaptarem á vida social. Na Colonia será observado o regimen do *open door* e, como therapeutica visando a readaptação social, será adoptado o trabalho manual, de preferencia o agro-pecuario. A articulacão destes dous estabelecimentos permitirá um intercambio facil de doentes consoante as phases de calma ou agitacão próprias de determinadas entidades mórbidas<sup>152</sup>.

Idealizada pelo engenheiro Antonio Mourthé, a colônia (Figura 30) foi construída no “alto de uma collina de aclive brando, em frente ao panorama largo de valles e montanhas verdejantes”<sup>153</sup>, a 3km de distância do hospital. Posteriormente, o complexo arquitetônico que constituía o hospital foi dividido em Departamento A – setor destinado às mulheres – e

<sup>150</sup> Idem.

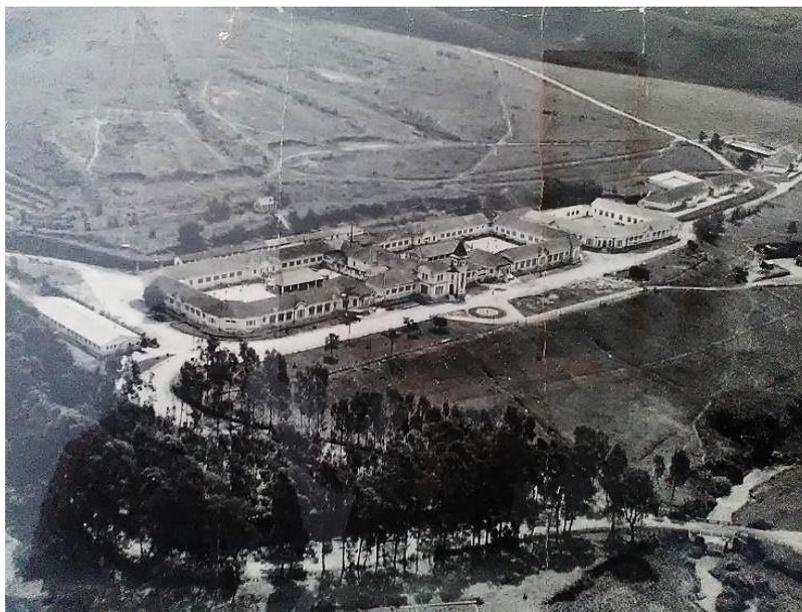
<sup>151</sup> Assistencia a Alienados. Jornal Cidade de Barbacena, 26 de outubro de 1922, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

<sup>152</sup> Assistencia a Alienados. Jornal Cidade de Barbacena, 29 de julho de 1922, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

<sup>153</sup> Cartas de Barbacena. Colonia de Alienados. Jornal Cidade de Barbacena, 25 de janeiro de 1923, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

Departamento B – onde estava situada a colônia, destinada aos homens. Juntos, somavam uma área de 8 milhões de metros quadrados que, com o passar dos anos, diminuiu em decorrência de invasões e cessões (DUARTE, 1996).

**Figura 30 – Vista aérea do Departamento B do Hospital Colônia de Barbacena**



Fonte: Museu da Loucura. Autor desconhecido, sem data.

**Figura 31 – Localização dos Departamentos A e B do Hospital Colônia de Barbacena**



Fonte: Adaptado de Google Maps (2020a).

A colônia foi inaugurada em 1923 contando com os pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes, muito bem posicionados em relação ao sol, ligados por um pavilhão central de dois

andares ocupado pela administração e que continha uma “graciosa torre, que se eleva a 23 metros”<sup>154</sup>.

**Figura 32 – Torre do Departamento B do Hospital Colônia de Barbacena**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2015.

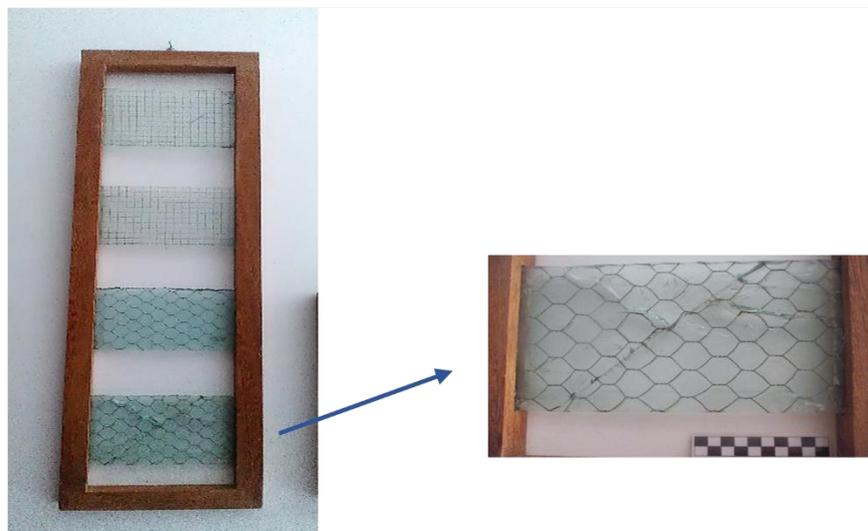
Tanto o Afonso Pena como o Arthur Bernardes tinham pátios internos de 2510m<sup>2</sup> cada um. Suas janelas amplas eram formadas por “grossos critaes de fabricação especial, dentro dos quaes mal se percebe a trama de ferro que os torna inquebráveis sem lhes empanar a transparência”<sup>155</sup>. Desse modo, era possível manter a luminosidade no interior dos pavilhões e, ao mesmo tempo, garantir que os pacientes não se cortassem caso quebrassem os vidros das janelas. Por outro lado, essa trama de ferro poderia servir também como uma grade, impedindo eventuais fugas.

---

<sup>154</sup> Idem.

<sup>155</sup> Idem.

**Figura 33 – Vidros originais retirados de pavilhões do Hospital Colônia de Barbacena**



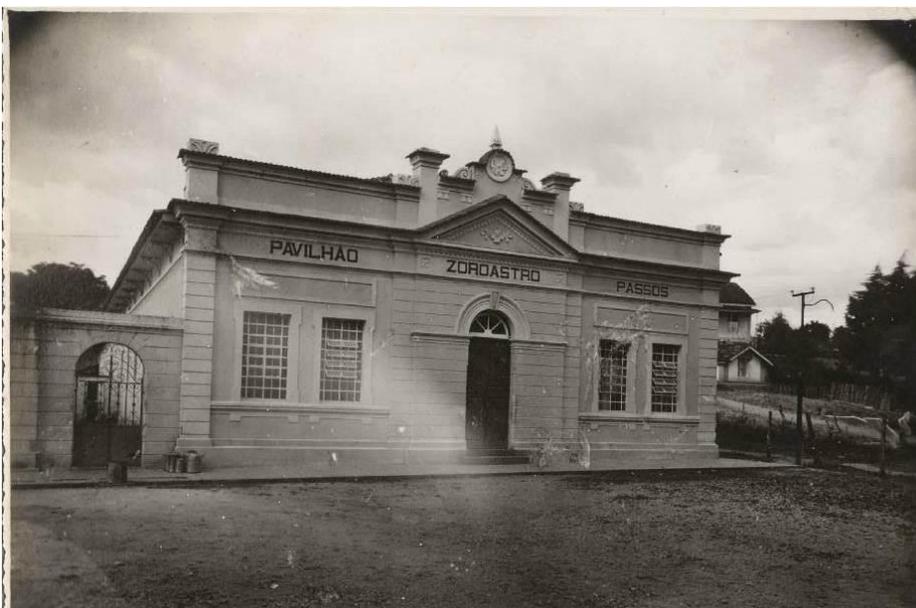
Fonte: Arquivo pessoal. Foto de Juliana Brandão - Museu da Loucura, 2016.

Em meio ao levantamento bibliográfico e documental que realizei, não fica claro se para além dos pavilhões Rodrigues Caldas, Júlio Moura e Antônio Carlos havia outras edificações no Departamento A durante a década de 1920. O fato é que as reformas e ampliações realizadas naquele período não foram capazes de lidar com a superlotação. Entre os anos de 1923 e 1925, estamparam no jornal *Cidade de Barbacena* notícias sobre a ausência de vagas para mulheres e a grande quantidade de pacientes que ocupavam os dormitórios. Duarte (1996) explica que isto era consequência do hospital ter se transformado em um “estabelecimento asilar, receptor de loucos crônicos, isto é, incuráveis e, ao mesmo tempo, de ‘insanos tranquilos’ e/ou alcoólatras em período de convalescença, que exigiam maior tempo de permanência no hospício” (DUARTE, 1996, p. 108).

Na década de 1930, os hospitais psiquiátricos de Minas Gerais, a exemplo do próprio Colônia, achavam-se em estado de calamidade. Após a aprovação do novo Regulamento da Assistência Hospitalar, conforme já discutido no segundo capítulo, uma série de melhoramentos foram implantados no Hospital Colônia. No Departamento A foi inaugurado o pavilhão Zoroastro Passos, cujo nome homenageava o então diretor geral da Assistência Hospitalar do Estado: “um espírito empreendedor, voltado inteiramente aos problemas que se relacionam com a sorte dos infelizes insanos”<sup>156</sup>.

<sup>156</sup> Com a presença do Dr. Noraldino Lima, inaugurou-se no Hospital Central varios melhoramentos. Jornal Cidade de Barbacena, 24 de agosto de 1934, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

**Figura 34 – Pavilhão Zoroastro Passos**



Fonte: SI-077. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

Quando de sua inauguração, o pavilhão destinava-se a mulheres pensionistas<sup>157</sup>. No entanto, na descrição da fotografia presente no dossiê *Instalações de Colônias Hospitalares em Minas Gerais* – e apresentada acima – consta que o Zoroastro era um pavilhão de mulheres indigentes. Tal documento não possui data, de modo que não é possível situar quando ocorreu essa mudança de público.

Segundo Massena (1985), ainda na década de 1930, durante a direção de José Cezarini<sup>158</sup>, os pavilhões Governador Valadares e Delfim Moreira foram adaptados para receber pensionistas. Este último já não existe e não consegui identificar sua localização. Moretzsohn (1989) cita apenas que ele estava no Departamento B. Já o pavilhão Governador Valadares, não só ainda está em funcionamento, como também sofreu ampliação, sendo reinaugurado em 1958.

---

<sup>157</sup> Idem.

<sup>158</sup> O médico José Cezarini dirigiu o Hospital Colônia durante os anos de 1937 a 1946.

**Figura 35 – Pavilhão Governador Valadares**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

No já mencionado dossiê *Instalações de Colônias Hospitalares em Minas Gerais* há uma fotografia que sugere que a parte mais à esquerda do pavilhão atual, era onde funcionava a antiga secretaria da instituição (foto abaixo). Uma planta-baixa encontrada no arquivo do CHPB, e que estampa a abertura desse capítulo, também corrobora com essa hipótese, uma vez que apresenta apenas os cômodos que compõe a parte mais à direita da atual edificação.

**Figura 36 – Antiga secretaria do Hospital Colônia**



Fonte: SI-077. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

**Figura 37 – Parte mais à esquerda do atual pavilhão Governador Valadares**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

Ainda no Departamento A, durante a década de 1930, foram construídos o pavilhão residencial para as irmãs vicentinas, a capela (Figura 38) e a padaria (Figura 39). A presença das irmãs no hospital foi resultado de um acordo entre a Igreja Católica e o governo estadual, e foi também o que justificou a construção da capela, em 1930. As religiosas ficaram responsáveis por administrar o serviço de enfermagem, bem como a cozinha e rouparia da instituição.

**Figura 38 – Capela do Hospital Colônia de Barbacena**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

A padaria, inaugurada em 1934, tinha a finalidade de abastecer o próprio hospital e muito provavelmente empregava algumas de suas pacientes. Contudo, em 1937, o diretor José Cezarini, a fim de aumentar a receita da instituição, resolveu vender os pães para a população barbacenense.

Tal medida foi duramente criticada pelos padeiros da cidade, que argumentavam não ter condições de competir com o preço tão abaixo do mercado oferecido pelo hospital – isto porque ele comercializava os pães isento de impostos. O descontentamento foi tamanho, que os padeiros ameaçaram entrar em greve<sup>159</sup>. Diante da pressão da Associação Commercial, Cezarini voltou atrás em sua decisão, suspendendo a venda dos pães fabricados no hospital.

---

<sup>159</sup> Conferir: A cidade na imminência de ficar sem pão. Jornal Cidade de Barbacena, 10 de março de 1937, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

**Figura 39 – Local onde funcionava a padaria do Hospital Colônia de Barbacena**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

Talvez seja daquela década, ainda, a oficina de costura, cujo registro está presente no dossiê *Instalações de Colônias Hospitalares em Minas Gerais* (Figura 40). Na época, a praxiterapia voltada ao público feminino estava ligada às oficinas de costura, lavanderia e cozinha, marcando, assim, os trabalhos socialmente destinados às mulheres e que se relacionavam diretamente ao ambiente doméstico. É provável que isso demonstrasse um esforço da instituição para que suas pacientes mantivessem o vínculo com os afazeres do lar, a fim de que estivessem aptas a cumprir o papel que lhes era esperado fora do hospital.

**Figura 40 – Oficina de costura**



Fonte: SI-077. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

O Departamento B também sofreu benfeitorias: recebeu melhoramentos no abastecimento de água, ganhou dois galpões para recreio dos doentes, uma ferraria e uma fábrica de camas, além de um novo pavilhão – denominado Noraldino Lima<sup>160</sup>. Inaugurado em 1934, o pavilhão homenageava o então Secretário da Educação e Saúde Pública de Minas Gerais. Ele foi construído ao lado do complexo formado pelos pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes, com a fachada seguindo o mesmo estilo arquitetônico neles presente.

**Figura 41 – Pavilhão Noraldino Lima**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

É importante pontuar que tanto na investigação de Duarte (1996) como na minha não foi encontrado ferreiro ou serralheiro no quadro de funcionários, o que nos leva a pensar que certamente os pacientes eram os trabalhadores na ferraria e na fábrica de camas.

Novos melhoramentos, com a construção de mais pavilhões, ocorreram somente anos depois, na década de 1950. Nos fins dos anos 1940, diretores do Hospital Colônia e psiquiatras já apresentavam queixas ao Departamento de Assistência aos Psicopatas Adultos acerca da falta de recursos destinados ao atendimento dos doentes mentais, ocasionando mais uma onda de precarização dos serviços prestados. Segundo os relatórios de José Jorge Teixeira, então diretor do hospital, a instituição carecia de medicamentos, alimentos e roupas.

---

<sup>160</sup> Conferir: Com a presença do Dr. Noraldino Lima, inaugurou-se no Hospital Central varios melhoramentos. Jornal Cidade de Barbacena, 24 de agosto de 1934, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

A situação era tão alarmante, que os pacientes eram obrigados a despir a única peça de roupa que tinham para que fosse lavada. Duarte (2009, p. 189) ressalta que “em uma cidade de clima rigorosamente frio e úmido, sobretudo durante o outono e o inverno, o número de falecimentos alcançava índices alarmantes já que os internos não possuíam nenhum tipo de agasalho”. Além disso, a falta de medicamentos não possibilitava o tratamento das doenças intercorrentes ocasionadas pelo clima. O cenário descrito por Teixeira era de total calamidade “porque nos pátios, mal vestidos, em estado de verdadeira miséria orgânica há 3.000 bocas famintas” (ALVIM apud DUARTE, 2009, p. 190). Diante disso, o diretor solicitou que nenhuma nova internação fosse realizada.

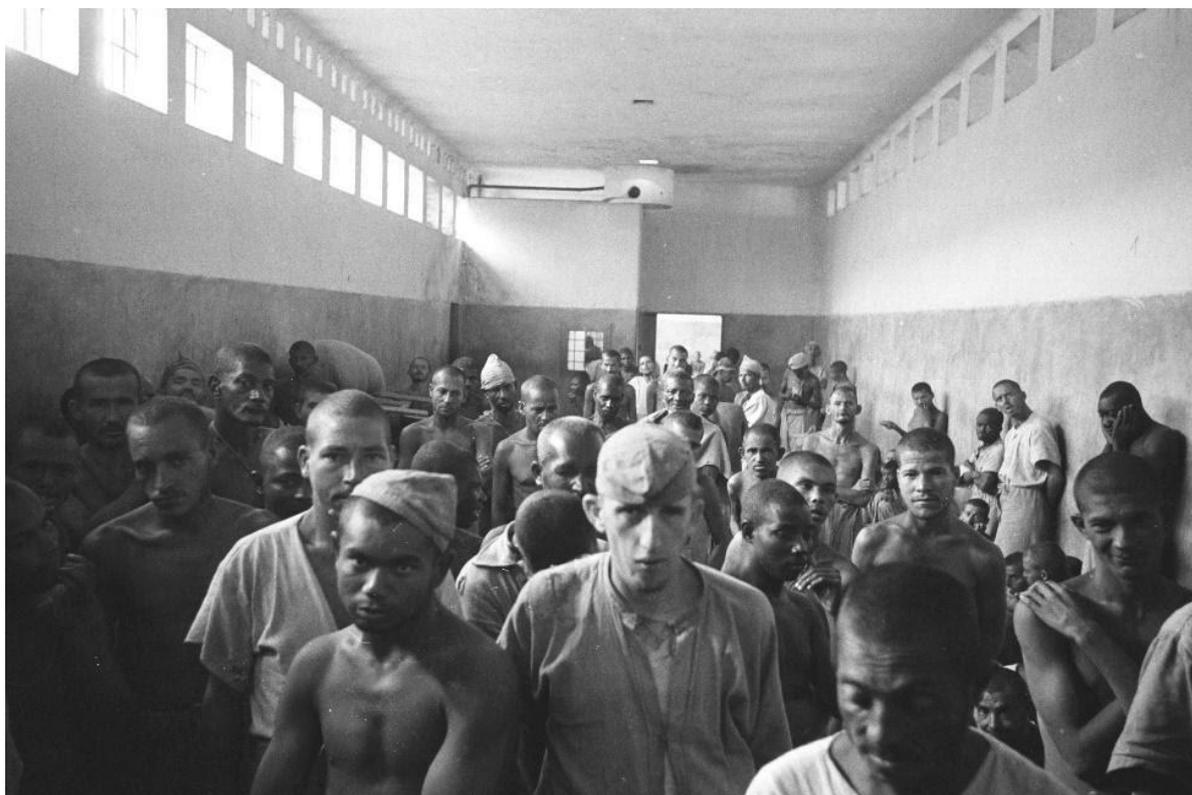
O Estado, que sempre alegava falta de dinheiro, autorizou, então, que os recursos provenientes dos internos pensionistas fossem utilizados na remodelação dos pavilhões, dentre os quais dois novos cuja construção no Departamento B estava paralisada há quase um ano. Trata-se dos pavilhões Baeta Viana, cujo nome homenageava o então Secretário de Saúde e Assistência de Minas Gerais, e Milton Campos, que hoje se encontra em ruína e homenageava o governador do Estado.

**Figura 42 – Antigo pavilhão Baeta Viana**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

**Figura 43 – Interior do pavilhão Milton Campos**



Fonte: Acervo de Luiz Alfredo, 1961.

Inaugurados em 1951, os dois novos pavilhões comportavam 500 pacientes, aumentando em 25% a capacidade do hospital. Até aquele momento, já haviam passado pela instituição 60.000 pessoas (SAVASSI, 1991). De construção “singela e modesta”<sup>161</sup> que cobria uma área 2.400 m<sup>2</sup>, o Baeta Viana e o Milton Campos foram planejados e executados pela Divisão de Engenharia Sanitária de acordo com a “melhor técnica hospitalar”<sup>162</sup> da época, a fim de oferecer maior conforto aos internos. Cada um deles dispunha de “oito dormitórios, com capacidade de 33 leitos cada um, com instalações sanitárias adequadas e chuveiros de água quente junto a cada dormitório, possuindo ainda amplo refeitório, área de recreio, sistema de campainha e alarme, etc”<sup>163</sup>.

Durante a inauguração desses pavilhões, chama a atenção a ênfase dada pelo engenheiro Ernani Gonçalves, responsável pela obra, para a economia na execução da mesma: “Foram gastos 2 milhões e 246 mil cruzeiros, (...) o que vale dizer que não vai além de 4.800 cruzeiros cada um [leito]. Sabendo-se que o custo normal é de 10 mil cruzeiros, vê-se que houve grande

<sup>161</sup> Inaugurados dois Pavilhões no Hospital Colônia. Jornal Cidade de Barbacena, 18 de janeiro de 1951, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

<sup>162</sup> Idem.

<sup>163</sup> Idem.

economia para os cofres publicos”<sup>164</sup>. Ou seja, o Estado, que afirmava estar oferecendo o que havia de mais moderno no tratamento aos doentes mentais, economizou na ampliação de um hospital que se encontrava em condição calamitosa.

Os novos pavilhões, porém, não resolveram o problema da superlotação, que continuou crescente nos anos seguintes. Segundo Duarte (2009), ainda na década de 1950 mais dois pavilhões foram inaugurados, porém não se sabe seus nomes. Savassi (1991) também cita uma série de construções nesse período, mas sem especificar data nem nomenclatura. Provavelmente um desses pavilhões tenha sido o Galba Velloso, existente no Departamento A. Ele foi construído em frente ao pavilhão Zoroastro Passos, muito próximo a ele, tampando parte de sua fachada – conforme observamos na figura 45. Considerando que o Zoroastro foi inaugurado em 1934, e que novas construções só foram registradas na década 1950, acredito que o Galba Velloso pertença a esse recorte temporal.

**Figura 44 – Pavilhão Galba Velloso**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

---

<sup>164</sup> Idem.

**Figura 45 – Vista dos fundos do pavilhão Galba Velloso cobrindo parcialmente a fachada do pavilhão Zoroastro Passos**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

Ainda naquela década, no ano de 1957, foi construída no Departamento A uma nova secretaria que, segundo Savassi (1991, p. 179), oferecia “conforto compatível com o vulto dos serviços que lhe são afetos”. Atualmente, essa edificação comporta a Residência Médica.

**Figura 46 – Antiga secretaria construída em 1957**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

Até aquele momento, não havia sido implantada a Assistência Hetero-Familiar prevista no Regulamento da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais, de 1934. Conforme mencionado no segundo capítulo dessa tese, tal proposta de tratamento consistia em agregar até três pacientes na família de funcionárias/os casadas/os, que receberiam lotes no terreno do hospital. Porém, a construção de casas para funcionárias/os, no Departamento B, foi anunciada somente em 1953 e, ainda assim, com uma justificativa completamente diferente daquela presente no regulamento da instituição. O então diretor Oswaldo Fortini autorizou a construção de 20 casas populares como forma de premiar as/os servidores pelos serviços prestados:

um trabalho assíduo para onde se torna forçado um percurso de 3 quilômetros, a pé, em local sem meios de abrigo contra as intempéries. Por outro lado a medida vem facilitar o grave problema de habitação no que concerne não só ao setor higienico, como também economico, já que as casas oferecerão relativo conforto e serão locadas sem objetivo comercial<sup>165</sup>.

