

MARIA CLARA ORTIZ DE SOUZA

**A segregação dos indesejáveis: o processo de institucionalização
da loucura no Hospital Colônia de Barbacena**

Taubaté – SP

2021

MARIA CLARA ORTIZ DE SOUZA

**A segregação dos indesejáveis: o processo de institucionalização
da loucura no Hospital Colônia de Barbacena**

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Sociais e Letras da Universidade de Taubaté, como trabalho de conclusão do curso de História, sob orientação da Profa. Dra. Rachel Duarte Abdala.

Taubaté – SP

2021

Maria Clara Ortiz de Souza

A segregação dos indesejáveis: o processo de institucionalização da
loucura no Hospital Colônia de Barbacena

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Departamento de Ciências Sociais e Letras – Curso de História

Taubaté, março de 2021

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Rachel Duarte Abdala

1º Membro: Prof. Dr. Moacir José dos Santos

2º Membro: Profa. Dra. Suzana Lopes Salgado Ribeiro

À minha querida mãe, Aparecida Sueli
Ortiz de Souza.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade de Taubaté (UNITAU), aos professores do curso de História e aos colegas de graduação, por todo o ensinamento, seja ele de História ou de vida; e por todo o crescimento que obtive ao longo desta etapa.

A todos os professores que passaram por minha trajetória estudantil, por toda a paciência e por todos os incansáveis dias e noites de trabalho, dedicados à luta pela educação e pelo futuro dos alunos.

À minha professora e orientadora, Dra. Rachel Duarte Abdala, por toda atenção, dedicação, carinho e delicadeza durante as aulas e durante o processo de produção deste trabalho, o qual não teria o mesmo resultado sem sua orientação.

A todos os funcionários – responsáveis pela portaria, pela limpeza, pela secretaria e pela diretoria – que, ao disponibilizarem os seus trabalhos, me proporcionaram tempo, tranquilidade e conforto, me agradando com a condição de terminar meus estudos até hoje.

Ao meu pai, José Mario Nogueira de Souza, por ter se esforçado para me propiciar uma educação exemplar e por ter me apoiado, a todo momento, a seguir meus sonhos.

À minha mãe, Aparecida Sueli Ortiz de Souza, por ser a minha base de vida e minha inspiração diária, por dedicar a sua vivência a mim; e por ter me ensinado que sem esforço, dedicação, honestidade e amor, nada é possível. Eu sou um pedaço da sua vida, mas você é toda a minha história.

Agradeço, por fim, a Deus e às minhas intercessoras, Nossa Senhora e Santa Clara de Assis, por me proporcionarem toda a força e todo o equilíbrio necessários, que me sustentaram durante a trajetória do curso de História e da escrita deste Trabalho de Graduação.

Aqueles que para viajar embarcam sobre as
águas, veem andar a terra e não sua nau.

(MATHURIN RÉGNIER)

RESUMO

Desde a Idade Média, a loucura já era percebida e vivenciada a partir do entendimento da sociedade da época. A segregação e a exclusão dos designados “loucos” era consequência direta do distanciamento, de alguns indivíduos, dos moldes sociais, morais e éticos que predominavam em diferentes períodos. A criação de instituições com o objetivo de separar os indesejáveis e diferentes das demais pessoas da sociedade foi a invenção responsável por isolar local, política e socialmente esses indivíduos. No Brasil, o caso do Hospital Colônia de Barbacena ficou marcado por caracterizar uma instituição criada, teoricamente, para fins terapêuticos e psiquiátricos, mas que foi responsável pela marginalização, pelo descaso, pelos maus-tratos e pela morte de milhares de pessoas consideradas desagradáveis e inconvenientes para o contexto cultural e social da época. Dessa forma, o objetivo desta monografia é estudar o processo de institucionalização da loucura, ao longo da História, passando pela contribuição do pensamento eugênico propagado pela Liga Brasileira de Higiene Mental, até o advento da criação do Hospital Colônia de Barbacena, no Brasil, a partir da análise da linha de pensamento cultural e social propagada na época, a qual culminou na segregação e marginalização de determinados grupos sociais. Para isso, a metodologia aplicada foi a de revisão bibliográfica acerca do tema proposto e análise documental de materiais jornalísticos sobre o Colônia e de estudos publicados no Arquivo Brasileiro de Higiene Mental, entre as décadas de 1920 e 1930. Concluiu-se, portanto, que o Hospital Colônia de Barbacena foi uma tragédia nacional, justificada pelo pensamento social e cultural propagado pelos responsáveis pela institucionalização da loucura, no Brasil, e por suas ações segregacionistas.