Não obstante todos os esforços em aumentar o número de leitos, a demanda continuava sendo maior que a capacidade do hospital. Segundo Duarte (2009), em 1959 o Colônia bateu seu recorde de internações: foram mais de 3.000 pessoas internadas ao longo daquele ano. Na época, utilizava-se o chamado leito-chão, que consistia em retirar as camas e dispor os colchões no chão, de modo que pudesse comportar mais pessoas. Isso demonstra uma prática assistencial pautada apenas na quantidade de leitos, sem aplicação de serviços extra-hospitalares e aumento no número de funcionários (DUARTE, 2009). Savassi (1990) afirma que na década de 1960, por exemplo, o hospital chegou a abrigar 4.817 pacientes, os quais eram assistidos por apenas 306 servidores.

Diante de tamanha demanda, o então governador de Minas Gerais, o barbacenense José Francisco Bias Fortes, autorizou o repasse de verbas para a construção de mais dois pavilhões – ambos no Departamento A. São eles: o pavilhão Crispim Jacques Bias Fortes<sup>166</sup> e o Dr. Austregésilo Ribeiro de Mendonça<sup>167</sup>, com capacidade total de 120 leitos, sendo o último destinado somente aos internos com tuberculose (DUARTE, 2009).

---

<sup>165</sup> 20 casas para funcionarios do Hospital Colônia. Jornal Cidade de Barbacena, 13 de setembro de 1953, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

<sup>166</sup> Natural de Barbacena, foi governador de Minas Gerais de 1890 a 1891, e de 1894 a 1898.

<sup>167</sup> Austregésilo Mendonça foi diretor da Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica da Secretaria de Saúde e Assistência, em 1951; chefe do Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica, em 1953; e era Secretário de Saúde quando da inauguração do pavilhão que leva seu nome.

**Figura 47 – Pavilhão Crispim Jacques Bias Fortes**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

**Figura 48 – Pavilhão Dr. Austregésilo Ribeiro de Mendonça**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão.

Segundo Savassi (1990), ainda na década de 1960, o hospital passou por uma série de melhoramentos: reforma das instalações elétricas nos Departamentos A e B, obras de captação de água, alargamento e construção de proteções laterais na ponte do Departamento A, construção de 480 metros de muro pré-fabricado, pavimentação nos pátios de vários pavilhões, construção de galpões e de um necrotério. Ainda hoje existe uma capela mortuária no CHPB (foto abaixo), porém seus traços arquitetônicos remetem ao início do século XX, o que não me deixa segura em afirmar que ela possa ter sido o dito necrotério.

**Figura 49 – Capela mortuária do Hospital Colônia de Barbacena**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

Além disso, o pesquisador Edson Brandão<sup>168</sup> afirma que, quando da fundação do Hospital Colônia, a ele foi acoplado um cemitério: o Cemitério do Cascalho, hoje desativado e denominado Cemitério da Paz. Com a existência de um cemitério desde os primeiros anos de funcionamento da instituição, é provável que houvesse também uma capela mortuária. Acredito que isso seja muito representativo da expectativa que a instituição tinha na época: de que a morte era uma possibilidade concreta, assim como o abandono por parte dos familiares; pois, somente os indigentes cuja família não ia recolher o corpo é que eram encaminhados ao cemitério da instituição.

---

<sup>168</sup> Fala do pesquisador Edson Brandão presente no documentário *Holocausto Brasileiro*, de 2016.



No Cemitério da Paz chama a atenção como é negado ao paciente sua condição de sujeito mesmo no *pos-mortem*. Com pouquíssimas exceções, nos túmulos constam apenas placas com numerações, sem qualquer indício de identificação ou mesmo lembrança da pessoa ali sepultada. Não há lápides, estatuetas, flores ou qualquer outra coisa que contraste com aquela imensidão de concreto cinza. O cemitério, com sua paisagem monótona e sem cor, parece uma extensão dos pátios dos pavilhões do hospital.

Cabe ainda ressaltar, que durante o aumento gradativo de mortes no hospital, várias pessoas eram enterradas juntas, sem caixão, cobertas apenas por uma lona. O ex-diretor do hospital, o psiquiatra Jairo Toledo<sup>169</sup>, afirma que é possível haver pessoas enterradas em cada metro quadrado daquele cemitério, de modo que adentrar aquele lugar é caminhar sobre ossos. E o corpo que durante toda a vida ficou vulnerável à diversas formas de violação, por vezes continua sendo violado no *pos-mortem*. Chocou-me observar túmulos quebrados, expondo ossadas, e fragmentos de ossos, ou melhor, de pessoas, espalhados pela superfície do terreno.

Além de todas as edificações apresentadas até aqui, Moretzsohn (1989) e Savassi (1991) citam, ainda, a existência de um pavilhão chamado Joaquim Dutra, cuja data de inauguração não é especificada pelos autores. Atualmente, no CHPB, seu centro administrativo é denominado Dr. Joaquim Dutra. Porém, essa edificação é a mesma do pavilhão Crispim Jacques. É possível que sejam edificações distintas, mas que foram construídas de forma contínua; no entanto, não encontrei evidências que sustentem essa hipótese.

**Figura 52 – Centro administrativo Dr. Joaquim Dutra do CHPB**

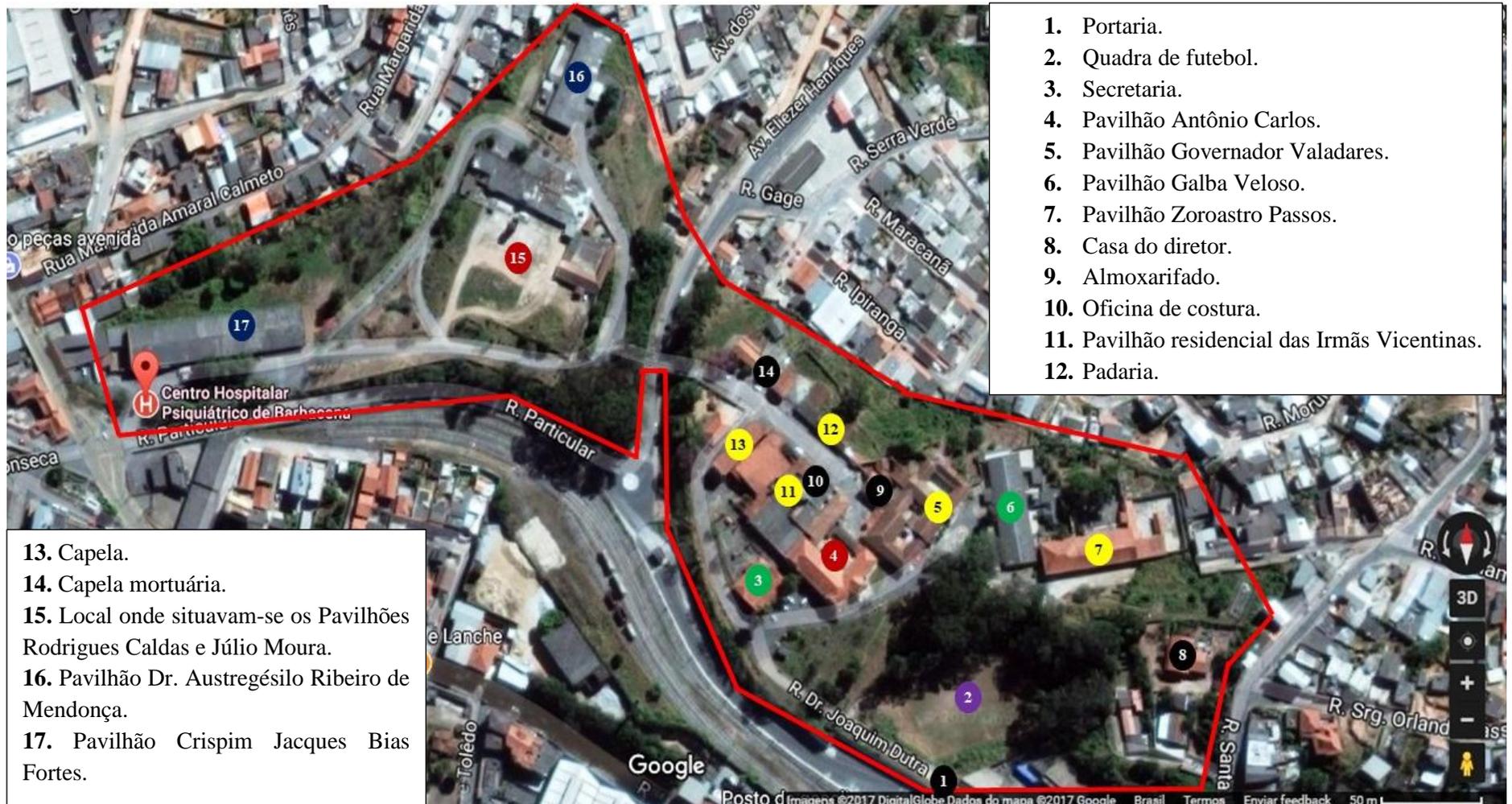


Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

Por fim, para melhor compreender a disposição das edificações apresentadas vejamos os mapas abaixo, começando pelo Departamento A do hospital.

<sup>169</sup> Fala de Jairo Toledo presente no documentário *Holocausto Brasileiro*, de 2016.

**Figura 53 – Departamento A do Hospital Colônia**



Fonte: Adaptado de Google Maps (2020a).

**Quadro 1** – Legendas das cores da Figura 53

<b>Década</b>	<b>Edificação</b>	<b>Ano de inauguração</b>
1900	Pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio Moura	Sem data precisa
	Pavilhão Antônio Carlos	Sem data precisa
1930	Capela	1930
	Pavilhão residencial das Irmãs Vicentinas.	1930
	Padaria	1930
	Pavilhão Zoroastro Passos	1934
	Pavilhão Governador Valadares	Sem data precisa
1950	Secretaria	1957
	Pavilhão Galba Veloso	Sem data precisa
1960	Pavilhão Dr. Austregésilo Ribeiro de Mendonça	1960
	Pavilhão Crispim Jacques Bias Fortes	1960
1970	Quadra de futebol	Sem data precisa
Sem data precisa	Portaria	-
	Casa do diretor	-
	Almoxarifado	-
	Oficina de costura	-
	Capela mortuária	-

Fonte: Elaboração própria.

É evidente que o hospital possuía (e ainda possui) mais edificações que aquelas que apresentei ao longo desse tópico. No entanto, foram somente estas que consegui situar dentro do recorte temporal deste trabalho: 1903 a 1960.

No mapa acima apresento dois itens dos quais ainda não comentei: a casa do diretor (nº 8) e o campo de futebol (nº 2). Não consegui identificar a data de construção da casa do diretor, e a única informação sobre ela, coletada através de conversas informais com ex-funcionários, é de que após um período de abandono foi adaptada para ser uma escola destinada às e aos pacientes, e hoje já não pertence a instituição. Nota-se que ela está localizada um pouco afastada dos pavilhões, o que sugere que, embora o diretor residesse do hospital e estivesse a postos para eventuais emergências, ele mantinha um certo afastamento das áreas habitadas pelas pacientes, podendo garantir alguma privacidade a partir do momento em que adentrava a casa.

Pensando na espacialidade desse Departamento, a localização dessa casa, afastada do aglomerado de pavilhões, talvez demarcasse materialmente a área pertencente à direção, o topo da hierarquia social presente no hospital, e a área pertencente às pacientes e às funcionárias/os mais diretamente ligadas/os ao dia a dia daquelas pessoas: enfermeiras/os, auxiliares, cozinheiras/os, guardas, etc. Embora muito próximas/os das/os pacientes, estas/es profissionais tiveram seus próprios espaços delimitados no interior dos pavilhões, conforme veremos a frente. No entanto, esses espaços estavam muito mais atrelados ao serviço que prestavam, possibilitando que mantivessem controle sob o que acontecia nos pavilhões, do que uma representação de distinção perante ao grupo de pacientes.

Também afastado dos pavilhões está o campo de futebol. Esse espaço foi citado por muitos ex-internos e uma ex-funcionária durante as conversas que tivemos. Não é possível precisar quando exatamente o campo foi construído; porém, em todas as falas ele está atrelado a figura de José Manuel de Rosa Lucinda: gerente administrativo do hospital durante a década de 1970. Luiza<sup>170</sup>, que era funcionária do hospital naquele período, afirma que Manuel implantou muitas mudanças positivas: contratou enfermeiras e assistentes sociais (profissionais com formação, diferente daquelas que até então atuavam no hospital); terceirizou o serviço de limpeza; criou o baile às quartas-feiras, a fim de proporcionar algum lazer às e aos pacientes; organizou campeonatos de futebol dos funcionários, os quais eram assistidos pelas/os internas/os que ficavam na torcida; dentre outros feitos. No entanto, esse mesmo Manuel é aquele citado por Sueli em sua canção – apresentada no capítulo anterior. Ali, o gerente é cobrado pela paciente para que resolvesse a péssima condição em que vivia: trancada em um pavilhão e recebendo comida da pior qualidade. No livro *Holocausto Brasileiro*, Arbex (2013) informa que Manuel foi um dos gerentes linha-dura do hospital nos anos 70.

É importante ressaltar que Manuel foi sucessor de Gil Peixoto: um coronel reformado do Exército, e também bioquímico, que foi nomeado diretor geral do hospital em 1968. Contudo, os médicos da instituição não concordaram com a nomeação, de modo que após muitas reivindicações Peixoto foi relocado para o cargo de diretor administrativo. Segundo Luiza, a gestão de Peixoto foi marcada por desvio de verbas, precarização dos serviços prestados e atraso no pagamentos das/os funcionárias/os. Luiza recorda que foi somente a partir da administração de Manuel que ela e seus colegas receberam condições dignas de trabalho.

Algumas ex-internas/os também recordam com carinho da época de Manuel, dos bailes promovidos e dos passos que arriscavam nas danças, e também das partidas de futebol. Embora

---

<sup>170</sup> Nome fictício adotado para preservar a identidade da pessoa entrevistada. Entrevista realizada em novembro de 2017.

Luiza tenha ressaltado apenas o campeonato dos funcionários, dirigindo às e aos pacientes o papel de simples expectadores, Sérgio<sup>171</sup> me contou das partidas que jogou contra os funcionários. O campo de futebol, espaço que inspira disputa e rivalidade entre times, onde o frequente contato físico por vezes resulta em agressões, pode ter adquirido no hospital nuances tão ambíguas quanto a própria figura de Manuel. É possível que ali tenha sido o local onde pacientes encontraram brechas para disputar um lugar de poder com funcionários, para se vingar de desafetos por meio da vitória na partida, ou ainda tenha sido o espaço com maior aproximação e trocas entre os grupos de pacientes e funcionários – assim como ocorria nos bailes –, cuja vivência dentro da rotina institucional era pautada em relações de poder. Cabe pontuar, porém, que as/os funcionárias/os participantes de tais eventos eram enfermeiras/os, técnicas/os de enfermagem, auxiliares. Os médicos, ocupantes de um dos lugares mais altos da pirâmide social do hospital, não se inseriam nessas confraternizações – ao menos sua presença não foi citada pelos meus interlocutores.

Além disso, a localização da quadra de futebol tão próxima a portaria e afastada dos pavilhões, sinaliza uma sutil quebra na lógica institucional marcada pelo controle e confinamento. Dentro daquele contexto, é provável que a quadra fosse o espaço permitido para exercer experiências de liberdade e descontração – ainda que envoltas dos limites territoriais do hospital. Considero sintomática sua proximidade com a portaria, demonstrando que a liberdade vigiada vivenciada na partida estava a um passo de uma possível liberdade não vigiada, fora daqueles muros.

Agora vamos situar as edificações do Departamento B observando o mapa a seguir:

---

<sup>171</sup> Nome fictício adotado para preservar a identidade da pessoa entrevistada. Entrevista realizada em novembro de 2017.

Figura 54 – Departamento B do Hospital Colônia



Fonte: Adaptado de Google Earth (2020b)

**Quadro 2** – Legendas das cores da Figura 54

<b>Década</b>	<b>Edificação</b>	<b>Ano de inauguração</b>
1920	Portaria	1922
	Pavilhão Afonso Pena	1922
	Pavilhão Arthur Bernardes	1922
1930	Pavilhão Noraldino Lima	1934
1950	Pavilhão Baeta Viana	1951
	Pavilhão Milton Campos	1951
	Casas para funcionários	1953
Sem data precisa	Olarias	-

Fonte: Elaboração própria.

Conforme já foi explicitado, o Departamento B foi construído para ser a colônia anexa ao hospital. Em uma planta-baixa<sup>172</sup> sem data do terreno desse departamento, consta que sua área era de 3.048.383,90m<sup>2</sup>. Tratava-se de uma localização privilegiada, com lagos e córregos que cortavam o terreno e favoreciam o abastecimento de água da instituição – mas que atualmente já não existem. Em conversas informais com moradores de Barbacena, era comum algumas pessoas relatarem que, quando criança, costumavam adentrar o terreno do Colônia para tomar banho no lago ou pegar frutas em seu vasto pomar. Considero curiosa essa relação da população barbacenense com o hospital, que era marcada pelo medo, pela curiosidade e também por agradáveis memórias da infância.

Houve pessoas que disseram que tinham medo dos pacientes do Colônia, que os via gritando e semi nus através das grades que cercavam o terreno da instituição; ou que temiam se deparar com algum paciente fugitivo no quintal de casa (algo que eventualmente ocorria com quem morava nas proximidades do hospital). Outras pessoas, porém, relataram a curiosidade que tinham em relação aos pacientes, em saber porque eram ou agiam daquela forma, se seria

<sup>172</sup> Hospital Colônia de Barbacena. Setor Masculino. Limites e Confrontações. Arquivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

Infelizmente não foi possível apresentar uma reprodução dessa planta-baixa. Durante meu trabalho de campo, não fui autorizada a retirar qualquer documento do Arquivo do CHPB para realizar cópias. Portanto, tive de tirar fotos de todas as plantas-baixa e, a partir disso, fazer a reprodução de seus desenhos para aplicar minha metodologia de análise e apresentá-las neste trabalho. Algumas fotos, porém, foram impraticáveis, haja vista certas plantas terem mais de um metro de comprimento e a câmera não conseguir capturar nitidamente todos os detalhes – que foi o caso da planta-baixa do terreno do Departamento B.

possível morrer “de loucura”. E por fim, conheci quem travou uma relação não com os pacientes, mas com o terreno do Colônia, adentrando-o às escondidas para usufruir de seus recursos naturais e criando memórias afetuosas dessas aventuras infantis.

Independente da forma como aquelas pessoas se relacionaram com o hospital e seus habitantes, fica evidente como enxergavam aquela alteridade como demasiada distante de sua realidade. Algumas vezes essa leitura do outro estava perpassada por uma visão animalésca acerca do louco, que o via não apenas como uma pessoa desprovida de razão, mas também como um ser perigoso ou grotesco. Em outro momento, aquele outro era visto como exótico e, ainda assim, parecia não ser dotado de humanidade através dessa lente. Numa outra percepção, o outro estava tão distante que sequer era visto, tão segregado encontrava-se da sociedade.

Ainda na planta-baixa do terreno, consta a existência de duas olarias. Não tenho certeza se ambas efetivamente pertenciam ao hospital, haja vista que nos relatos de ex-internos e ex-funcionários é mencionada apenas uma olaria. Além disso, essa planta apresenta ainda o Parque de Exposição e seu respectivo estacionamento que, embora não pertencesse à instituição, foi construído em parte de seu antigo terreno. Diante disso, podemos deduzir que algumas edificações presentes no documento já faziam parte do processo de loteamento do hospital. Por outro lado, os galpões onde funcionavam a ferraria e a fábrica de camas, por exemplo, não foram representados nessa planta-baixa.

Partindo do que é apresentado na planta-baixa do Departamento B, foi possível fazer uma delimitação aproximada do seu terreno no Google Earth, o qual apresento no mapa abaixo juntamente com a delimitação do Departamento A e do cemitério institucional. Desse modo, conseguimos visualizar o Hospital Colônia em sua totalidade.

Figura 55 – Hospital Colônia de Barbacena



Fonte: Adaptado de Google Earth (2020b).

Todas as obras e processo de expansão do Hospital Colônia, não foram capazes, porém, de oferecer um ambiente adequado ao tratamento dos pacientes, cujo número continuou aumentando ao longo da década de 1960. Apenas um ano após a inauguração dos pavilhões Crispim Jacques e Dr. Austregésilo Mendonça, reportagens nos jornais *Diário da Tarde* e *Estado de Minas* escancaram de forma dramática aquilo que até então estava longe dos olhos da sociedade: o estado deplorável do hospital, onde viviam “na mais extrema miséria”<sup>173</sup> cerca de 5 mil pacientes. O próprio Secretário de Saúde, Roberto Resende, afirmou ter autorizado o jornal a ir até o hospital ciente do que iriam encontrar. Mesmo assim, segundo Resende, “o repórter não conseguiu ainda descrever o quadro total do H. C. B. Foi um dos mais revoltantes e dramaticos que já vi. É degradante à dignidade humana o que se vê no Hospital”<sup>174</sup>.

<sup>173</sup> Barbacena: dramática situação no Hospital Colonia. Jornal Estado de Minas, 15 de abril de 1961, p. 1. Hemeroteca Histórica. Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais.

<sup>174</sup> DT reúne psiquiatras na Associação Médica. Escandalo de Barbacena foi Mesa-Redonda: Exito total. Jornal Diário da Tarde, 19 de abril de 1961, p. 10. Hemeroteca Histórica. Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais.

O grande escândalo que era o Hospital Colônia se fez presente também na revista *O Cruzeiro*, em 1961; na série de reportagens de Hiram Firmino intitulada *Nos porões da loucura*, publicada em 1979 no jornal *Estado de Minas*; e no documentário *Em nome da razão*, de Helvécio Ratton, também lançado em 1979. Foi o incômodo gerado por tais exposições que mobilizou a opinião pública a pressionar o Estado cobrando mudanças. A própria classe médica, inspirada por Basaglia, também organizou o movimento que levou ao Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, em 1980.

Nesta pesquisa, meu recorte temporal vai até a década de 1960 – período em que foram construídos os últimos pavilhões do antigo modelo assistencial do Hospital Colônia. A seguir, irei explanar como será realizada a análise e leitura das edificações que acabamos de percorrer na grande estratigrafia desse sítio.

## 4.2 Lendo paredes e espaços

Ao realizar a leitura e análise de edificações, um dos grandes desafios consiste em compreender como o material e o social interagem, haja vista que tanto a ação do espaço construído quanto a ação das pessoas são importantes no funcionamento das instituições e, desse modo, fundamentais para o seu entendimento.

Gieryn (2002) oferece alguns caminhos interessantes para apreendermos a interação entre o social e os espaços construídos. Segundo o sociólogo, primeiramente é importante estar ciente da natureza heterogênea do *design* de uma edificação. O *design* envolve “tanto o planejamento de coisas materiais quanto a resolução de interesses sociais por vezes conflitantes”<sup>175</sup> (GIERYN, 2002, p. 41-42). Ou seja, a disposição das paredes e colunas de uma edificação é planejada para sustentá-la, mas também moldam o espaço conforme as necessidades de seus proprietários ou ocupantes.

Uma vez materializado o projeto desenhado, tem-se como resultado uma “caixa preta”. Gieryn (2002) explica que a partir das negociações conflitantes entre agentes sociais e materiais, apenas um *design* particular é construído. Conforme suas palavras, “muitas possibilidades se tornam uma realidade”<sup>176</sup> (GIERYN, 2002, p. 43). Essa “caixa preta”, que nada mais é que a concretização final do *design*, é capaz de conduzir a ação humana de uma maneira que os agentes sociais nem sempre conseguem controlar ou apreender – sem que seja necessário

---

<sup>175</sup> Tradução livre do original.

<sup>176</sup> Tradução livre do original.

invocar qualquer tipo de sciência. Segundo Longhurst (2011, p. 29), esse aspecto dá à edificação a capacidade de ser um “agente inconsciente”.

No entanto, diante de certas barreiras ou inconvenientes que a edificação estabelece, as pessoas reivindicam para si a agência de remodelar o espaço, incutindo-lhe novos interesses. Esta reconfiguração pode se dá tanto discursivamente, alterando os significados materializados na edificação, como materialmente, alterando sua configuração espacial. Desse modo, “a caixa preta é aberta e o artefato é materialmente refeito – ou destruído, possivelmente abandonado em um monte de lixo”<sup>177</sup> (GIERYN, 2002, p. 45).

Portanto, a grande contribuição de Gieryn (2002) é mostrar que a interação entre as pessoas e os ambientes construídos se dá continuamente: desde a criação do *design* até seu envolvimento com a espacialidade e suas eventuais restrições, e continua durante os esforços posteriores em mitigar tais efeitos. Além disso, a atuação dos ambientes construídos se dá não apenas conforme o que foi planejado pelas pessoas, mas também ocorre separadamente.

Até aqui já compreendemos que as edificações são superartefatos que apresentam discursos os mais diversos e inter(agem) continuamente com o mundo social. Mas, na prática, como é possível analisá-las?

Uma das ferramentas metodológicas que permite a leitura e análise de edificações é o *modelo gamma*, de Hillier e Hanson (1984). No final da década de 1970 e início da década de 1980, os professores de Arquitetura Bill Hillier, Julienne Hanson e seus colegas da University College London propuseram uma tese chamada *Sintaxe espacial*. Trata-se de um conjunto de teorias e técnicas de análise da configuração espacial do ambiente construído ou projetado, que foi concebido como uma ferramenta para auxiliar planejadores urbanos a simular os possíveis efeitos sociais de seus projetos. Entre os métodos propostos por Hillier e Hanson (1984) e que compõem a Sintaxe espacial está o modelo gamma, o qual foca na permeabilidade das construções, isto é, tenta compreender como são os acessos e movimentação em seu interior. Desse modo, podemos verificar se a configuração espacial de uma estrutura arquitetônica é *distributiva* (seus acessos se dão por mais de uma via) ou *não-distributiva* (os acessos ocorrem por uma via apenas). O resultado que obtemos por meio do modelo gamma é um *gráfico espacial* (figura abaixo) no qual os círculos (ou nós) representam espaços/cômodos, e as linhas que ligam cada círculo representam os acessos (ou entradas).

Essa metodologia foi aplicada de forma pioneira na Arqueologia por Richard Blanton (1994), que realizou um estudo comparativo do tipo *cross-cultural*<sup>178</sup> entre diferentes unidades

---

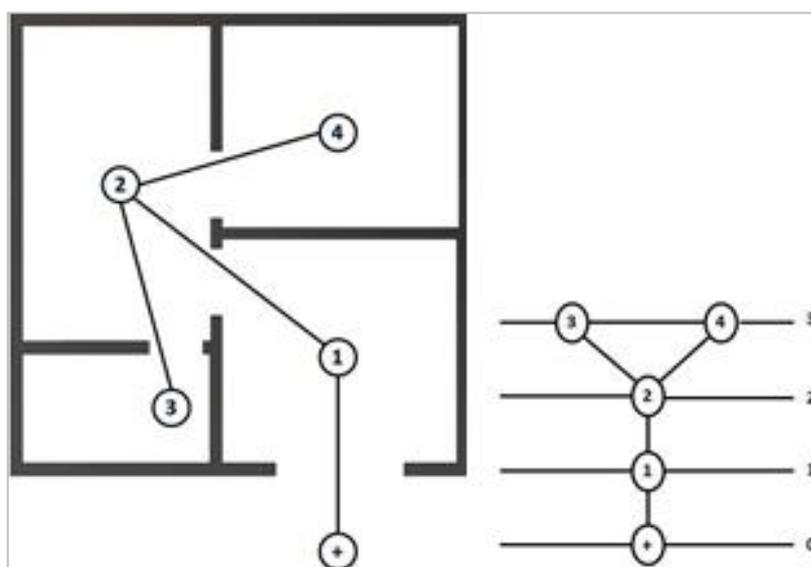
<sup>177</sup> Tradução livre do original.

<sup>178</sup> Isto é, um estudo comparativo em vários campos de análise cultural.

domésticas de várias partes do mundo. No entanto, a fim de aperfeiçoar sua análise comparativa, Blanton (1994) incrementou ao modelo gamma uma série de cálculos decorrentes do que ele chamou de *medidas de escala, integração e complexidade*. A **medida de escala** consiste no número de nós presentes no gráfico, ou seja, é a quantidade de espaços existentes em uma estrutura arquitetônica. Blanton (1994) considera também os espaços de transição, tais como escadas, pois permitem tanto manter a privacidade quanto separar funções em áreas específicas, e estes são aspectos importantes de se considerar durante a leitura da espacialidade arquitetônica.

Vejam os exemplos abaixo para melhor visualizar o que foi dito. Cada espaço (ou cômodo) da planta baixa é representado por um nó, cujo gráfico fica conforme mostrado ao lado da planta. Neste caso, então, a medida de escala é 4.

**Figura 56 – Exemplo de como aplicar o modelo gamma na planta baixa de uma edificação, e o gráfico resultante desse processo**



Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2015.

A **medida de integração** diz respeito ao grau de ligação entre esses nós, isto é, refere-se ao grau de circulação entre os espaços e está relacionado à ideia de espaços distributivos e não-distributivos apresentada por Hillier e Hanson (1984). Logo, o índice de integração implica nas interações sociais e na privacidade dos espaços, haja vista que uma construção com pouco grau de circulação controla e reduz certos encontros ou mesmo tempo em que permite maior privacidade. Conforme proposto por Blanton (1994), obtém-se esse índice por meio da divisão entre a quantidade de nós e a quantidade de conexões. No entanto, isto sempre produz resultados a partir de -1 (0,56, por exemplo), de modo que -1 é a quantidade mínima de conexão. Aqui,

optei pela adaptação de Zarankin (2002), o qual inverte o cálculo e divide a quantidade de conexões pela quantidade de nós. Dessa maneira, o número mínimo de conexões será sempre 1, o que implica em dizer que cada cômodo tem pelo menos um acesso. Então, quanto maior a medida de integração, mais distributiva é a disposição espacial e, por conseguinte, menos restrições de circulação são impostas. Seguindo esta lógica, penso que o desenvolvimento e entendimento da análise tornam-se mais fluidos.

Tomando a nossa planta exemplo temos, então:

$$\text{medida de integração} = \frac{4}{4} = 1$$

Isso significa que se trata de uma estrutura não-distributiva, haja vista não haver opções de circulação, conforme aponta sua medida de integração – cujo valor é o mínimo possível de ser obtido.

Por fim, temos a **medida de complexidade**, que “se refere à variação no uso dos espaços (...) ou o grau em que atividades são arquitetonicamente divididas”<sup>179</sup> (BLANTON, 1994, p. 33). Quando não há informações acerca da funcionalidade dos espaços, é possível, segundo Blanton (1994), realizar um cálculo baseado no grau de acessibilidade e hierarquia de cada um desses espaços, isto é, a distância de um determinado espaço em relação a parte externa da edificação. Dessa maneira, dividindo o grau de acessibilidade com a medida de escala, chega-se à média de espaços que são necessários atravessar para sair do prédio.

Ainda utilizando nosso exemplo, podemos executar esse cálculo da seguinte forma:

**Tabela 1 – Dados para o cálculo da medida de complexidade da Figura 56**

Nós	Grau de acessibilidade
1	1
2	2
3	3
4	3
<b>Total</b>	9

Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2015.

$$\text{medida de complexidade} = \frac{9}{4} = 2,25$$

<sup>179</sup> Tradução livre do original.

Vemos, então, que é necessário atravessar uma média de dois cômodos para se chegar à parte externa da edificação.

O trabalho de Blanton (1994) inspirou as pesquisas de Zarankin (2002, 2008), que se tornou um expoente nos estudos de Arqueologia da Arquitetura na América Latina e referência para as pesquisas desenvolvidas no Brasil, conforme observamos em: Stanchi (2008), Correia (2014), Lopes (2017), Seabra (2019), e ainda em minha dissertação de mestrado e nesta tese. Segundo Zarankin (2002), a grande contribuição de Blanton (1994) é que sua metodologia de análise permite comparar diferentes unidades arquitetônicas, simplificando, e ao mesmo tempo maximizando, as informações do modelo gamma. Dessa maneira, mesclando as propostas de análise de Blanton (1994) e de Hillier e Hanson (1984), é possível fazer uma leitura comparativa que seja, ao mesmo tempo, quantitativa e qualitativa entre diferentes estruturas arquitetônicas.

A proposta dessa metodologia não é apenas quantificar as dimensões distributivas e não-distributivas por meio de equações ou axiomas matemáticos. Sua finalidade é captar diferenças e semelhanças entre as formas espaciais, bem como as experiências possíveis nesse espaço, haja vista que a relação entre espaço e sociedade é dialética: ao mesmo tempo em que a organização espacial se dá por conta de transformações sociais, assumindo novos limites e caminhos à medida que surgem novas emergências sociais, políticas e econômicas, a própria sociedade assume determinada forma espacial, uma vez que organiza as pessoas no espaço engendrando movimentos, encontros e desencontros de tal maneira que adquire certo padrão compartilhado culturalmente.

Embora pareça determinista, essa metodologia não deve ser usada como um fim em si mesma. Ela tem o potencial de nos fazer decodificar discursos de controle e poder através de seus gráficos e cálculos. Afinal, profundidade do espaço e áreas panópticas<sup>180</sup> contribuem para a manutenção das relações de poder, formando assim interfaces de controle entre as pessoas, e entre elas e os objetos distribuídos no espaço. Ainda que tais relações se façam presente constantemente no espaço onde estamos inseridos, sua subversão é absolutamente possível através de maneiras alternativas de manipular e experimentar o mesmo espaço (MARKUS,

---

<sup>180</sup> No final do século XVIII o filósofo e jurista inglês Bentham concebeu pela primeira vez a ideia do panóptico. Para isto, ele estudou o sistema penitenciário e criou um projeto de prisão circular, onde um observador central poderia ver todos os presos. Bentham também sugeriu que este mesmo projeto de prisão poderia ser utilizado em escolas e no trabalho, como meio de tornar mais eficiente o funcionamento desses locais. Foi neste período da história que, segundo Foucault (2013), iniciou-se um processo de disseminação sistemática de dispositivos disciplinares, a exemplo do panóptico: um conjunto de dispositivos que permitiria uma vigilância e um controle social cada vez mais eficiente. Desse modo, uma arquitetura panóptica contribui para colocar os sujeitos em evidência dentro do sistema de vigilância e, uma vez ciente disto, estes interiorizam a disciplina de maneira tal que o poder exercido sob seus corpos é garantido e mantido de forma automática – tornando-os, assim, corpos dóceis e mantenedores do poder.

1993). Além disso, o modelo gamma serve como um ponto de partida para que, somada com as demais fontes compiladas nessa pesquisa, seja possível gerar interpretações sobre as relações entre o mundo material e o social: como o âmbito social constituiu o Hospital Colônia, como a materialidade desta instituição agiu na vida das pessoas internadas e no sucesso (ou não) da assistência e tratamento esperados naquele contexto.

Outro ponto que também deve ser considerado é que o material e o social mudam ao longo do tempo e em ritmos diferentes: enquanto a natureza social é muito mais dinâmica, a natureza material tende a ser mais estática. Não quero dizer com isto que as coisas materiais não mudam; afinal, os próprios pavilhões do Hospital Colônia sofreram mudanças estruturais ao longo dos anos, e continuam em transformação. Acontece apenas que no caso do espaço edificado, mudanças requerem custos, planejamento, negociações, de modo que tendem a ser mais inertes ou pouco mudar ao longo do tempo. Longhurst (2011), por exemplo, levanta o questionamento de que “a instituição mental pode muito bem se alinhar com a ideologia no momento de sua construção (...), mas isso não leva em conta o que acontece quando essa ideologia muda e os edifícios não”<sup>181</sup> (LONGHURST, 2011, p. 20).

A seguir irei aplicar o modelo gamma em alguns dos pavilhões do Hospital Colônia, a fim de realizar uma leitura de sua espacialidade e também discutir de que forma ela dialoga com as políticas públicas de assistência aos doentes mentais então vigentes. Dentre os vários pavilhões do Colônia, selecionei exemplares de cada década: os pavilhões Rodrigues Caldas, Júlio Moura e Antônio Carlos, da década de 1900; pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes, de 1920; pavilhões Governador Valadares e Noraldino Lima, de 1930; e pavilhão Galba Veloso, que julgo ser da década de 1950. Os pavilhões da década de 1960 foram excluídos dessa análise porque não encontrei plantas-baixa referentes a seu período mais antigo. Achei apenas duas plantas do pavilhão Crispim Jacques, referentes a reformas da década 1990, e que o liga ao Centro Administrativo Dr. Joaquim Dutra. Diante da impossibilidade de ter certeza se ambos sempre foram uma única e mesma estrutura, optei por não analisar esse documento. Quanto ao pavilhão Austregésilo Mendonça, não encontrei sua planta-baixa.

### **4.3 Adentrando corredores**

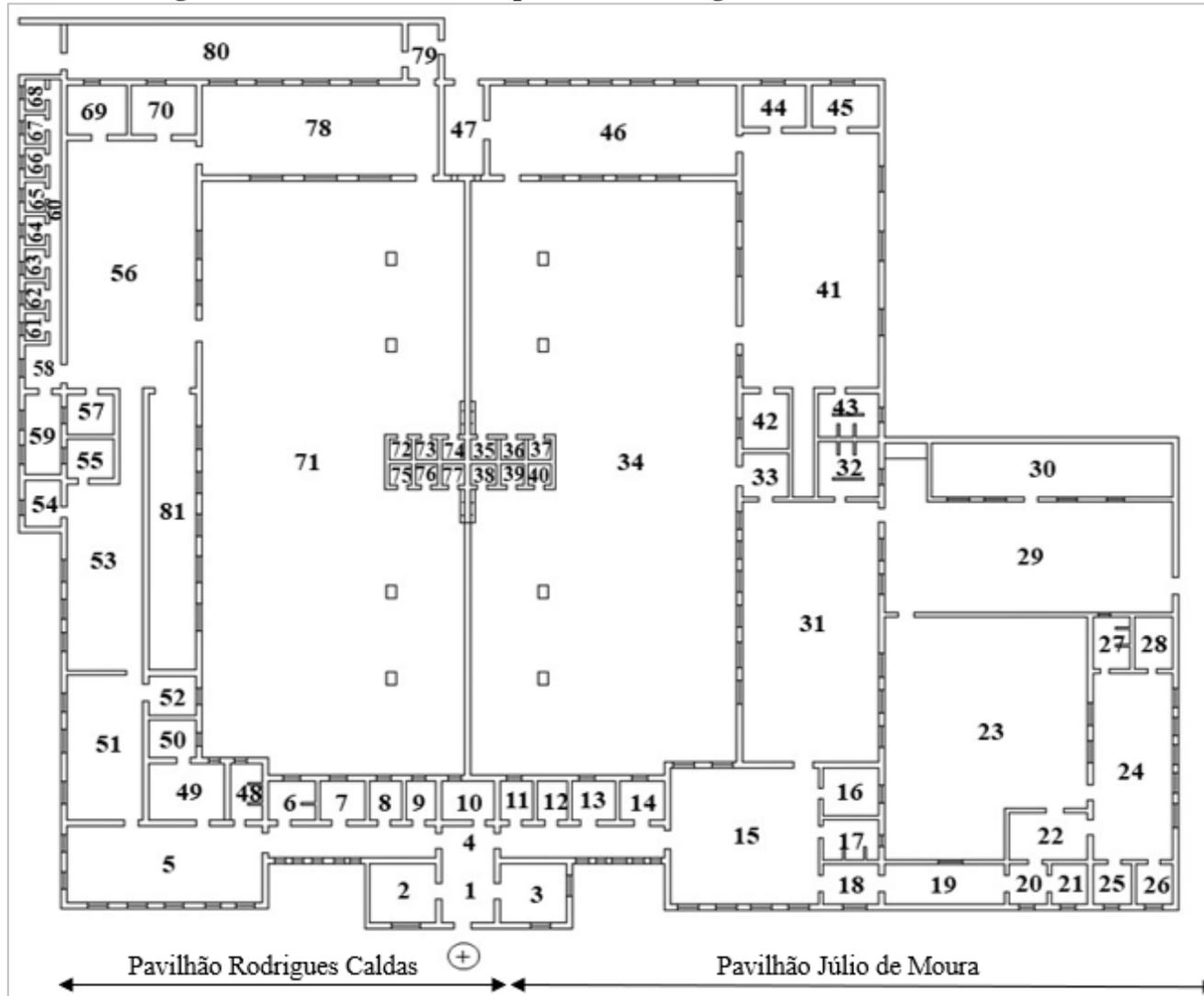
#### **4.3.1 Pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura**

---

<sup>181</sup> Tradução livre do original.

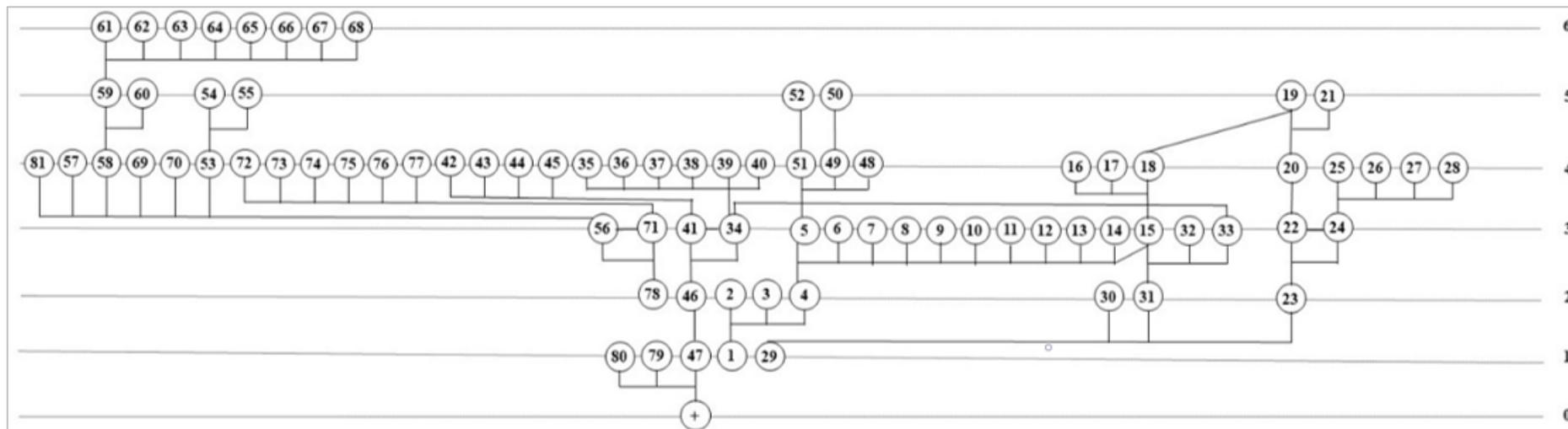
Conforme já foi explanado, trata-se de pavilhões que compunham o antigo Sanatório de Barbacena, haja vista que sua composição está de acordo com a descrição presente nas escrituras daquela instituição. Seguindo, essa hipótese, portanto, sua construção deve ter ocorrido nas últimas décadas do século XIX, uma vez que o Sanatório foi inaugurado em março de 1889. Rodrigues Caldas, que nomeou a porção oeste do complexo arquitetônico, foi um dos fundadores e diretor do Sanatório e, posteriormente, atuou como médico no Hospital Colônia. Também foi médico do Colônia Júlio de Moura, que nomeou o pavilhão a leste (MASSENA, 1985). Vejamos a seguir a planta baixa desses pavilhões, com os cômodos devidamente enumerados para a aplicação do modelo gamma, e o gráfico espacial deles resultante.

Figura 57 – Planta baixa dos pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura



Fonte: Arquivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, sem data. Desenho: Camila Fernandes, 2019.

Gráfico 4 – Gráfico espacial dos pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura

**Legendas:**

1. Sala.	14. Quarto.	27. W.C.	45. Banheiro.	58 a 68. W.C.
2. Sala.	15. Dormitório.	28. Quarto.	46. Refeitório.	69. Banheiro.
3. Sala.	16. Quarto.	29. Pátio	47. Copa.	70. Banheiro.
4. Corredor.	17. W.C.	30. Rouparia	48. W.C.	71. Pátio.
5. Dormitório.	18. COR.*	31. Dormitório.	49. Sala.	72 a 77. W.C.
6. W.C.	19. COR.	32. W.C.	50. Rouparia.	78. Refeitório.
7. Quarto.	20. Não identificado.	33. Quarto.	51. Dormitório.	79. Copa.
8. Quarto.	21. Quarto.	34. Pátio.	52. Não identificado.	80. Pátio.
9. Quarto.	22. Dormitório.	35 a 40. W.C.	53. Não identificado.	81. Não identificado
10. Banheiro.	23. Pátio.	41. Dormitório.	54. Quarto.	
11. Banheiro.	24. Dormitório.	42. Quarto.	55. Quarto.	
12. Quarto.	25. Quarto.	43. W.C.	56. Dormitório.	
13. Quarto.	26. Quarto.	44. Banheiro.	57. Quarto.	

\*Nota: Na planta baixa, esse cômodo e o seguinte estão identificados como “COR”. Acredito que a legenda se refira a “corredor”.

Fonte: Elaboração Própria. Juliana Brandão, 2020.

A partir da planta baixa e gráfico espacial, obtemos as seguintes medidas:

$$\text{medida de escala} = 81$$

$$\text{medida de integração} = \frac{88}{80} = 1,1$$

**Tabela 2 – Dados para o cálculo da medida de complexidade da Figura 57**

Nós	Grau de acessibilidade	Nós	Grau de acessibilidade	Nós	Grau de acessibilidade
1	1	31	2	61	6
2	2	32	3	62	6
3	2	33	3	63	6
4	2	34	3	64	6
5	3	35	4	65	6
6	3	36	4	66	6
7	3	37	4	67	6
8	3	38	4	68	6
9	3	39	4	69	4
10	3	40	4	70	4
11	3	41	3	71	3
12	3	42	4	72	4
13	3	43	4	73	4
14	3	44	4	74	4
15	3	45	4	75	4
16	4	46	2	76	4
17	4	47	1	77	4
18	4	48	4	78	2
19	5	49	4	79	1
20	4	50	5	80	1
21	5	51	4	81	4
22	3	52	5		
23	2	53	5		
24	3	54	5		
25	4	55	5		
26	4	56	3	<b>Total</b>	<b>298</b>
27	4	57	4		
28	4	58	4		
29	1	59	5		
30	2	60	5		

Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2020.

$$\text{medida de complexidade} = \frac{298}{80} = 3,7$$

Em formato quadrangular, os pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura formavam um complexo arquitetônico unido por uma única entrada principal. Sua planta-baixa, porém, aponta outros quatro acessos possíveis, localizados nos fundos e em uma das laterais. Tais entradas alternativas permitiam o acesso às copas (nó 47 e 79) e a dois pátios (nó 80 e 29), o que sugere que talvez tenham sido utilizadas por funcionárias/os.

A medida de integração (1,1) aponta-nos que esta edificação era não-distributiva; ou seja, havia poucas opções de circulação em seu interior, a qual era restrita aos corredores que se interligavam aos quartos, banheiros e dormitórios, que por sua vez conduziam aos pátios e refeitórios. A única forma de subverter esse fluxo de circulação se dava por meio das já mencionadas entradas alternativas, que além de ser em número reduzido, poderiam se restringir ao grupo de funcionárias/os.

A medida de complexidade (3,7) nos informa que talvez não fosse tão difícil sair da edificação, sendo necessário atravessar uma média de 3 cômodos. No entanto, a localização e uso dos cômodos, podem apontar para certo grau de controle em relação às pacientes. Atrelado aos dormitórios (nós 5, 15, 22, 24, 31, 41, 51 e 56) é possível observar a presença de pequenos quartos privativos distribuídos ao longo do corredor que dá acesso a alguns deles (caso dos quartos 7, 8, 9, 12, 13, 14 e 21) ou situados ao lado de outros dormitórios (conforme observamos nos quartos 16, 25, 26, 28, 33, 42, 54, 55 e 57). Provavelmente, esses quartos eram das/os enfermeiras/os e médicos plantonistas. Conforme vimos no capítulo anterior, a instituição chegou a adquirir mobília específica para o quarto do médico, e outros relatórios do início do século XX também apontam para a existências desses cômodos. Sua posição em relação aos dormitórios das pacientes parece estratégica, permitindo que as/os funcionárias/os estivessem sempre por perto. Dessa maneira, os dormitórios apresentavam-se como locais de grande exposição, onde facilmente se era observado. O mesmo se aplica aos pátios internos, cujos acessos necessariamente se davam a partir dos dormitórios ou refeitórios.

Outro aspecto possível de observar a partir da planta baixa é que os dormitórios eram amplos e com significativa quantidade de janelas – o que sugere boa iluminação nesses espaços. Pela ausência de divisórias, é provável que tais espaços tenham sido coletivos.

#### 4.3.2 Pavilhão Antônio Carlos

Assim como os pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura, o Antônio Carlos provavelmente deve ser uma edificação remanescente do antigo Sanatório de Barbacena e ficava localizado no Departamento A. Seu nome provavelmente homenageia o membro de um

dos clãs parentais da política barbacenense: Antônio Carlos Andrada. Em 1993, foi desativada nesse pavilhão a última cela que ainda existia no hospital – naquela época já denominado Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

A planta baixa mais antiga que encontrei no Antônio Carlos é datada de 1984. Ou seja, é muito provável que o prédio tenha sofrido algumas alterações até aquele momento, de modo que esta não seja sua configuração original. No entanto, este foi o único pavilhão em que pude transitar e observar vestígios de alterações construtivas<sup>182</sup>. Nesse exercício de observação, notei que houve momentos em que paredes foram construídas em cima do piso, dividindo as amplas enfermarias em cômodos menores, e posteriormente essas mesmas paredes foram demolidas, deixando seus traços pelo chão.

**Figura 58 – Vestígio de parede construída sobre o piso e posteriormente demolida**

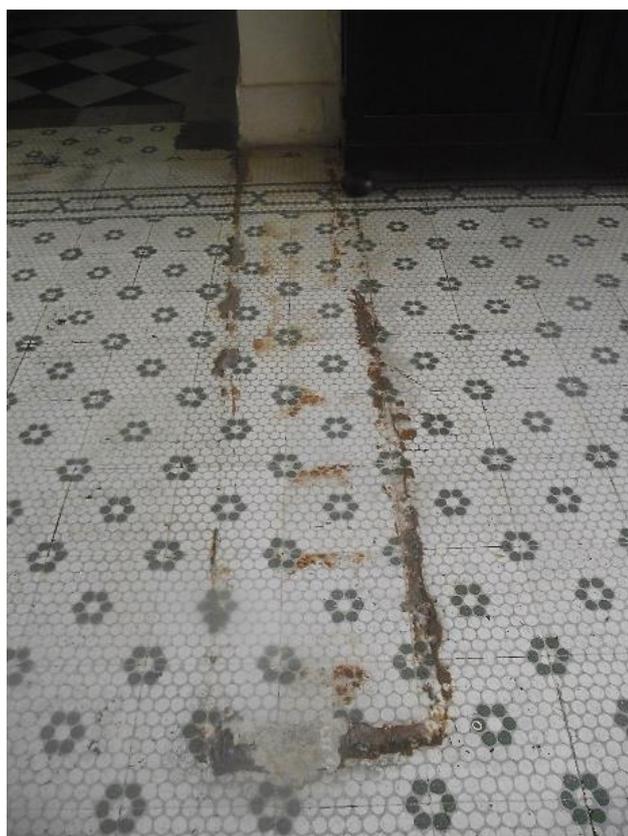


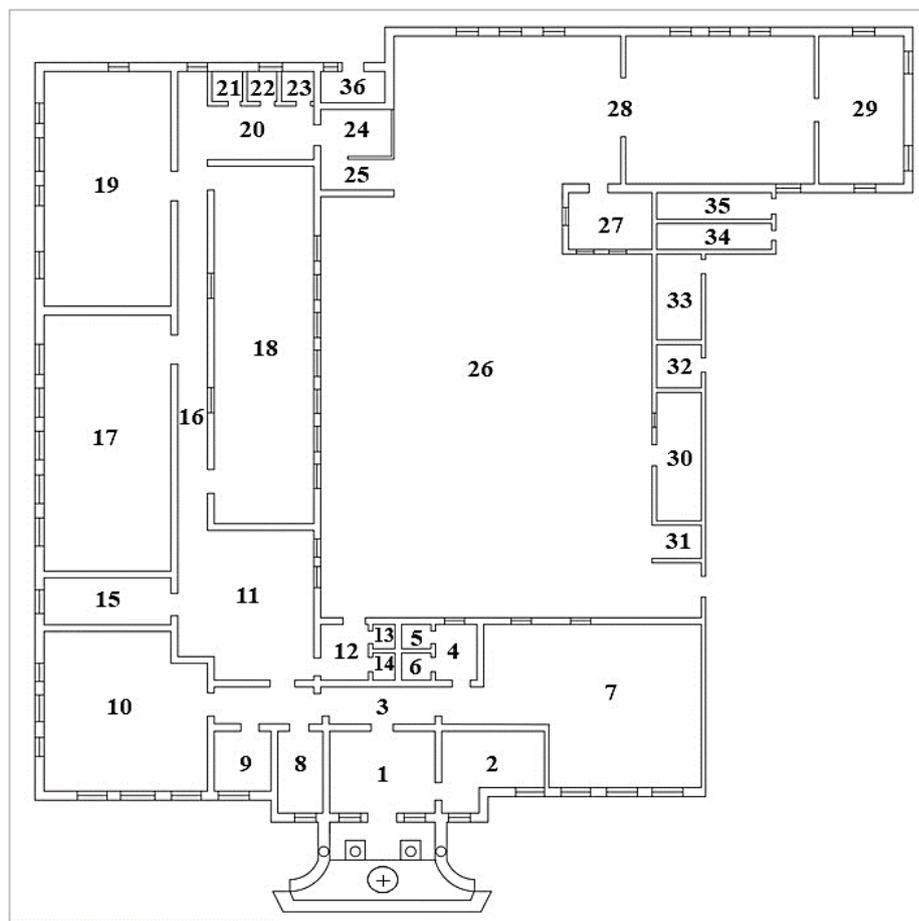
Foto: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

Considerando, então, os vestígios dessa espacialidade, é possível que a planta baixa a seguir seja muito próxima do que o prédio foi quando do início do funcionamento do Hospital Colônia.

---

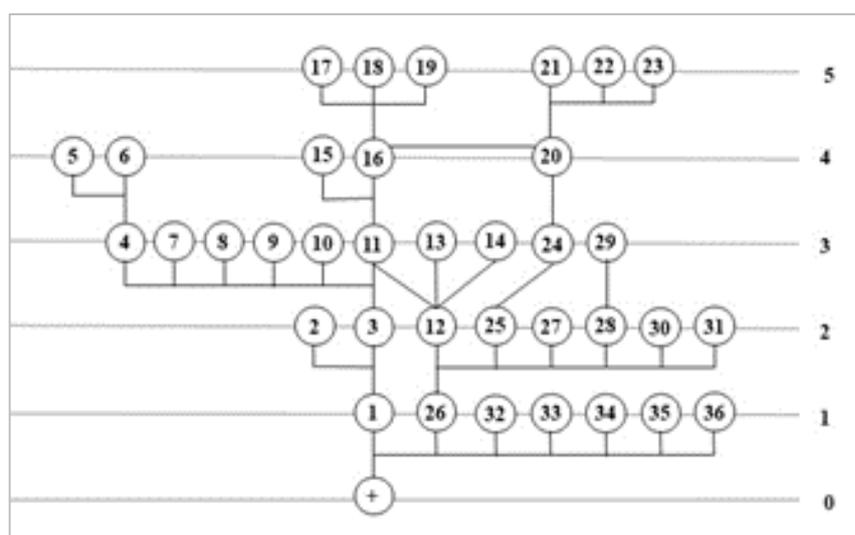
<sup>182</sup> Atualmente ele comporta a biblioteca do CHPB e um arquivo que guarda parte dos prontuários do antigo Hospital Colônia. Daí ser possível transitar nele.

**Figura 59 – Planta baixa do pavilhão Antônio Carlos**



Fonte: Arquivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, 1984. Desenho: Camila Fernandes, 2019.

**Gráfico 5 – Gráfico espacial do pavilhão Antônio Carlos**



Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2020.

**Legenda:**

1. Hall	11. Não identificado	25. Rampa
2. Rouparia	12 a 14. Banheiro	26. Pátio
3. Corredor	15. Consultório	27. Não identificado
4 a 6. Banheiro	16. Corredor	28. Refeitório
7. Enfermaria	17 a 19. Enfermaria	29. Copa
8. Não identificado	20. Corredor.	30 a 36. Não identificado
9. Não identificado	21 a 23. Banheiro	
10. Enfermaria	24. Não identificado	

A partir da planta baixa e gráfico acima apresentados, chegamos as seguintes medidas:

$$\text{medida de escala} = 36$$

$$\text{medida de integração} = \frac{38}{36} = 1,05$$

**Tabela 3 – Dados para o cálculo da medida de complexidade da Figura 59**

Nós	Grau de acessibilidade	Nós	Grau de acessibilidade
1	1	20	4
2	2	21	5
3	2	22	5
4	3	23	5
5	4	24	3
6	5	25	2
7	3	26	1
8	3	27	2
9	3	28	2
10	3	29	3
11	3	30	2
12	2	31	2
13	3	32	1
14	3	33	1
15	4	34	1
16	4	35	1
17	5	36	1
18	5	<b>Total</b>	<b>104</b>
19	5		

Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2020.

$$\text{medida de complexidade} = \frac{104}{36} = 2,8$$

A medida de integração (1,05) do pavilhão Antônio Carlos mostra-nos que se trata de uma edificação não-distributiva. De fato, a circulação no interior do pavilhão se dá através de

dois corredores principais (no gráfico, representados pelos nós 3 e 16), sendo, portanto, os locais com maior potencial de encontros entre as pessoas que habitavam e trabalhavam naquele pavilhão. É também a partir desses corredores que se acessavam as enfermarias: locais que serviam como dormitórios coletivos das pacientes. Sendo a única via de acesso às enfermarias, os corredores atuavam como áreas panópticas, a partir das quais era possível controlar a circulação de pessoas no interior do pavilhão, bem como a entrada e saída das enfermarias. O pátio interno também se mostra como local de controle, onde as pacientes eram facilmente observadas ao longo do dia.

No gráfico espacial podemos notar a presença de dois percursos possíveis de acesso e circulação no pavilhão: um cuja entrada se dá pela entrada principal (nós 1, 3, 11 e 16), e outro que se dá a partir do pátio (nós 26, 25, 24, 20 e 16). Tal como nos pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura, acredito que no Antônio Carlos a entrada pelo pátio talvez fosse permitida apenas às/aos funcionárias/os; sobretudo quando observamos que este é o acesso mais fácil ao refeitório e à copa.

É interessante observar que a pessoa que desenhou a planta baixa do Antônio Carlos optou por denominar enfermarias ao invés de dormitórios. Isso reforça a ideia de que as pessoas atendidas pelo hospital eram doentes em tratamento. Embora muitas pacientes tenham atravessado toda a vida entre aquelas paredes, habitando por anos aqueles espaços, a elas foi negado um lar, um quarto, algo que lembrasse uma casa. Naquele lugar imperava apenas a lógica hospitalar, com amplas e coletivas enfermarias. Nelas foram implantadas as janelas de vidro com armação de ferro em seu interior, o que reforçava a sensação de confinamento em um ambiente já facilmente controlável.

**Figura 60 – Detalhes da janela do pavilhão Antônio Carlos**



Fonte: Arquivo pessoal. Juliana Brandão, 2018.

#### 4.3.3 Pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes

Os pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes marcaram o início de uma nova etapa do hospital: a constituição de sua colônia anexa, com a aplicação da laborterapia voltada ao trabalho agropecuário. Essa colônia já era prevista desde o início da instituição, conforme consta em seu regulamento de 1903. Estudos de planejamento desse anexo se deram em 1906, quando o vice-diretor do hospital, Antonio Villela, elaborou um projeto de reorganização da Assistência a Alienados. Porém, o projeto só foi concretizado a partir da reforma dos serviços da Assistência a Alienados de Minas Gerais, com o Decreto nº 6169 de 1922, e a posterior inauguração da colônia em Barbacena com os pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes, em 1923.

Projetados para receber até 300 pacientes, eles eram compostos por sete pavilhões distribuídos em forma retangular e ligados a um pavilhão central, o único de dois andares, que era destinado à administração, o qual possui uma torre de 23m de altura. Tanto o Afonso Pena como o Arthur Bernardes possuíam refeitório, copa, lavanderia, banheiros, área de recreio e dormitórios coletivos – todos dispostos de forma simétrica –, além de pátio interno de 2.510m<sup>2</sup> cada<sup>183</sup>.

Os pavilhões foram construídos em perfeita orientação em relação ao sol e suas instalações sanitárias eram consideradas as mais modernas da época, tendo um “assoalho todo de madeira betuminada com uma passagem central de ladrilhos”<sup>184</sup>. A captação de água se dava em uma fonte própria, localizada a 1,5km de distância dos pavilhões, a qual fornecia “150 mil litros, ou seja 500 litros por cada habitante da Colonia, calculada a capacidade desta em 300 loucos”<sup>185</sup>.

A planta-baixa mais antiga que encontrei desse complexo arquitetônico data de 1995. Embora provavelmente ela apresente mudanças que talvez tenham ocorrido na edificação ao longo dos anos, sua disposição espacial se assemelha aquela descrita no jornal *Cidade de Barbacena*, quando de sua inauguração<sup>186</sup>.

---

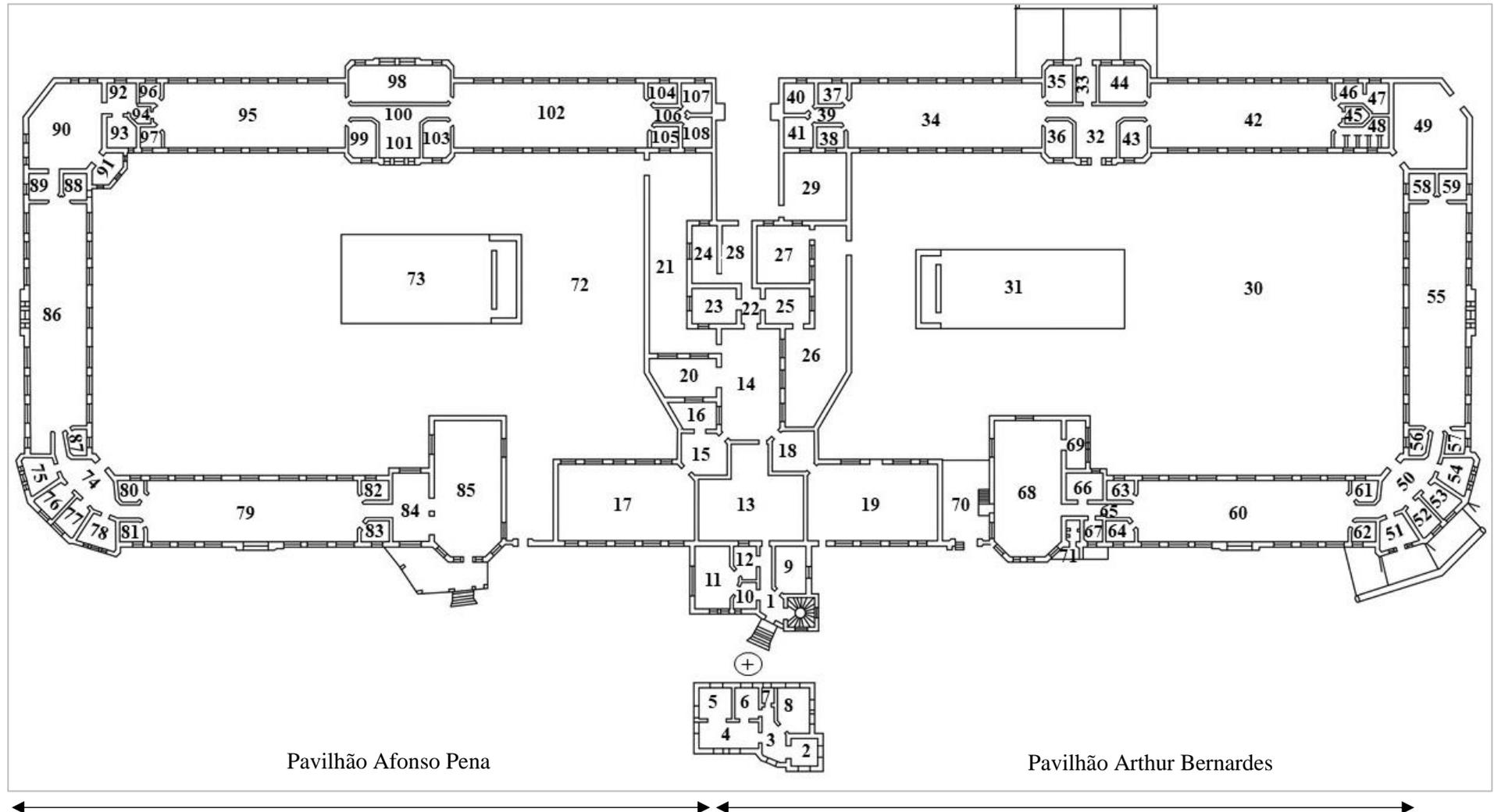
<sup>183</sup> Cartas de Barbacena. Colonia de Alienados. Jornal Cidade de Barbacena, 25 de janeiro de 1923, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

<sup>184</sup> Idem.

<sup>185</sup> Idem.

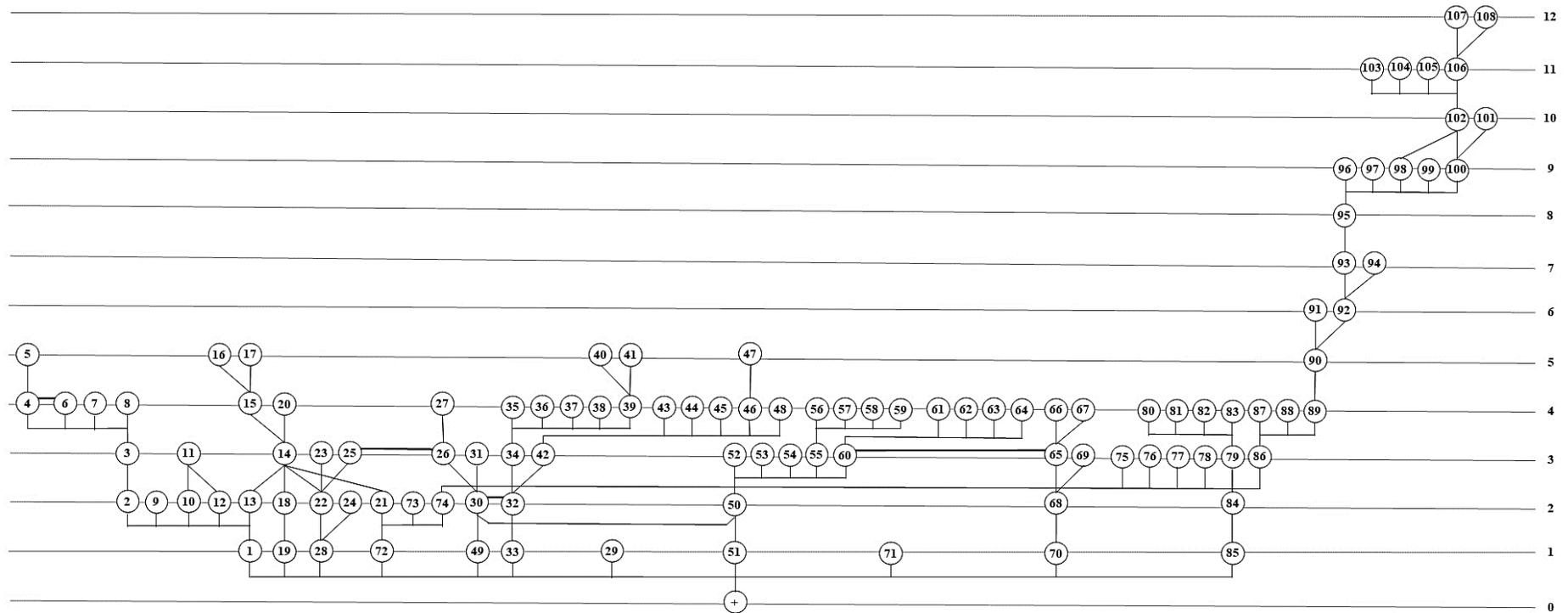
<sup>186</sup> Idem.

Figura 61 – Planta baixa dos pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes



Fonte: Arquivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, 1995. Desenho: Camila Fernandes, 2019.

**Gráfico 6 – Gráfico espacial dos pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes**



Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2020.

**Legenda:**

**1.** Não identificado.

**2.** Escada.

**3 a 12.** Não identificado.

**13.** Área livre do Afonso Pena.

**14 a 17.** Não identificado.

**18.** Copa do Arthur Bernardes.

**19.** Refeitório do Arthur Bernardes.

**20 a 25.** Não identificado.

**26.** Área livre do Afonso Pena.

**27 a 29.** Não identificado.

**30.** Pátio.

**31.** W.C.

**32 a 48.** Não identificado.

**49.** Área livre.

**50 a 71.** Não identificado.

**72.** Pátio.

**73.** W.C.

**74 a 108.** Não identificado.

A partir da planta baixa e gráfico espacial, obtemos as seguintes medidas:

$$\text{medida de escala} = 108$$

$$\text{medida de integração} = \frac{118}{108} = 1,09$$

**Tabela 4 – Dados para o cálculo da medida de complexidade da figura 61**

Nós	Grau de acessibilidade	Nós	Grau de acessibilidade	Nós	Grau de acessibilidade
1	1	38	4	75	3
2	2	39	4	76	3
3	3	40	5	77	3
4	4	41	5	78	3
5	5	42	3	79	3
6	4	43	4	80	4
7	4	44	4	81	4
8	4	45	4	82	4
9	2	46	4	83	4
10	2	47	5	84	2
11	3	48	4	85	1
12	2	49	1	86	3
13	2	50	2	87	4
14	3	51	1	88	4
15	4	52	3	89	4
16	5	53	3	90	5
17	5	54	3	91	6
18	2	55	3	92	6
19	1	56	4	93	7
20	4	57	4	94	7
21	2	58	4	95	8
22	2	59	4	96	9
23	3	60	3	97	9
24	2	61	4	98	9
25	3	62	4	99	9
26	3	63	4	100	9
27	4	64	4	101	10
28	1	65	3	102	10
29	1	66	4	103	11
30	2	67	4	104	11
31	3	68	2	105	11
32	2	69	3	106	11
33	1	70	1	107	12
34	3	71	1	108	12
35	4	72	1	<b>Total</b>	447
36	4	73	2		
37	4	74	2		

Fonte: Juliana Brandão, 2020.

$$\text{medida de complexidade} = \frac{447}{108} = 4,1$$

Sendo os maiores pavilhões do Hospital Colônia, a espacialidade do Afonso Pena e do Arthur Bernardes é não-distributiva, com medida de integração igual a 1,09. A principal via de circulação parece ter sido os amplos salões (nós 13, 14, 17, 19, 34, 42, 55, 50, 60, 68, 74, 79, 84, 85, 86, 90, 95 e 102), que também faziam a ligação para outros cômodos e áreas, como os pátios. Com exceção da copa e refeitório do Arthur Bernardes, e duas áreas livres do Afonso Pena, os demais cômodos não foram identificados na planta baixa, de modo que não é possível ter certeza acerca dos seus usos. Porém, podemos seguir a descrição presente no jornal *Cidade de Barbacena* para inferi-los:

Aos refeitórios seguem-se os pavilhões de recreio, um de cada lado.  
Aos pavilhões de recreio, também symetricos, seguem-se os pavilhões dormitórios, dispostos em ângulo recto, contendo cada um dois salões dormitórios, que se communicam aos pateos por meio de entrada commum feita em rampa suave. Esses pavilhões, constituem: a fachada principal, voltada para nordeste, e as fachadas lateraes. O rectangulo é fechado, ao fundo, por dois grandes pavilhões, dispostos em linha reta e divididos, ambos, em quatro salões dormitórios<sup>187</sup>.

Na hipótese de o nó 19 sempre ter sido o refeitório do Arthur Bernardes, então talvez os nós 68 e 60 refiram-se a área de recreio, e os nós 55, 42 e 34 às áreas dos dormitórios. Uma vez que o complexo arquitetônico foi construído de maneira simétrica, possivelmente o Afonso Pena seja um espelho do Arthur Bernardes. Desse modo, o nó 17 foi seu refeitório, seguido da área de recreio (nós 85 e 79) e dormitórios (nós 86, 95 e 102).

Considerando as reduzidas formas de sair do edifício – e a medida de complexidade (4,1) aponta nesse sentido –, refeitórios, áreas de recreio, dormitórios e pátios certamente foram espaços de grande circulação de pessoas, sendo sempre necessário atravessar um desses espaços para alcançar outro. Os restritos percursos possíveis no interior do complexo arquitetônico, somado às restritas formas de acesso a um edifício tão grande, facilitava o controle dos internos, que dificilmente conseguiriam ficar longe dos olhares das/os funcionárias/os – e isto fica evidente no gráfico espacial com a presença de várias áreas panópticas.

A torre do pavilhão central também desempenha um interessante papel. Sendo o único espaço identificado como exclusivamente destinado à administração, sua localização no segundo andar permitia estabelecer uma clara separação entre a área administrativa e a área dos

---

<sup>187</sup> Cartas de Barbacena. Colonia de Alienados. Jornal Cidade de Barbacena, 25 de janeiro de 1923, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

pacientes, além de mostrar-se como potencial espaço de vigilância. Melhor que qualquer corredor dos demais pavilhões, essa torre materializava muito bem o princípio do panóptico: possibilitava a constante vigilância por parte do diretor a partir de um ponto central, sem que as pessoas vigiadas tenham plena ciência deste controle. Segundo Duarte (1996), tamanha vigilância poderia ser justificada pela superlotação do hospital, haja vista que poucos anos após a inauguração dos pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes sua capacidade máxima de internos já havia extrapolado.

#### 4.3.4 Pavilhão Governador Valadares

Localizado no Departamento A e sem informações acerca do seu ano de inauguração, sabe-se apenas que o pavilhão Governador Valadares sofreu adaptações durante a direção de José Cezarini para receber mulheres pensionistas. Considerando que aquele médico dirigiu o Hospital Colônia entre os anos de 1937 e 1946, então certamente o pavilhão já existia durante a década de 1930. Seu nome homenageia Benedito Valadares, que foi governador de Minas Gerais entre os anos de 1933 e 1945 – mais um indício de que talvez tenha sido inaugurado em meados de 1930. Diferente dos demais pavilhões, este possui uma antiga foto de seu interior, embora sem datação. Trata-se do refeitório, que apresenta um ambiente aparentemente acolhedor, reforçado pelos vasos que enfeitam as mesas, as toalhas brancas que as cobrem e o tamanho do espaço que comporta poucas pessoas. Porém, tratando-se de um pavilhão destinado a pensionistas, tais aspectos já eram esperados.

**Figura 62 – Refeitório do pavilhão Governador Valadares**

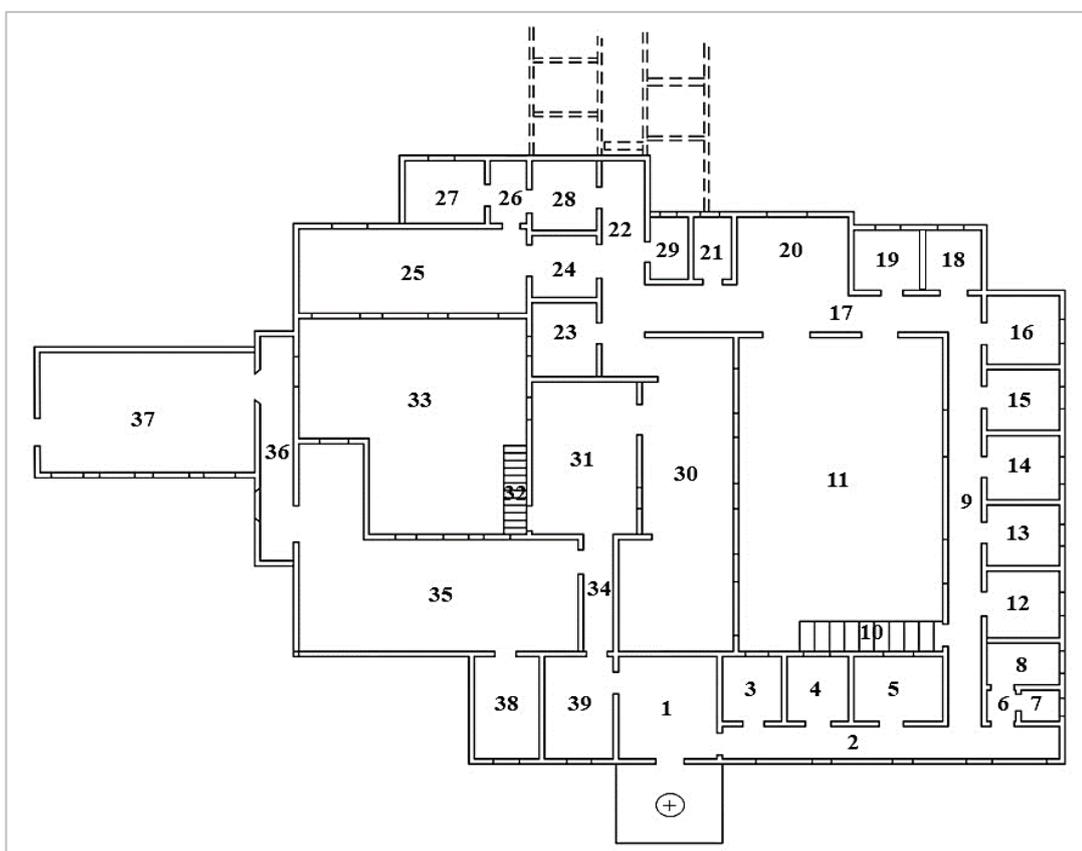


Fonte: SI-077. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.

A planta-baixa mais antiga que encontrei desse pavilhão data de 1974, e ela está identificada como ainda sendo um pavilhão feminino de pensionistas. Algo interessante é que nesta planta estão descritas as dimensões de alguns espaços e aspectos construtivos. Tais anotações feitas à mão informam que havia 80 leitos distribuídos em uma área de 274m<sup>2</sup> e que seus dois pátios internos somavam 116,50m<sup>2</sup>. Quartos, enfermarias, refeitório e corredores eram em ladrilhos ou cimento liso, aspecto este que devia facilitar a limpeza do ambiente e reforçava que aquele era um pavilhão hospitalar – contrastando com a aparência acolhedora e domiciliar emanada pela imagem acima. Todo o pavilhão tinha forro de madeira e seu telhado era composto por telhas francesas – um tipo de telha de barro plana e retangular, com bordas abauladas que facilitam seu encaixe, utilizada no Brasil há mais de 300 anos, porém pouco resistente a tempestades e ventos.

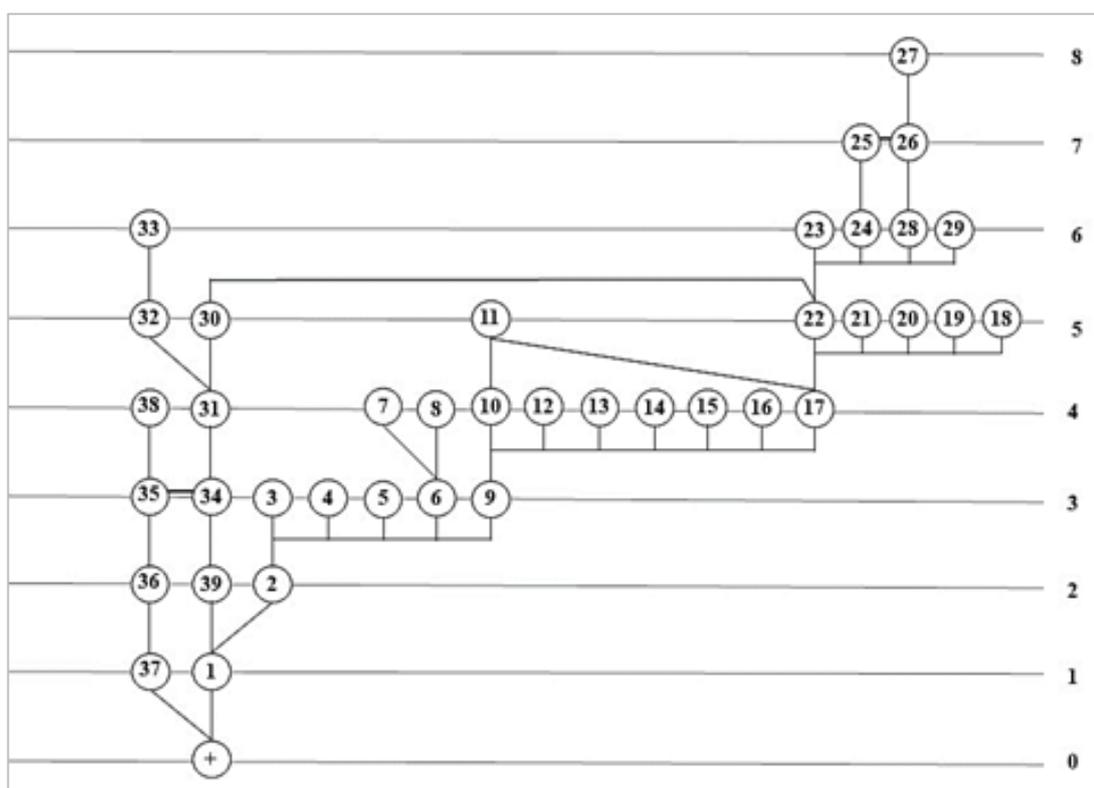
Além disso, a planta baixa apresenta uma área incompleta representada por tracejados e identificada como sendo uma “sequência de antigas celas abandonadas”. Embora esta área seja colada ao pavilhão, nenhum acesso foi identificado a partir dele. Por esta razão, ela não foi considerada durante a aplicação do modelo gamma.

**Figura 63 – Planta baixa do pavilhão Governador Valadares**



Fonte: Arquivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, 1974. Desenho: Camila Fernandes, 2019.

Gráfico 7 – Gráfico espacial do pavilhão Governador Valadares



Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2020.

**Legenda:**

- |                      |                       |  |
|----------------------|-----------------------|--|
| 1. Sala de visita    | 18 e 19. Quarto.      | 32. Degraus.                           |
| 2. Corredor.         | 20. Não identificado. | 33. Pátio.                             |
| 3 a 5. Quarto.       | 21. W.C.              | 34. Corredor.                          |
| 6. Não identificado. | 22. Corredor.         | 35. Enfermaria.                        |
| 7. W.C.              | 23. Quarto.           | 36. Corredor.                          |
| 8. Quarto.           | 24. Não identificado. | 37. Refeitório.                        |
| 9. Corredor.         | 25. Enfermaria.       | 38. Quarto do plantonista.             |
| 10. Degraus.         | 26. Não identificado. | 39. Posto de enfermagem e sala médica. |
| 11. Pátio.           | 27. Banho.            |  |
| 12 a 16. Quarto.     | 28 e 29. Quarto.      |  |
| 17. Corredor.        | 30 e 31. Enfermaria.  |  |

A partir da planta baixa e gráfico espacial, obtemos as seguintes medidas:

$$\text{medida de escala} = 39$$

$$\text{medida de integração} = \frac{43}{39} = 1,10$$

**Tabela 5 – Dados para o cálculo da medida de complexidade da Figura 56**

<b>Nós</b>	<b>Grau de acessibilidade</b>	<b>Nós</b>	<b>Grau de acessibilidade</b>
1	1	21	5
2	2	22	5
3	3	23	6
4	3	24	6
5	3	25	7
6	3	26	7
7	4	27	8
8	4	28	6
9	3	29	6
10	4	30	5
11	5	31	4
12	4	32	5
13	4	33	6
14	4	34	3
15	4	35	3
16	4	36	2
17	4	37	1
18	5	38	4
19	5	39	2
20	5	<b>Total</b>	165

Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2020.

$$medida\ de\ complexidade = \frac{165}{39} = 4,2$$

Neste pavilhão em particular, notamos a presença de vários quartos e algumas enfermarias. Não é possível saber se os quartos eram individuais ou divididos entre duas pacientes; no entanto, a existências desses dois tipos de dormitórios aponta para uma tentativa de efetivamente cumprir a divisão das classes de pensionistas previstas desde a fundação do hospital, mas que até a década de 1930 não havia se concretizado. Segundo o regulamento de 1922, pensionistas de primeira classe teriam direito a um quarto com uma cama; as de segunda classe, um quarto com duas camas; e as de terceira classe, seriam internadas em pequenas enfermarias. É provável, portanto, que o Governador Valadares tenha comportado dormitórios que abrangeram essa variedade de classes, haja vista apresentar tanto quartos como enfermarias.

Outra particularidade desse pavilhão é a presença de uma sala de visita. Isto aponta para uma diferença simbólica muito grande entre pensionistas e indigentes: o pressuposto de que a interna cuja família ou responsável legal está pagando pelo seu tratamento, mantém os vínculos e busca saber como ela está através de visitas. Não quero afirmar com isso que os familiares

das pacientes indigentes não se importassem com elas; afinal, sabemos que muitos fatores, como logística e dificuldades financeiras, corroboraram para que vínculos tenham sido quebrados durante a experiência de internação. Acontece que a projeção de um espaço direcionado a receber visitas ter ocorrido somente em um pavilhão destinado a pensionistas, é representativo da diferença de tratamento que aquelas pacientes receberiam.

Não obstante essas singularidades que talvez tenham proporcionado às pensionistas maior conforto em relação às pacientes indigentes, tal como os pavilhões já analisados, o Governador Valadares também é uma estrutura não-distributiva (com medida de integração igual a 1,10) e com característica de confinamento, uma vez que para sair dele é necessário atravessar uma média de 4,2 cômodos (sua medida de complexidade), o que implica passar por corredores e/ou enfermarias. Conforme é possível observar no gráfico espacial, a maioria dos corredores (nós 2, 9, 17, 22) apresentam-se como áreas panópticas: eles são a via de acesso para uma grande quantidade de cômodos – majoritariamente quartos –, sendo espaços de fácil controle do trânsito de pessoas. Uma funcionária posicionada em um desses corredores, por exemplo, conseguiria controlar a entrada e saída dos quartos e a movimentação nos pátios.

Além disso, os pátios deviam ser locais onde facilmente se era observada tanto pelas funcionárias como pelas pacientes. Isto porque na planta-baixa é possível notar que corredor (nó 9), quartos (nós 3, 4, 5, 23) e enfermarias (nós 25, 30, 31 e 35) possuíam janelas voltadas para os pátios (nós 11, 33). Certamente, a posição dessas janelas foi pensada para proporcionar a iluminação daqueles cômodos. Mas, ao mesmo, acabou favorecendo pontos de observação contínua. Isto nos mostra que, embora determinados aspectos não tenham sido previamente planejados durante a elaboração do projeto arquitetônico, uma vez executado, a própria edificação pode vir a permitir outras possibilidades.

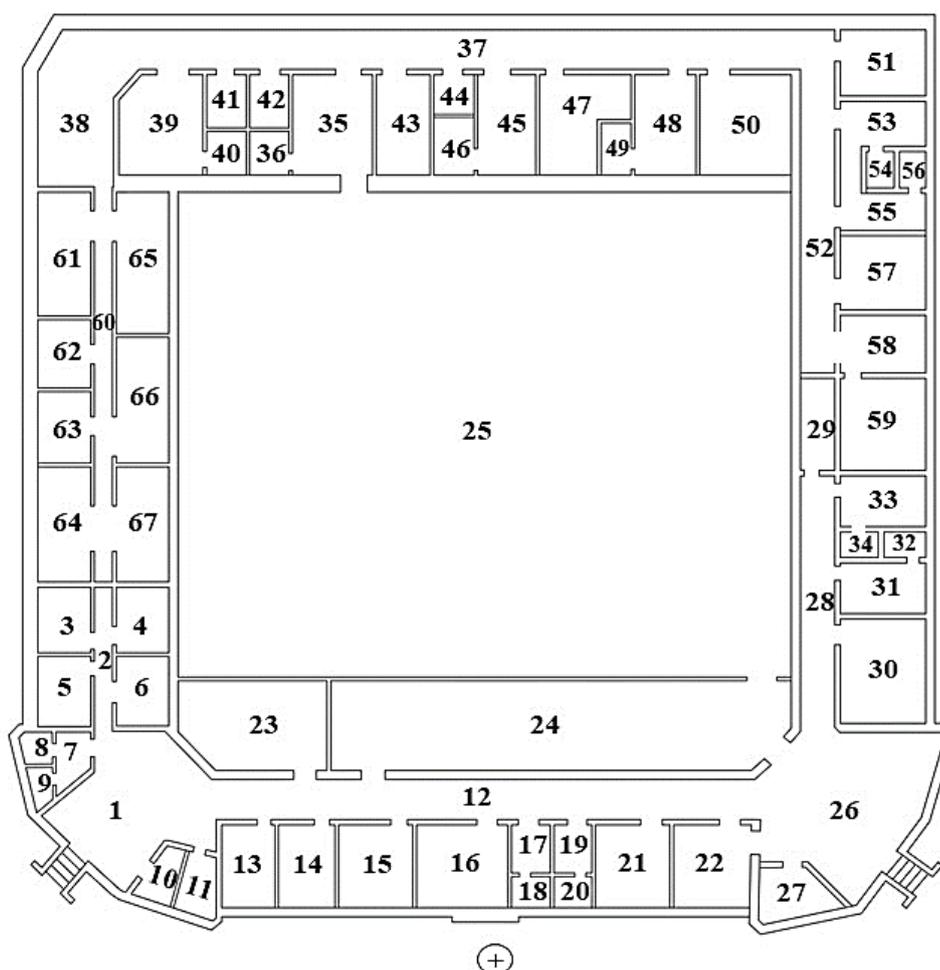
Por fim, o gráfico espacial nos mostra duas possibilidades de acesso ao pavilhão: a partir do nó 1 e do nó 37. Cada uma dessas entradas permitia percursos distintos dentro da edificação, facilitando o acesso a determinados cômodos em detrimento de outros – o que implica também em diferentes possibilidades de encontro entre as pessoas. O percurso realizado a partir do nó 37, porém, talvez tenha sido executado sobretudo por funcionárias/os, haja vista ser uma entrada que se dá pelo refeitório. Às pacientes e acompanhantes, certamente cabia a entrada principal do pavilhão – representada pelo nó 1. Seguindo essa hipótese, provavelmente ambas as entradas tenham contribuído para uma divisão entre áreas majoritariamente frequentadas por funcionárias/os e outras por pacientes.

#### 4.3.5 Pavilhão Noraldino Lima

Localizado no Departamento B, ao lado do complexo arquitetônico composto pelos pavilhões Afonso Pena e Arthur Bernardes, o Noraldino Lima segue o mesmo estilo arquitetônico de seus antecessores. O pavilhão foi inaugurado em 1934, juntamente com uma série de melhoramentos que haviam sido realizados no Departamento B, e seu nome foi uma homenagem ao então Secretário da Educação e Saúde Pública de Minas Gerais, que esteve presente durante sua inauguração. Naquela ocasião, o diretor do hospital prestou elogios e agradecimentos ao Secretário pelos recursos destinados à instituição.

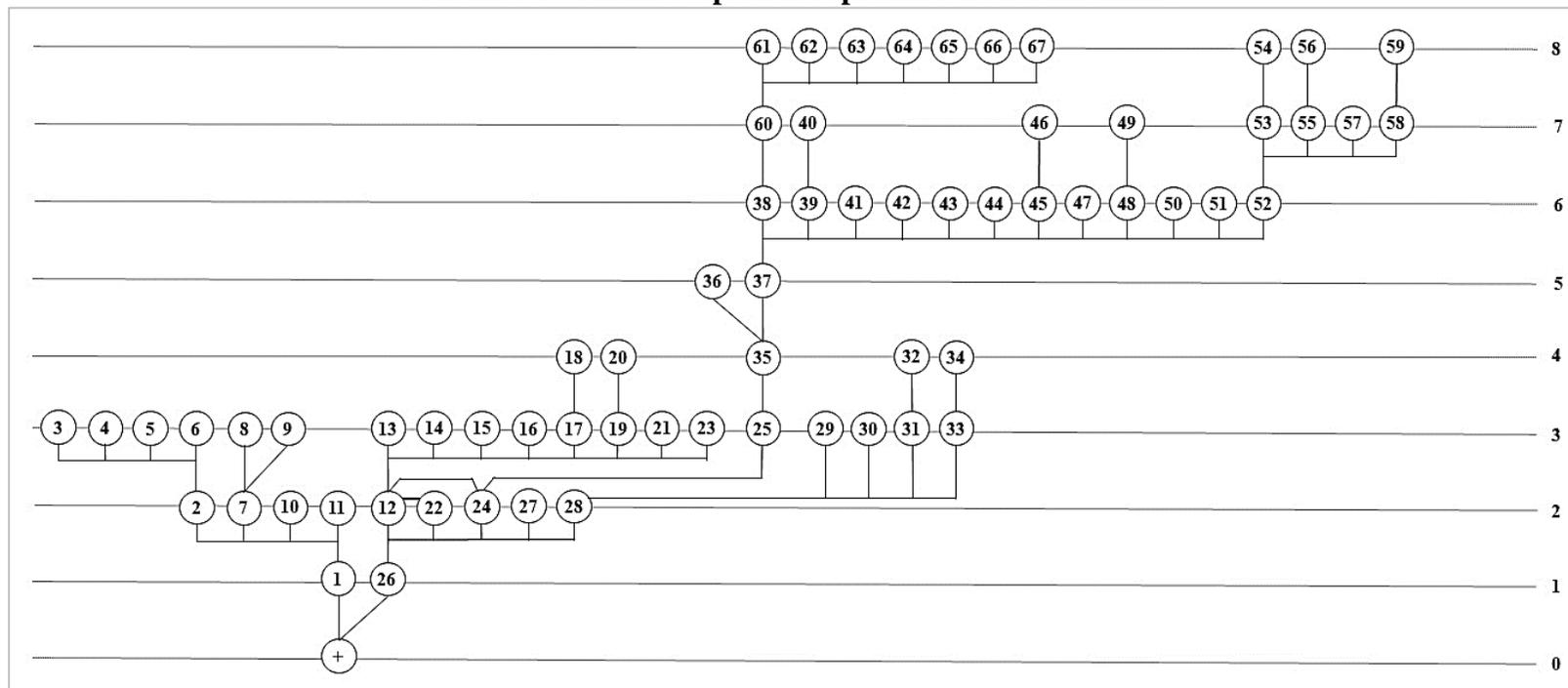
O pavilhão Noraldino Lima possui formato quadrangular, duas entradas e um grande pátio interno. A única planta baixa que tive acesso data de 1984; portanto, assim como nos demais pavilhões, é possível que esta planta apresente mudanças que talvez tenham ocorrido ao longo dos anos.

**Figura 64 – Planta baixa do pavilhão Noraldino Lima**



Fonte: Arquivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, 1984. Desenho: Camila Fernandes, 2019.

Gráfico 8 – Gráfico espacial do pavilhão Noraldino Lima



Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2020

**Legenda:**

1. Hall de entrada.

2 a 9. Não identificado.

10. W.C feminino.

11. W.C masculino.

12. Corredor.

13 a 15. Não identificado.

16. Farmácia.

17 e 18. W.C feminino.

19 e 20. W.C masculino.

21. Não identificado.

22. Sala de expediente.

23. Não identificado.

24. Auditório.

25. Pátio.

26. Hall de entrada.

27. Copa.

28. Corredor.

29. Visor.

30. Sala de reuniões.

31 a 34. Não identificado.

35. Posto de enfermagem.

36. Não identificado.

37 e 38. Corredor.

39. Raio X.

40. Câmara.

41 a 42. Não identificado.

43. Sala de curativos.

44. W.C.

45. Quarto plantão

46. Não identificado.

47. Laboratório.

48. Quarto clínico cirúrgico – 2 leitos.

49. Não identificado.

50. Esterilização.

51. Rouparia.

52. Corredor.

53. Vestiário masculino.

54. Não identificado.

55. Vestiário feminino. 56. Não identificado.

57. Sala de recuperação.

Através da planta baixa e gráfico espacial acima apresentados, chegamos às seguintes medidas:

$$\text{medida de escala} = 67$$

$$\text{medida de integração} = \frac{70}{67} = 1,04$$

**Tabela 6 – Dados para o cálculo da medida de complexidade da Figura 64**

Nós	Grau de acessibilidade	Nós	Grau de acessibilidade	Nós	Grau de acessibilidade
1	1	24	2	47	6
2	2	25	3	48	6
3	3	26	1	49	7
4	3	27	2	50	6
5	3	28	2	51	6
6	3	29	3	52	6
7	2	30	3	53	7
8	3	31	3	54	8
9	3	32	4	55	7
10	2	33	3	56	8
11	2	34	4	57	7
12	2	35	4	58	7
13	3	36	5	59	8
14	3	37	5	60	7
15	3	38	6	61	8
16	3	39	6	62	8
17	3	40	7	63	8
18	4	41	6	64	8
19	3	42	6	65	8
20	4	43	6	66	8
21	3	44	6	67	8
22	2	45	6	<b>Total</b>	315
23	3	46	7		

Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2020.

$$\text{medida de complexidade} = \frac{315}{67} = 4,7$$

Embora este seja o único pavilhão com duas entradas principais, sua espacialidade é não-distributiva, tendo os corredores e pátio interno como as únicas vias de circulação dentro da edificação. Uma vez que são a única maneira de acessar uma série de cômodos, os corredores (nós 2, 12, 28, 37, 52 e 60) apresentam-se como áreas panópticas, o que confere ao pavilhão o aspecto de confinamento. Isto é reforçado quando notamos que, dentre os pavilhões analisados

nessa tese, o Noraldino Lima é o que apresenta maior dificuldade para sair do interior de sua edificação, sendo necessário atravessar quase cinco cômodos (sua medida de complexidade é 4,7).

Algo interessante a ser notado nesse pavilhão é que seu pátio interno (nó 25) marca a transição para a área mais a norte da edificação. Nesta área estão reunidos cômodos cujo uso possuía aspecto mais ambulatorial: salas de cirurgia (nó 59), raio X (nó 39) e curativo (nó 43), laboratório (nó 47), quarto clínico cirúrgico (nó 48) e posto de enfermagem (nó 35). Além destes, é nessa área que encontramos também os leitos (nós 61, 64, 65, 66 e 67). Não é possível saber se tais leitos configuravam em dormitórios como ocorria nos demais pavilhões, ou se eles atendiam apenas a demanda ambulatorial observada no Noraldino Lima. Através do gráfico espacial, observamos que os leitos e a sala de cirurgia são os cômodos mais segregados, isto é, mais difíceis de serem acessados. Tratava-se, portanto, de espaços que usufruíam de maior privacidade e cujo acesso não devia ser feito por qualquer pessoa – o que justificaria em parte a característica não-distributiva da edificação.

Por ser o único pavilhão que apresenta sala de cirurgia, provavelmente foi nele onde ocorreu a primeira lobotomia<sup>188</sup> realizada no hospital. Segundo reportagem do jornal *Cidade de Barbacena*<sup>189</sup>, em fevereiro de 1952 o Colônia recebeu o neurocirurgião e professor Renato Barbosa, na época chefe do Serviço de Neurocirurgia do Centro Psiquiátrico Nacional, o qual foi convidado pelo diretor do hospital para realizar uma lobotomia pré-frontal em dois pacientes. Os pacientes foram selecionados pelo corpo clínico do Hospital Colônia e ambos sofriam de esquizofrenia crônica. Três dias após a cirurgia, ainda segundo a reportagem do *Cidade de Barbacena*<sup>190</sup>, os pacientes já apresentavam ligeira melhora de seu quadro psíquico. A lobotomia continuou sendo aplicada em pacientes do Colônia tidos como agressivos até a década de 1970 (DUARTE, 2009).

Se realmente o pavilhão Noraldino Lima foi pensado desde o princípio para comportar um uso ambulatorial, isto talvez tenha sido resultado da Inspeção Geral de Assistência Hospitalar e de Alienados criada em 1932, e que reconheceu a competência técnica e científica

---

<sup>188</sup> Intervenção cirúrgica realizada no lóbulo pré-frontal e desenvolvida por Egas Moniz, que em 1949 recebeu o Prêmio Nobel de Medicina pela descoberta e uso desse tipo de tratamento em certas doenças mentais. Embora essa cirurgia tivesse baixa incidência de mortes, sua aplicação foi muito criticada por deixar os pacientes em estado de profunda apatia. Em meados da década de 1950, a prática foi banida na maioria dos países – em parte devido ao grande número de operações fracassadas, e em parte pelo desenvolvimento de drogas antipsicóticas.

<sup>189</sup> Em Barbacena um dos expoentes máximos da neuro cirurgia. Jornal Cidade de Barbacena, 07 de fevereiro de 1952, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

<sup>190</sup> Apanhado da conferência do professor Renato Tavares Barbosa. Visita aos doentes recém-operados. Jornal Cidade de Barbacena, 07 de fevereiro de 1952, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

dos psiquiatras em tomadas de decisão referentes a área de saúde mental em Minas Gerais. O intuito de implantar na assistência aos doentes mentais um moderno e atualizado modelo de psiquiatria, que não se resumisse a reclusão e ociosidade dos pacientes, de alguma maneira deve ter refletido nas novas obras estabelecidas no Hospital Colônia naquela década.

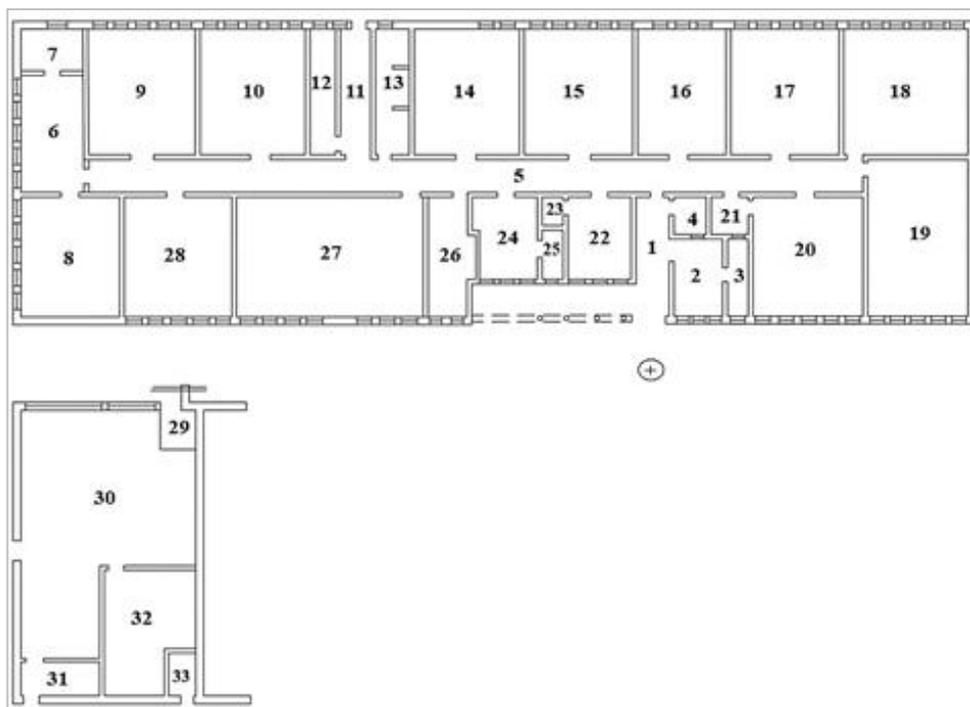
#### 4.3.6 Pavilhão Galba Veloso

Conforme já foi explanado, acredito que o Galba Veloso tenha sido construído na década de 1950 durante os melhoramentos realizados no hospital naquela época. Seu nome homenageava o médico e perito Galba Moss Velloso, que foi fundador da revista Arquivos de Neurologia e Psiquiatria e livre-docente na Faculdade de Medicina de Minas Gerais (PICCININI, 2006).

Assim como os pavilhões Baeta Viana, Milton Campos (ambos inaugurados em 1951), Crispim Jacques Bias Fortes e Dr. Austregésilo Ribeiro de Mendonça (inaugurados em 1960), o Galba Veloso possui formato retilíneo. Diferente dos demais pavilhões analisados, este não possui pátio e apresenta um andar em seu subsolo cujo acesso se dava através de uma rampa.

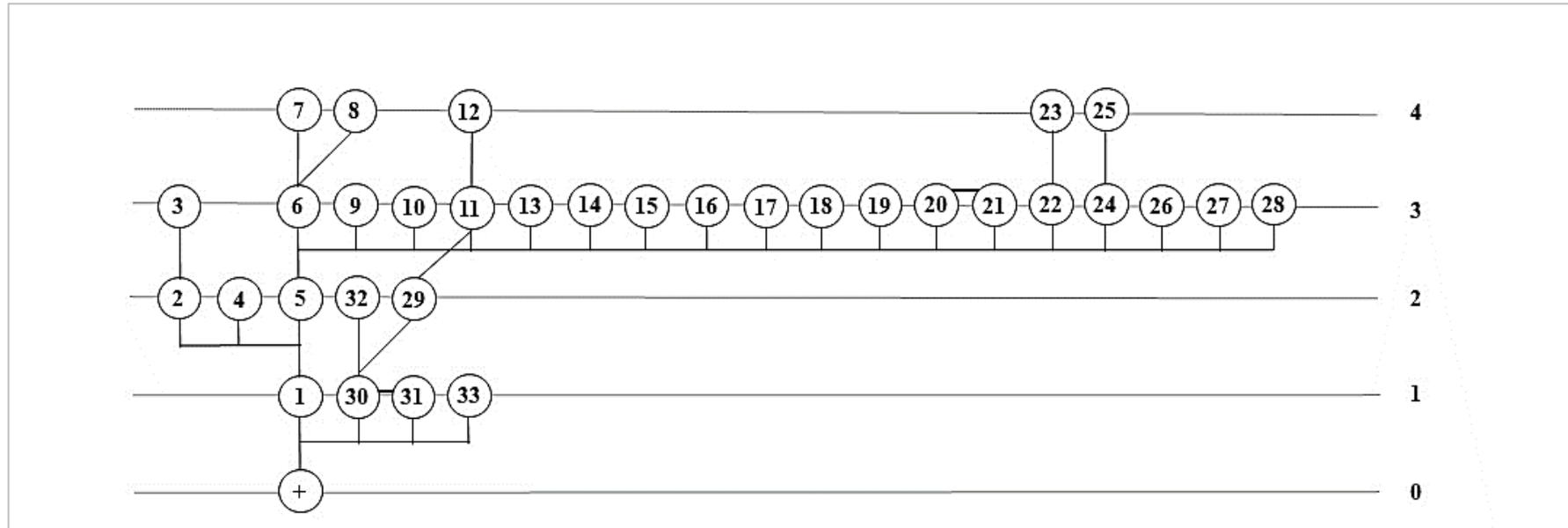
A única planta-baixa que encontrei deste pavilhão data de 1984. Mantenho, portanto, a ressalva de que talvez ela apresente algumas diferenças da construção original.

**Figura 65 – Planta baixa do pavilhão Galba Veloso**



Fonte: Arquivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, 1984. Desenho: Camila Fernandes, 2019.

Gráfico 9 – Gráfico espacial do pavilhão Galba Veloso



Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2020.

**Legenda:**

- 1. Hall de entrada.
- 2. Recepção.
- 3. Não identificado.
- 4. Não identificado.
- 5. Corredor.
- 6. Enfermaria.
- 7. Ilegível.
- 8. Enfermaria.

- 9. Enfermaria.
- 10. Enfermaria.
- 11. Corredor.
- 12. Banheiro.
- 13. Banheiro.
- 14 a 20. Enfermaria.
- 21. Não identificado.
- 22. Consultório.
- 23. Não identificado.

- 24. Copa.
- 25. Não identificado.
- 26. Posto de enfermagem.
- 27 e 28. Enfermaria.
- 29. Rampa.
- 30. Refeitório.
- 31. Copa.
- 32. Rouparia.
- 33. Ilegível.

A partir da planta baixa e gráfico espacial, obtemos as seguintes medidas:

$$\text{medida de escala} = 33$$

$$\text{medida de integração} = \frac{36}{33} = 1,09$$

**Tabela 7 – Dados para o cálculo da medida de complexidade da Figura 65**

Nós	Grau de acessibilidade	Nós	Grau de acessibilidade
1	1	18	3
2	2	19	3
3	3	20	3
4	2	21	3
5	2	22	3
6	3	23	4
7	4	24	3
8	4	25	4
9	3	26	3
10	3	27	3
11	3	28	3
12	4	29	2
13	3	30	1
14	3	31	1
15	3	32	2
16	3	33	1
17	3	<b>Total</b>	91

Fonte: Elaboração própria. Juliana Brandão, 2020.

$$\text{medida de complexidade} = \frac{91}{33} = 2,7$$

Com espacialidade não-distributiva, o Galba Veloso possui algumas particularidades em relação aos demais pavilhões analisados. Ele não possui pátio interno e, conforme é possível observar na legenda da planta-baixa, não havia qualquer espaço pensado para o lazer. Além disso, há apenas um corredor (nó 5) através do qual se acessa os vários cômodos do pavilhão, compostos em sua maioria por enfermarias (nós 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 27 e 28). Este corredor configura em uma perfeita área panóptica, sendo necessário atravessá-lo para conseguir sair da edificação. No gráfico espacial isso fica bastante evidente, quando observamos a quantidade de nós ligados a ele. Desse modo, ao mesmo tempo em que devia ser

um espaço com grande potencial de encontros, também era onde facilmente poderiam exercer o controle no trânsito de pessoas naquele pavilhão.

Além da entrada principal (nó 1), era possível acessar o pavilhão através do refeitório (nó 30) e da copa (nó 31). Isto, porém, não torna a edificação mais distributiva; afinal, é provável que tais acessos tenham sido permitidos apenas às funcionárias/os. E, ainda que adentrasse o pavilhão por um desses cômodos, o acesso às enfermarias necessariamente se dava através do corredor. Portanto, embora a medida de complexidade do Galba Veloso seja a menor em relação aos demais pavilhões (2,7), este é o que apresenta maior potencial de confinamento. A ausência de área de lazer somada a um único corredor por onde era possível transitar, forçava as pacientes a permanecerem nas enfermarias. No mais, a própria configuração do pavilhão com várias enfermarias e um consultório, reforçava a ideia hospitalar resumida a internação.

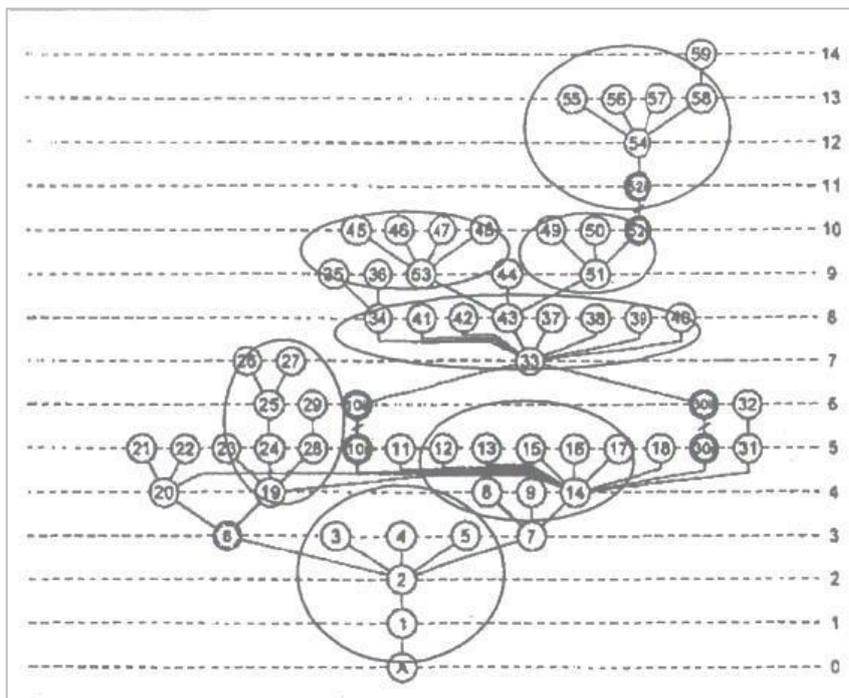
Tudo isso parece sintomático da crise pela qual passava a instituição, que assistia um número absurdamente crescente de novos pacientes. Na tentativa de sanar a demanda, construía novos pavilhões que cada vez mais assemelhavam-se a depósitos de problemas sociais, uma vez que careciam de medicamentos, camas, comida e profissionais que suprissem as necessidades daquele grande público.

Concluimos, então, que 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. Tamanho controle, portanto, não se dava necessariamente por meio da força, haja vista que um indivíduo que sabe estar em um campo de visibilidade, ele próprio se coloca em seu lugar e, conseqüentemente, se autocontrola. É o que Foucault (2013) chama de sujeição real nascente de forma mecânica a partir de uma relação fictícia: “É um tipo de implantação dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos em relação mútua, de organização hierárquica, de disposição dos centros e dos canais de poder, de definição de seus instrumentos e de modos de intervenção (...)” (FOUCAULT, 2013, p. 195). É importante pontuar, porém, que no Hospital Colônia a restrição de movimento não se dava apenas através da distribuição espacial, mas também por meio da camisa de força, da aplicação de eletrochoques e uso de medicamentos que impunham às/aos pacientes um prolongado estado de inércia.

A configuração espacial dos pavilhões do Hospital Colônia, com a presença de áreas panópticas, assemelha-se ao que observamos em outras pesquisas. Dois exemplos são os trabalhos de Zarankin (2002), sobre escolas de Buenos Aires, e de Markus (1993), sobre uma série de instituições totais, como hospitais, *almshouses*, reformatórios, prisões e hospícios.

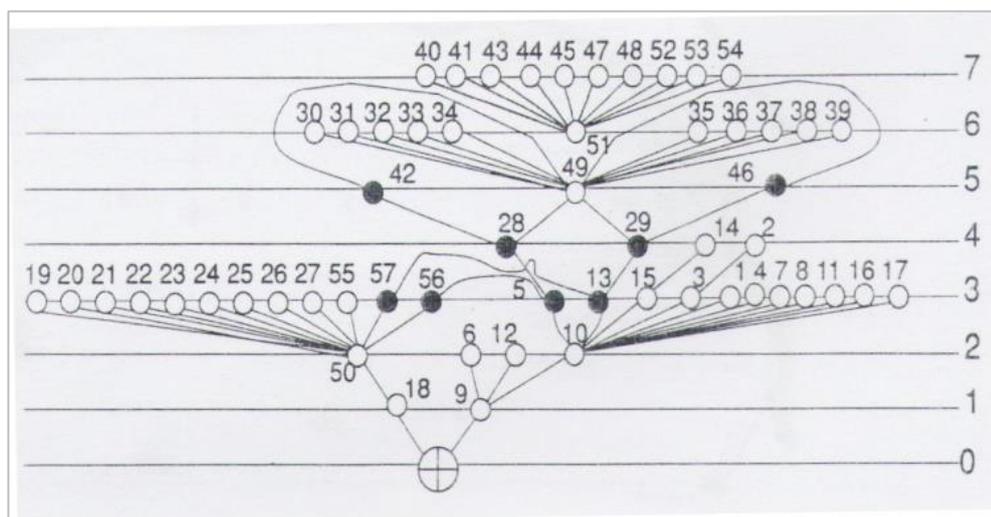
Abaixo podemos observar os gráficos resultantes da aplicação do modelo gamma na planta-baixa de uma escola de Buenos Aires de meados do século XX, e na planta do hospital Gloucester, na Inglaterra, de 1760. Ambos apresentam cadeias panópticas distribuídas verticalmente, as quais se assemelham com o que vimos nos pavilhões do Colônia:

**Gráfico 10 – Gráfico espacial de uma escola de Buenos Aires**



Fonte: Zarankin (2002, p. 109).

**Gráfico 11 – Gráfico espacial do hospital Gloucester**



Fonte: Markus (1993, p. 111).

Se considerarmos a teoria foucaultiana, a similaridade entre um manicômio, um hospital e uma escola, não deve gerar espanto, uma vez que o surgimento dessas instituições se situa num tipo de sociedade denominada *disciplinar*. Na sociedade disciplinar era mais rentável e eficaz vigiar do que punir, prática garantida pelo modelo panóptico de se construir os diversos lugares onde os sujeitos estão inseridos. Este modelo permeou a ideia de *arquitetura moral* desenvolvida entre os séculos XVIII e XIX. O *layout* de uma construção arquitetônica em muito reflete valores dominantes e socialmente compartilhados (DE CUNZO, 1995). Portanto, uma arquitetura fundada em princípios moralizantes seria capaz de produzir seres morais. Este modelo foi largamente aplicado em prisões, *almshouse* e asilos do século XIX, isto é, em instituições que visavam reformar suas/seus internas/os. Sua origem, segundo Foucault (2013), advém das celas do monaquismo cristão: símbolo do isolamento, solidão e contemplação religiosa. A cela, ou o princípio da clausura, tornou-se na sociedade disciplinar o instrumento de regeneração dos indivíduos. Tal simbolismo ressoa nitidamente no contexto do Hospital Colônia: espaço de segregação e compartimentação dos sujeitos, a fim de curá-los da loucura e reinseri-los na sociedade.

No interior de uma sociedade disciplinar, os sujeitos não cessavam de passar de um lugar de confinamento para outro ao longo de toda sua vida cotidiana: casa, escolas, fábricas, prisões, hospitais... todos construídos de maneira a garantir a organização, sujeição e disciplina interiorizada pelos corpos. A configuração espacial dessas instituições gerou relações de poder cuja finalidade era tornar dóceis os indivíduos, poder este articulado na trama da multiplicidade, presente em todos os âmbitos sociais e que, discretamente, estruturava o mundo onde as pessoas estavam inseridas de modo a controlá-las e, simultaneamente, torná-las mantenedoras desse controle. Afinal de contas,

Os edifícios insistem nos caminhos específicos que nossos corpos percorrem todos os dias, e a previsível convergência ou divergência desses caminhos com os dos outros é (em certo sentido) o que entendemos por relações sociais. Se os edifícios nos conduzem silenciosamente para associações ou para longe delas, dificilmente notamos como (ou questionamos a exatidão de tudo isso – o que Merton chamou de ‘força normativa do real’)<sup>191</sup> (GIERYN, 2002, p. xx).

Foucault (2013) ressalta que numa sociedade disciplinar não devemos nos surpreender com a semelhança entre prisões, escolas, quartéis e hospitais, nem mesmo com o fato de que todos eles, em suma, se pareçam com prisões. Este simplesmente é um resultado esperado;

---

<sup>191</sup> Tradução livre do original.

afinal, toda instituição possui “tendências de fechamento” (GOFFMAN, 1974, p. 16), que pode ser maior ou menor, mais ou menos explícito, dependendo de qual instituição se trata.

No entanto, as reformas psiquiátricas que ocorreram em Minas Gerais desde a criação da Assistência a Alienados até a década de 1960, e mesmo os discursos de inauguração dos pavilhões construídos no Hospital Colônia, pareciam apontar para outro caminho, sem essas tonalidades de opressividade: eles imprimiam o desejo de oferecer amparo, cura, saúde e bem-estar às pessoas com transtornos mentais. A concretização daqueles projetos, porém, destoavam do que era dito e redigido. Tais dissonâncias se fizeram presente na configuração material do Colônia: com pavilhões que confinavam e objetos institucionais que mutilavam identidades. Mas, ao mesmo tempo, aquelas edificações ocultaram possibilidades que nunca se concretizaram, tal como opções de lazer previstas no próprio regulamento do hospital: “(...) exercicios gymnasticos e ao ar livre, leituras, musica, jogos permittidos em boa sociedade, etc.”<sup>192</sup> Com exceção dos pavilhões Afonso Pena, Arthur Bernardes, Baeta Viana e Milton Campos, cujos projetos arquitetônicos continham área de recreio – ainda que com o passar dos anos ela tenha adquirido outras funções –, os demais priorizaram a existência de enfermarias em detrimento de possibilidades de lazer que não estivesse atrelada a monotonia dos pátios alheios a música, livros, jogos e mesmo a bancos.

Além disso, a forma de nomear os pavilhões também demonstra pouco interesse nas/os pacientes. Vimos que todos os nomes foram escolhidos com a finalidade de homenagear figuras ilustres da política e da comunidade médica mineira. Sendo o nome aquilo que antecede a coisa em si, determinar que os pavilhões receberiam a denominação de secretários do governo, governadores e médicos nos leva a refletir que tais edificações não foram efetivamente pensadas para as/os cidadãos que ali ficariam internadas. É como se cada pavilhão erguido tivesse sido, no fim das contas, uma forma de enaltecer pessoas influentes. Por outro lado, colocar nomes de políticos e médicos nestes locais era uma forma de associá-los a um processo de higienização social bem quisto na época.

Conforme pontuou Gieryn (2002), os espaços arquitetônicos são ao mesmo tempo relações sociais. Logo, podemos fazer a leitura de que a assistência psiquiátrica oferecida pelo governo de Minas Gerais em meados do século XX se tornou o que o Hospital Colônia foi construído para fazer: reunir incômodos sociais, segrega-los do convívio em sociedade e, quem sabe, reformatá-los segundo os códigos de normalidade vigentes. Nesse contexto observamos, ainda, aquilo que é pontuado por Wickert (1998): “O manicômio reflete o padrão social

---

<sup>192</sup> Regulamento da Assistência a Alienados, 22 de fevereiro de 1903. Imprensa Oficial do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.

cartesiano marcado pelas dicotomias certo-errado, desrazão-razão, louco-são”. Acrescento a essa afirmação que ele não apenas reflete como também estrutura relações pautadas nessas dicotomias, em que o corpo médico e as medidas de intervenção aplicadas no Colônia representam a razão, a sanidade, o que é certo, enquanto as/os pacientes representam o que havia de errado, de desrazão e loucura que precisava ser curada ou domesticada. No entanto, nenhuma edificação estabiliza a estrutura social de forma absoluta, pois a subversão da ordem é possível através da atuação criativa dos sujeitos que ali transitam, conforme vimos no capítulo anterior.

## CONCLUSÃO

Já disse Conceição Evaristo em um dos contos do seu livro *Olhos d'Água*: “Escrever é uma maneira de sangrar”. Acrescento: e de muito sangrar, muito e muito...”. Por mais doloroso que seja esse movimento, é necessário para que certas histórias não sejam esquecidas e aos seus protagonistas não seja negado o direito à memória. Apenas assim evita-se a repetição de erros.

É certo que, embora o pensamento psiquiátrico tenha se desenvolvido, mesmo considerando a mentalidade correspondente a cada época, o Hospital Colônia apresenta-se como arquétipo de um comportamento anacrônico que levou ao encarceramento de pessoas acusadas de comprometer a ordem familiar e social: moças violentadas por seus patrões ou que, por outros motivos, engravidavam antes do casamento; agitadores políticos, homossexuais, alcoólatras, dependentes químicos, etc. Juntamente com eles epiléticos, depressivos, dentre outros, compunham o vasto grupo de loucos, vítimas das práticas manicomiais.

Ao longo de todos os anos de existência do Hospital Colônia, seus pavilhões apresentaram-se como ferramenta de controle, institucionalizando, assim, o confinamento. Conforme vimos, os regulamentos do hospital propunham o cuidado e tratamento dos doentes mentais. Contudo, desde o princípio, a distribuição espacial dos pavilhões aponta para outra direção: uma vida monótona e de vigilância constante. Somado a isso, estavam a rotina disciplinar e objetos institucionais que geravam um apagamento dos desejos, da autonomia e das subjetividades. Observamos, portanto, que havia um hiato entre as documentações oficiais da instituição, responsáveis por regulamentar seu bom funcionamento, e aquilo que foi concretizado a partir das edificações que serviram de casa para os pacientes.

Sendo o Colônia a concretização de uma política pública de assistência aos doentes mentais, seus superartefatos podem ser lidos como estratégia de Estado. Lembremos que as estratégias, segundo De Certeau (1998), são “ações que, graças ao postulado de um lugar de poder (a propriedade de um próprio), elaboram lugares teóricos (sistemas e discursos totalizantes), capazes de articular um conjunto de lugares físicos onde as forças se distribuem” (DE CERTEAU, 1998, p. 102). Até o início do século XX, o destino comum dos doentes mentais em Minas Gerais eram os anexos das Santa Casas e as cadeias. Em ofícios direcionados ao Secretário do Interior, as chefias dessas instituições tanto apontavam a ineficiência em receber os alienados naqueles locais, como também apontavam para a violência de seus comportamentos que colocava em risco a si, aos colegas de cela e ao patrimônio material. A constituição de um hospital público que, segundo seu regulamento, objetivava fornecer

tratamento aos doentes mentais do Estado, mostrou-se oportuna para a manutenção da ordem pública e da segurança social. Não à toa, durante muitos anos sua única modalidade assistencial foi o internamento.

Apesar disso, é possível reconhecer que até o início da década 1950 havia um esforço em proporcionar às/aos pacientes algo além da clausura: os pátios, ainda que monótonos, eram espaços onde podiam circular, criar laços, construir seus cachimbos e apreciar o fumo. Em alguns pavilhões, houve o projeto inicial de implantar áreas recreativas, a exemplo do Afonso Pena, Arthur Bernardes, Baeta Viana e Milton Campos. Contudo, o confinamento enquanto característica predominante no ambiente hospitalar, resultou no fracasso em alcançar a cura da maioria dos pacientes. A crença na cura dos ditos loucos, presente na psiquiatria até meados do século XX, está expressa nos ofícios e relatórios da instituição, que listavam a quantidade de pacientes que receberam alta curados. Para além destes, havia nos regulamentos a possibilidade de alta aos alienados tranquilos, isto é, àqueles que não se mostravam um risco à ordem e segurança públicas.

O longo período de internação somado ao constante aumento de novos pacientes, resultou na superlotação do hospital logo em seu primeiro ano de funcionamento. É curioso observar como o Estado, que aproveitou de uma estrutura já existente a fim de evitar grandes dispêndios, viu-se obrigado a destinar cada vez mais recursos para a assistência aos alienados que sempre carecia de mais pavilhões, roupas, alimentos e equipamentos. Concomitante a isto, estava sendo discutido e testado na comunidade psiquiátrica a aplicação da laborterapia: a terapêutica através do trabalho – em especial trabalhos agrícolas –, que garantia aos pacientes alguma ocupação, inculcava-lhes princípios morais e os moldava para serem sujeitos úteis para a sociedade. No Colônia, a implantação de uma colônia anexa destinada à laborterapia começou a ser discutida ainda no início da instituição, porém se concretizou apenas quase vinte anos depois.

É evidente que para além de aprimorar o tratamento aos doentes mentais, a colônia anexa ao hospital constituía-se em uma fonte de renda e na possibilidade de tornar a instituição autossustentável – diminuindo, assim, as despesas do Estado. Contudo, apesar do discurso acerca dos benefícios da laborterapia, a ela eram destinados somente os pacientes indigentes – conforme consta no próprio regulamento do hospital. Conforme muito bem pontua Magro Filho (1992): “Fica claro que o indigente, o pobre e o marginal, considerados como infratores de uma normal social de conduta, deveriam agora redimir-se trabalhando, não para a sua melhora em verdade, mas sim em favor do Estado” (MAGRO FILHO, 1992, p. 40). Diante disso, observamos que o Hospital Colônia, antes de ser uma política pública de assistência, é um

projeto político pautado na produtividade. Ou seja, o sujeito que não é produtivo, trabalhador impetuoso em todas as horas e dias da semana, é considerado um estorvo. Tal como segue estruturado em nossa sociedade, não há espaço no sistema capitalista para pessoas que necessitam de pausas, medicações, terapias e adaptações.

Contudo, mesmo no interior desse contexto de controle, era possível o desenvolvimento de efeitos imprevistos, os quais estão prescritos naquilo que De Certeau (1998) denominou “tática”: “Sem sair do lugar onde tem que viver e que lhe impõe uma lei, ele aí instaura pluralidade e criatividade” (DE CERTEAU, 1998, p. 93). As oficinas, o trabalho agropecuário, na padaria e na olaria, mesmo que tivesse como um de seus propósitos inculcar outras formas de controle sob os corpos e tornar a instituição autossustentável, acabavam por permitir uma fuga do ambiente fechado dos pavilhões, bem como movimentos de liberdade, com a possibilidade de criar espaços de individualidade afastados daquelas edificações.

Uma nova postura institucional é possível identificar a partir do fim da década de 1950. Diante de um cenário em colapso, com superlotação e poucos recursos, houve a adoção do leito-chão, em 1959, e a construção dos pavilhões Galba Veloso, Crispim Jacques e Dr. Austregésilo – todos com formato retilíneo, com um único e longo corredor através do qual se distribuíam as enfermarias, e ausência de pátios. Tais novidades sinalizam para uma assistência psiquiátrica voltada tão somente a oferecer leitos. Embora o confinamento estivesse presente na distribuição espacial dos pavilhões desde o princípio da instituição, a partir desse momento ele se torna ainda mais evidente, gritando através de suas paredes.

O Hospital Colônia não apenas apresentava barreiras físicas que delimitavam a relação social de suas internas/os com o mundo externo, como também impunham barreiras simbólicas. O uniforme é o grande exemplar de como os limites e controle institucionais estendiam-se para além de seus pavilhões, sendo um sinalizador da loucura e fazendo com que as/os pacientes fossem lidos pela população externa primeiramente e principalmente como loucas/os. Desse modo, o hospital apresentava-se como um enclave entre os mundos da razão e da desrazão e como um mantenedor da doença mental. Toda a sua estrutura de confinamento e potencial de padronização presente nos objetos institucionais, dificultavam sobremaneira, às vezes até impedia por completo, a subjetivação e vivência do desejo – tão fundamentais para a constituição do indivíduo. Se considerarmos o conceito de saúde proposto por Dejours (1986: n.p), de que ela é definida pelo de direito de “traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social”, o Colônia mostra-se como uma máquina adoecedora, visto que não permitia o exercício da alteridade do indivíduo.

Nesse contexto, os atos de resistência por parte dos pacientes foram fundamentais para subverter a lógica institucional imposta e, assim, (re)criar suas individualidades e liberdades. Portanto, cada objeto criado ou negociado dentro do contexto manicomial pode ser lido como tática; isto é, um golpe ou prestidigitação executada dentro dos muros institucionais com o intuito de livrar-se dele. O livrar-se não necessariamente se traduzia em fuga efetiva, deslocando-se daquele espaço físico para outro envolto de liberdade. A fuga podia se dá entre muros, no ato de fumar um cachimbo que foi confeccionado ali mesmo, com restos de outros objetos, ou ainda erguendo outros muros, menos estáticos e transponíveis, mas capazes que manter um tesouro seguro – como aquele criado por Durval Moreira. A liberdade, portanto, estava impressa na possibilidade de construir: coisas ou afetos – alguns dos quais materializados em objetos como a boneca de Sueli.

Cabe pontuar que em toda a trajetória do Hospital Colônia deve-se considerar as próprias limitações inerentes à psiquiatria da época. A constituição da psiquiatria em Minas Gerais se deu juntamente com o Colônia. Pode-se dizer, inclusive, que ambos se desenvolveram juntos, uma vez que a primeira cadeira de Clínica Neurológica e Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Estado foi ofertada somente em 1914. A sociedade, por sua vez, também assumia uma postura segregacionista. A demanda sempre crescente que o hospital precisava lidar era consequência, dentre outras coisas, de uma mentalidade social que via (e ainda vê!) o diferente como um estorvo. Dentro da lógica capitalista, esses sujeitos são lidos como improdutivos e, portanto, descartáveis.

A Rede de Atenção Psicossocial, criada em 2011, visa justamente garantir às/aos doentes mentais, e também às pessoas dependentes de crack, álcool e outras drogas, o direito da vivência de suas subjetividades, oferecendo atendimento gratuito, atenção humanizada, livre circulação, inclusão social e exercício da cidadania (Portaria nº 3.088, 2011, 23 de dezembro). Tal rede é composta pelo Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento, e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais – isto é, estruturas plurais.

Recentemente, porém, os avanços trazidos por esta reforma psiquiátrica que segue em desenvolvimento têm sido ameaçados por sérios retrocessos após a publicação da Nota Técnica nº 11/2019, do Ministério da Saúde. Dentre outras coisas, a Nota prevê o aumento do número de leitos nos hospitais psiquiátricos e diminui o repasse de verbas à Rede de Atenção Psicossocial. Ou seja, gradativamente vai-se diminuir o investimento em formas de tratamentos humanizados, para, em contrapartida, aumentar o número de internações em hospitais psiquiátricos, retomando, assim, a lógica manicomial de segregação e confinamento.

Tais retrocessos iniciaram ainda no Governo de Michel Temer e se intensificaram no atual Governo de Jair Bolsonaro após a publicação desta Nota Técnica que, além de retomar a lógica manicomial, também autoriza a internação de crianças e adolescentes em enfermarias psiquiátricas, e aprova a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia financiada pelo Ministério da Saúde. A terapêutica através da aplicação de eletrochoques, abolida na rede pública de Saúde Mental durante a década de 1980, está mais uma vez autorizada e abre brechas para uma série de arbitrariedades. Além disso, ainda mais recentemente, decretou-se que a partir deste ano as pessoas encarceradas que sofrem de transtornos mentais não poderão mais ser atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>193</sup>. Este acompanhamento era garantido pelo Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, existente desde janeiro de 2014, e assistia pessoas que, em sua maioria, estavam detidas ilegalmente em presídios e em hospitais de custódia.

Em meio a tamanha derrocada que enfrenta o atual serviço público de assistência psiquiátrica – e o SUS como um todo –, esta tese apresenta-se como um tipo de testemunho necessário da existência física e histórica de uma instituição manicomial, bem como da violência e consequências que emanavam do seu esforço em homogeneizar pessoas a fim de discipliná-las. Conforme pontua Casella (2011), pesquisas nesses contextos mostram-nos como a Arqueologia oferece ferramentas fundamentais no combate à obliteração intencional e politicamente motivada tanto das evidências materiais que sustentavam o internamento e essa particular gestão social, como do passado em si de exclusão, violência e abandono das vítimas desse processo. Além disso, como nos lembra Moshenska e Myers (2011), trata-se de reconhecer que o passado, com todas as suas opressões e injustiças, erros e acertos, está física e socialmente materializado no presente.

Os pavilhões do Hospital Colônia, embora ainda existam em sua maioria, mostram perfeitamente que não são imutáveis. Para além das mudanças físicas que muitos sofreram para comportar novos usos, eles são objetos de constante (re)interpretação e (re)construção de distintas narrativas. Afinal, como ressalta Gieryn (2002: 35), “os significados ou histórias são às vezes mais flexíveis do que os pisos e paredes que eles representam. Nós desconstruímos os edifícios material e semioticamente no tempo”. Isto sem contar aqueles que ruíram, transformando-se em um bloco sem vida – exceto pelas plantas e animais que o habitam –, e outros que deixaram de existir, vivendo apenas nos vestígios que restaram de sua existência.

---

<sup>193</sup> Presos com transtornos mentais não serão mais atendidos pelo SUS. Jornal DOL, 03 de junho de 2020.

## Palavras finais

Adentrei a Casa Verde<sup>194</sup> no momento em que embarquei de cabeça e coração nessa pesquisa. Seguindo o trilho de vestígios de antiga-nova história, uma velha passageira, conhecedora daquele percurso, advertiu-me: “teu lugar é lá fora, menina!”. Naquele momento, não entendi o profundo significado presente naquela fala segura e serena. Talvez porque quisesse permanecer um tempo desempenhando aquele papel de investigadora curiosa. Não imaginava, porém, os atravessamentos. Todos aqueles vestígios – objetos, fotos, prédios e falas – não eram simples dados objetivos que sustentavam uma tese. Mais que isso, eram fragmentos de vidas que, de algum modo, se entrelaçaram a minha, me envolveram... e eu não sabia como lidar com isso.

Meu lugar não era ali dentro. Bem me advertiram.

Então precisei me afastar. Não precisava submergir em experiências que não me pertenciam para falar sobre elas. Essas experiências estão em cada vestígio e elas apenas são. A mim cabia pedir licença para reverberá-las e, em tempos de execução da tal “Nova Política de Saúde Mental”, essas experiências precisam reverberar.

O passado manicomial do Hospital Colônia de Barbacena mostra-nos que a centralização do cuidado da saúde mental somente no ambiente hospitalar favorece apenas o isolamento social da/o paciente. Acredito que qualquer pessoa que esteja enfrentando seriamente a atual pandemia, há de concordar que o isolamento/distanciamento social não beneficia a saúde mental.

Meu objetivo não foi reabrir as feridas do Colônia nem de seus sobreviventes (sejam eles ex-internas/os ou ex-funcionárias/os). Penso que o passado é grande mestre e, na condição de arqueóloga, com acesso a ferramentas que o colocam em evidência, espero que este trabalho nos ajude a identificar atuais e futuros retrocessos nas políticas de assistência psiquiátrica, e que a gente consiga compreender que o manicômio não se resume a um prédio. Na medida em que nossas práticas sociais são segregacionistas, elas, de alguma forma, são manicomiais.

E tudo isso me leva àquela frase: “teu lugar é lá fora”. Sim, de fato é aqui fora: contribuindo para que o passado manicomial não se torne uma nova realidade. Isto se dá através da potência das narrativas que se apresentaram a mim por meio das materialidades do hospital e das falas das pessoas que por ali passaram – narrativas essas que tentei traduzir e registrar neste trabalho. Cada uma delas nos instiga a olhar de maneira crítica para as práticas psiquiátricas, as quais têm elaborado novos caminhos desde o início da chamada Luta

---

<sup>194</sup> Referência ao conto *O Alienista*, de Machado de Assis.

Antimanicomial, mas que agora se encontram ameaçados perante o desmonte sistemático do SUS.

As narrativas que reverberam do Hospital Colônia de Barbacena encontram-se com aquelas que ecoaram até mim no Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil de Belo Horizonte, durante o mestrado. Todas elas anunciam a necessidade de seguir sendo e agindo diferente, respeitando as alteridades e defendendo seu direito de existir em sociedade.

## REFERÊNCIAS

### Leis, Decretos, Resoluções e Regulamentos

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3657, de 12 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoes/Web/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 30 jan. 2015.

BRASIL. **Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília, 1992. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm). Acesso em: 30 jan. 2015.

BRASIL. **Lei nº 10216, 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. Brasília, Casa Civil, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 30 jan. 2015.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MINAS GERAIS. **Lei nº 290, de 18 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. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=Lei&num=290&comp=&ano=1900>. Acesso em: 30 jan. 2015.

MINAS GERAIS. **Regulamento da Assistência a Alienados a que se refere o Dec. n. 1.579**. Imprensa Oficial do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte, MG, 22 fev. 1903.

MINAS GERAIS. **Lei nº 778, de 16 de setembro de 1920**. Autoriza o poder executivo a reformar os serviços da Assistência a Alienados e dá outras providências. Imprensa Oficial do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte, MG, 20 set. 1920.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 6169, de 31 de agosto de 1922**. Aprova o regulamento de Assistência a Alienados em Minas Gerais. Imprensa Oficial do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte, MG, 4 e 5 set. 1922.

MINAS GERAIS. **Regulamento da Assistência a Alienados a que se refere o Dec. n. 6169**. Imprensa Oficial do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte, MG, 4 e 5 set. 1922.

MINAS GERAIS. **Regulamento da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais**. Imprensa Oficial do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte, MG, 27 mar. 1934.

MINAS GERAIS. **Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_224.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf). Acesso em: 8 nov. 2020.

**Fontes primárias**

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-077**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-392**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-1634**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-1638**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-1652**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-1674**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-1711**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-1724**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-1725**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-1836**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-1857**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI-2001**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 13**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 34**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 37**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. **SI<sup>10</sup> Cx 14 Pc 41**. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública.

## Jornais

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **Chronica**. Barbacena, 19 jul. 1914, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **Assistencia a Alienados**. Barbacena, 29 jul. 1922, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **Assistencia a Alienados**. Barbacena, 26 out. 1922, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **Com a presença do Dr. Noraldino Lima, inaugurou-se no Hospital Central varios melhoramentos**. Barbacena, 24 de ago. 1934, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **A cidade na imminencia de ficar sem pão**. Barbacena, 10 de mar. de 1937, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **Notas & Comentarios**. Barbacena, 16 set. 1941, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **Triste e decepcionante**. Barbacena, 18 set. 1941, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **Inaugurados dois Pavilhões no Hospital Colônia**. Barbacena, 18 jan. 1951, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **Em Barbacena um dos expoentes maximos da neuro cirurgia**. Barbacena, 07 fev. 1952. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **Apanhado da conferência do professor Renato Tavares Barbosa. Visita aos doentes recém-operados**. Barbacena, 07 fev. 1952. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. **20 casas para funcionarios do Hospital Colônia**. Barbacena, 13 set. 1953, p. 1. Fundo Altair José Savassi. Arquivo Histórico Municipal Professor Altair José Savassi.

JORNAL DA CIDADE. **FHEMIG e CHPB abrem as portas à comunidade e mostram sua história**. Barbacena, 10 ago. 1996, p. 3.

JORNAL DIÁRIO DA TARDE. **DT reúne psiquiatras na Associação Médica. Escandalo de Barbacena foi Mesa-Redonda: Exito total**. Belo Horizonte, 19 abr. 1961, p. 10. Hemeroteca Histórica. Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais.

JORNAL ESTADO DE MINAS. **Barbacena: dramática situação no Hospital Colonia**. Belo Horizonte, 15 abr. 1961, p. 1. Hemeroteca Histórica. Biblioteca Pública Estadual de Minas Gerais.

### Documentários e sites

HOLOCAUSTO Brasileiro. Direção de Daniela Arbiz e Armando Mendz. ARBEX, Daniela; MENDZ, Armando. Rio de Janeiro: Ancine/Vagalume Filmes/Brasil Distribution/LLC, 2016. [90min].

RATTON, Helvécio. **Em nome da razão**. Grupo Novo de Cinema e TV e Associação Mineira de Saúde Mental. Minas Gerais, 1979.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Origens. **Centro Cultural do Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/origens1.php>. Acesso em: 8 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Localização Geográfica. **Site do Governo do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/conteudo/conheca-minas/geografia/localizacao-geografica>. Acesso em: 8 nov. 2020.

GOOGLE. **Google Maps**, 2020a. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/preview>. Acesso em: 8 nov. 2020.

GOOGLE. **Google Earth**, 2020b. Disponível em: <https://www.google.com.br/earth/>. Acesso em: 8 nov. 2020.

### Livros e Periódicos

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARRETO, L. **Diário do Hospício**: O cemitério dos vivos. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

BARTLETT, A. E. Spatial order and psychiatric disorder. *In*: PEARSON, M. P.; RICHARDS, C. **Architecture & Order**: Approaches to Social Space. Londres e Nova York: Routledge, 1997.

BIANCHI VILLELI, M.; ZARANKIN, A. **Arqueología como memoria: intervenciones arqueológicas en el Centro Clandestino de Detención y Tortura “Club Atlético”**. Plano de trabalho aceito pela Comissão de Trabalho e Consenso do Projeto “Recuperación de la memoria del Centro Clandestino de Detención y Tortura Club Atlético”. Dirección Geral de Direitos Humanos / Governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires, 2003.

BLANTON, R. E. **Houses and Households**: a comparative study. New York and London: Plenum Press, 1993.

BUCHLI, V.; LUCAS, G. **Archaeologies of the Contemporary Past**. Londres e Nova York: Routledge, 2001.

BRATE, M. *et al.* Journeys in the city: Homeless archaeologists or Archaeologies of homelessness. **Journal of Contemporary Archaeology**, Sheffield, v. 2, n. 2, p. 235-244, 2015.

CANÇADO, M. L. **Hospício é deus**: Diário I. Belo Horizonte: Autêntica, 2016 [Epub].

CARRARA, S. **Crime e Loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. São Paulo: EdUSP, 1998.

CARROLL, L. **Alice no país das maravilhas**. Porto Alegre: TAG, 2019.

CASELLA, E. C. Archaeology of the Ross Female Factory: Female Incarceration in Van Diemen's Land. **Records of the Queen Victoria Museum**, Tasmânia, n. 108. June 2002.

CASELLA, E. C. Lockdown: On the Materiality of Confinement. *In*: MOSHENSKA, G; MYERS, A. **Archaeologies of Internment**. New York: Springer, 2011, p. 285-295.

CIRINO, O. O descaminho daquele que conhece. **Fascículos FHEMIG**, Belo Horizonte, n. 7, p. 39-83, 1992.

COELHO, R. G. The Garden of Refugees. **Journal of Contemporary Archaeology**, Sheffield, v. 3, n. 2, p. 121-294, 2016.

COELHO, R. G. *et al.* ¿Excepción o normalidad? Apuntes para una arqueología de los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIEs), **Revista Arkeogazte/Arkeogazte Aldizkaria**, Vitoria-Gasteiz, n. 7, p. 123-148, 2017.

COPPOLA, N. M. **Medicalização e higienismo em São Paulo**: o contexto arqueológico do Sanatório Bela Vista (1920-1980). 2017. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Arqueologia, História e Sociedade) – Universidade de Santo Amaro, São Paulo, 2017.

CORREIA, S. B. G. ‘Úteis a sai e à pátria’. Arqueologia, Arquitetura e Poder Disciplinar: um estudo de caso da Colônia Isabel em Pernambuco. 2014. 104f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arqueologia e Preservação Patrimonial) – Universidade Federal do Vale do São Francisco, São Raimundo Nonato, 2014.

COSTA, D. N. B.; MAGUIRE, P. F. ‘Scientific torture’? Scientism and the marks of torture inside a police station in Belo Horizonte, Brazil. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, Brasília, v. 15, n. 3, dez. 2018, p. 1-23. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-43412018000300510&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-43412018000300510&lng=en&tlng=en). Acesso em: 26 jan. 2020.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**: Um Corte Ideológico. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

DANTAS, M. **Arthur Bispo do Rosário: a poética do delírio**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DAVIES, P. Clothing and textiles at the Hyde Park Barracks Destitute Asylum, Sydney, Australia. **Post-Medieval Archaeology**, Reino Unido, v. 47, n. 1, p. 1-16, 2013.

DE CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**. Artes de fazer. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

DE CUNZO, L. A. Reform, Respite, Ritual: Na Archaeology of Institutions; The Magdalen Society of Philadelphia, 1800-1850. **Historical Archaeology**, Pensilvânia, v. 29, n. 3, p. 1-168, 1995.

DE CUNZO, L. A. Exploring the Institution, Reform, Confinement Social Change. *In*: HALL, M.; SILLIMAN, S. W. (Ed.) **Historical Archaeology**. Malden: Blackwell, 2006, p. 167-189.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.l.], v. 14, n. 54, 1986. Não paginado.

DUARTE, M. N. **Ares e Luzes para mentes obscuras**. O Hospital Colônia de Barbacena: 1922-1946. 1996. 172f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996.

DUARTE, M. N. **De “Ares e Luzes” a “Inferno Humano”**. Concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Estudo de caso. 2009. 273f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

ENGEL, M. G. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 547-563, nov./fev. 1999.

EVARISTO, C. **Olhos d’água**. Rio de Janeiro: Pallas: Fundação Biblioteca Nacional, 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. 8. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, M. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 41. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

FREITAS, A. T. **Consolidação das Leis Civis**: Vol. I. Ed. fac-similar. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2003.

FUNARI, P. P. Linguística e Arqueologia. **Delta**, São Paulo, v. 15, n. 1, fev./ jul. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-44501999000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44501999000100008). Acesso em: 13 de ago. de 2014.

FUNARI, P. P.; ZARANKIN, A; REIS, J. A. **Arqueologia da repressão e da resistência na América Latina na era das ditaduras (décadas de 1960-1980)**. São Paulo: Annablume, 2008.

GIERYN, T. F. What building do. **Theory and Society**, v. 31, n. 1. Fev. 2002, p. 35-74. Disponível em: [https://www.jstor.org/stable/658136?seq=1&cid=pdf-reference#references\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/658136?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents). Acesso em: 16 mar. 2019.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1995.

GONZÁLEZ-RUIBAL, A. Time to destroy. An archaeology of supermodernity. **Current Anthropology**, Chicago, v. 49, n. 2, p. 247-279, 2008.

GONZÁLEZ-RUIBAL, A. **An archaeology of the contemporary era**. Londres and New York: Routledge, 2019a.

GONZÁLEZ-RUIBAL, A. Arqueología del pasado contemporâneo: Uma mirada desde la Península Ibérica. **Vestígios: Revista Latino-Americana de Arqueologia Histórica**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 1-7, jul./dez. 2019b.

GOULD, R.; SCHIFFER, M. B. **Modern Material Culture: The archaeology of us**. New York: Academic Press, 1981.

GRAVES-BROWN, P. **Matter, Materiality and Modern Culture**. Londres: Routledge, 2000.

GRAVES-BROWN, P.; HARRISON, R.; PICCINI, A. **The Oxford Handbook of the Archaeology of the Contemporary World**. Nova York: Oxford University Press, 2013.

GUIMARÃES ROSA, J. **Primeiras Estórias**. São Paulo: Global Editora, 2019 [Epub].

GULLAR, F. Uma lei errada. **Folha de São Paulo**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1204200920.htm>. Acesso em: 30 jan. 2015.

HARRISON, R.; SCHOFIELD, J. **After Modernity: Archaeological Approaches to the Contemporary Past**. Nova York: Oxford University Press, 2010.

HARRISON, R. Archaeologies of Emergent Presents and Futures. **Historical Archaeology**, Germantown, v. 50, n. 3, p. 165-180, 2016.

HASHIMOTO, F.; TAVARES, L. A. T. A alienação mentas e suas (re)produções na contemporaneidade. **Revista da SPAGESP: Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 3-12, jul./dez. 2008.

HILLIER, B.; HANSON, J. **The Social Logic of Space**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

HODDER, I. **Interpretación en Arqueología: Corrientes Actuales**. Barcelona: Crítica, 1994.

JOHNSON, M. **An Archaeology of Capitalism**. Oxford: Blackwell, 1996.

LANGDON, E. J. **A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Palestra oferecida na conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23 ago. 1995. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/163071061/LANGDON-Jean-A-Doenca-como-Experiencia-Construcao-da-Doenca-e-seu-Desafio-para-a-Pratica-Medica>. Acesso em: 15 mar. 2019.

LEMOS, C. M. **Arquitetando o terror: Um estudo sensorial dos centros de detenção oficiais e clandestinos da ditadura civil-militar do Brasil (1964-1985)**. 2019. 384f. Tese (Doutorado em Arqueologia) – Universidade Federal de Sergipe, Laranjeiras, 2019.

LONGHURST, P. **The Foundations of Madness: The role of the built environment in the mental institutions of New South Wales**. 2011. 173f. Dissertação (Bacharel em Estudos Liberais) – University of Sydney, Sydney, 2011.

LOPES, Rhuan C. S. **Tempos, espaços e cultura material na Vila Santo Antônio do Prata, Pará** – Arqueologia em uma Instituição Total Amazônica. 2017. 164f. Tese (Doutorado em Antropologia, área de concentração em Arqueologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

MACHADO DE ASSIS, J. M. **O Alienista**. Porto Alegre: L&PM, 2014.

MACIEL, M. E. A Eugenia no Brasil. **Anos 90**, Porto Alegre, v. 7, n. 11, p. 121-143, jul. 1999.

MAGRO FILHO, J. B. **A tradição da loucura**. Minas Gerais: 1870-1964. Belo Horizonte: COOPMED/Editora UFMG, 1992.

MARKUS, T. A. **Building and Power: Freedom and Control in the Origin of Modern Building Types**. Londres e Nova York: Routledge, 1993.

MASSENA, N. **Barbacena: A Terra e o Homem**. Belo horizonte: Imprensa Oficial, 1985.

MCGUIRE, R. H. Muros de acero y cercas de madera: rematerializando la frontera entre Estados Unidos y México em Ambos Nogales, **Revista Arkeogazte/Arkeogazte Aldizkaria**, Vitoria-Gasteiz, n. 7, p. 97-121, 2017.

MENESES, U. B. Identidade cultural e arqueologia. **Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional**, n 20, p. 33-36, 1984.

MOREIRA, J. B.; SOARES, F. C. Muralhas que comunicam: fortificações catarinenses como portais de acesso ao Brasil Meridional. *In*: SOARES, F. C. **Arqueologia das fortificações: perspectivas**. Florianópolis: Lagoa, 2015, p. 101-148.

MORETZSOHN, J. A. **História da Psiquiatria Mineira**. Belo Horizonte: Coopmed Editora, 1989.

MOSHENSKA, G.; MYERS, A. **Archaeologies of Internment**. New York: Springer, 2011.  
MYERS, A. The Things of Auschwitz. *In*: MOSHENSKA, G; MYERS, A. **Archaeologies of Internment**. New York: Springer, 2011, p. 75-88.

NAJJAR, R. Para além dos cacos: a Arqueologia Histórica a partir de três superartefatos (estudo de caso de três igrejas jesuítas). **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**. Ciências Humanas, Belém, v. 6, n. 1, p. 41-55, 2011.

NAVARRETE, R.; LÓPEZ, A. M. Rabiscando atrás das grades: grafite e imaginário político-simbólico no Quartel San Carlos (Caracas/Venezuela). *In*: FUNARI, P. P.; ZARANKIN, A.; REIS, J. A. **Arqueologia da repressão e da resistência na América Latina na era das ditaduras (décadas de 1960-1980)**. São Paulo: Annablume, 2008.

PELLINI, J. R. Rituais: Afetos, sentidos e memórias. Uma proposta. **Habitus**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 141-156, 2016.

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

PARKER PEARSON, M.; RICHARDS, C. **Architecture & Order: Approaches to Social Space**. Londres e Nova York: Routledge, 1997.

PICCININI, W. J. **Apontamentos para a história da psiquiatria mineira à luz das suas publicações**. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0606.php>. Acesso em: 13 out. 2020.

PIDDOCK, S. **A Space of Their Own: The Archaeology of Nineteenth Century Lunatic Asylum in Britain, South Australia and Tasmania**. Nova York: Springer, 2007.

PORTER, R. **Uma História Social da Loucura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

REY, P. M. O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 382-403, set. 2012.

SAVASSI, A. J. **Barbacena: 200 anos**. Belo Horizonte: Editora Lemi S.A, 1991.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEABRA, A. C. S. **Arquitetura disciplinar na Amazônia: o Educandário Dr. Nogueira de Faria – Ilha de Cotijuba – Belém – Pará**. 2019. 116 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

SILVA, G. B.; HOLANDA, A. F. Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930). **Memorandum**, Belo Horizonte, n. 27, p. 127-142, out. 2014.

SILVEIRA, R. D. **Projeto Lopes Rodrigues**: Continuidades e rupturas nas conexões entre ensino psiquiátrico e prática assistencial em Minas Gerais (1920-1930). 2008. 305 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

SOUZA, R. A. Pixações sob a ótica da Arqueologia Urbana. **Revista de Arqueologia Pública**, [S. l.], n. 8, p. 135-156, 2013.

STANCHI, R. P. **Modernidade, mas nem tanto**: O caso da vila operária da fábrica Confiança, Rio de Janeiro, Séculos XIX e XX. 2008. 199 f. Dissertação (Mestrado em Arqueologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SUÁREZ, C. M. *et al.* El Centro Caldestino de Detención y Totura Los Vagones del Barrio Olímpico (Canelones). Testimonio material y prueba judicial de la participación de la policía uruguaya en el terrorismo de Estado. **Vestígios: Revista Latino-Americana de Arqueologia Histórica**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 1-7, jul./dez. 2019.

TESSARO, P. A. B. **Pedaços de uma Paulicéia espalhados pela Urbe**: Musealizando uma Arqueologia com a Cidade. 2013. 258f. Dissertação (Mestrado em Arqueologia) – MAE-USP, São Paulo, 2013.

THIESEN, B. V. **As paisagens da cidade**: Arqueologia da área central da Porto Alegre do século XIX. 1999. 320f. Dissertação (Mestrado em História) – PUCRS, Rio Grande do Sul, 1999.

THIESEN, B. V. **Fábrica, identidade e paisagem urbana**: Arqueologia da Bopp Irmãos (1906 –1924). 2005. 272f. Tese (Doutorado em Arqueologia) – PUCRS, Rio Grande do Sul, 2005.

THIESEN, B. V. Antes da poeira baixar: reflexões sobre uma arqueologia do passado recente. **Revista Memore**, [S. l.], v.1, n. 1, p. 222-226, 2013.

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 35-52, dez. 2011.

WICKERT, L. F. Loucura e direito a alteridade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 18, n. 1, 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931998000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000100005). Acesso em: 12 mar. 2019, n.p.

WOBST, H. M. Agency in (spite of) material culture. *In*: DOBRES, M.; ROBB, J. E. (ed.). **Agency in Archaeology**. New York: Routledge, 2000.

YAMIN, R. Alternative narratives: respectability at New York's Five Points. *Tales of Five Points*. *In*: MURRAY, T.; MAYNE, A. **The archaeology of urban landscapes. Explorations in slumland**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001, 154-170.

ZANETTINI, P. E. Arqueólogos de Volta à Metrópole. *In*: MORI, V. H.; SOUZA, M. C.; BASTOS, R. L.; GALLO, H. **Patrimônio: Atualizando o Debate**. São Paulo: IPHAN, 2006, p. 221-232.

ZARANKIN, A. Casa tomada: sistema, poder y vivienda familiar. *In*: ZARANKIN, A.; ACUTO, F. **Sed non Siata**: Teoría Social en la Arqueología Latinoamericana Contemporánea. Buenos Aires: Del Tridente, 1999, p. 239-271.

ZARANKIN, A. **Paredes que Domesticam**: Arqueologia da Arquitetura Escolar Capitalista. O caso de Buenos Aires. São Paulo: Fapesp, 2002.

ZARANKIN, A. Arqueología de la Arquitectura, modelando al individuo disciplinado en la sociedad capitalista. **Revista de Arqueología Americana**, v. 22, n. 1, p. 25-41, 2003.

ZARANKIN, A. Corpos Congelados: uma leitura metafórica de paredes e muros em Belo Horizonte, MG. *In*: MACEDO, J.; ANDRADE, R.; TERRA, C. **Arqueologia na paisagem**: novos valores, dilemas e instrumentos. Rio de Janeiro: Rio Books, 2012, p. 18-33.

ZIMMERMAN, L.; WELCH, J. Displaced and Barely Visible: Archaeology and the Material Culture of Homelessness. **Historical Archaeology**, [S. l.], v. 45, n.1, p. 67-85, 2011.