Palavras-chave: Institucionalização; Eugenia; Saúde Mental; Hospital Colônia de Barbacena (MG); Marginalização.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO 1. O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA DO LEPROSÁRIO AO ASILO.....	14
1.1. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA COMO PROCESSO HISTÓRICO.....	14
1.2. O SÉCULO XVII E O HOSPITAL GERAL DE PARIS COMO PROTAGONISTAS INICIAIS DO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA.....	18
1.3. A PRÁTICA DO INTERNAMENTO COMO CERNE DA MARGINALIZAÇÃO DA LOUCURA.....	23
CAPÍTULO 2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL.....	37
2.1. A LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL COMO PROPULSORA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA NO BRASIL.....	37
2.2. O CONTEXTO CULTURAL DAS DÉCADAS DE 1920 E 1930 E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DA CONCEPÇÃO DE LOUCURA NO BRASIL.....	42
2.3. A EUGENIA COMO PLANO PSIQUIÁTRICO E SOCIAL NO BRASIL.....	48
CAPÍTULO 3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA NO CASO DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA.....	57
3.1. A MARGINALIZAÇÃO POR MEIO DO CONTROLE SOCIAL, MÉDICO E LEGAL NO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA.....	57
3.2. AS CONDIÇÕES DE SOBREVIVÊNCIA NA INSTITUIÇÃO DO HOLOCAUSTO BRASILEIRO.....	65
3.3. A MARCHA PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

INTRODUÇÃO

A normalidade tem uma história. É algo que foi construído num processo longo e complicado e que incluiu, em sua trajetória, o processo de institucionalização; termo utilizado para descrever os prejuízos causados a seres humanos pela aplicação opressiva ou corrompida de sistemas de controle sociais, médicos ou legais por instituições públicas ou privadas, criadas, inicialmente, para razões benéficas. A loucura, desde sua constituição como objeto perceptível pela sociedade, passou por um processo que orientou, a partir de um conjunto de normas de comportamento, sua regulamentação médica e jurídica formal, com o objetivo de estabelecer uma ordem social, cristalizando modelos de indivíduos com determinados comportamentos e valores éticos e morais. “É porque se começa a ter medo dos loucos que estes são deslocados, que se toma todo o cuidado possível em isolá-los? [...] Ou estaremos autorizados a ver aí o nascimento de novas estruturas, bem como a silhueta dos grandes asilos do século XIX?” (FOUCAULT, 2017, p. 385).

A História, para Schmitt (1990), por muito tempo, se escreveu a partir do centro. As elites do poder, da fortuna e da cultura foram suas únicas escritoras. A partir do centro, irradiava toda a verdade e eram indiciados todos os erros, desvios e simples diferenças. No entanto, “a partir do centro, é impossível abarcar com o olhar uma sociedade inteira e escrever sua história de outro modo que produzindo os discursos unanimistas dos detentores do poder” (SCHMITT, 1990, p. 261-262). É preciso, portanto, que outros pontos de vista sejam revelados e considerados para que descobertas sejam feitas e para que os marginais e periféricos estejam, finalmente, no centro.

Foi no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, que ocorreu a morte de, aproximadamente, 60 mil pessoas, ao longo do século XX, tendo como ápice a década de 1930 na qual a instituição ultrapassou sua lotação máxima. Essas mortes foram decorrentes do que se apontou ter sido negligência da sociedade e da classe médica. No entanto, nas últimas décadas, pesquisadores, dentre os quais se destaca Daniela Arbex (2013), apontam que essas mortes teriam sido resultantes de um projeto de extermínio. Tais indivíduos, mantidos em condições precárias de higiene, de abastecimento de comida e de água, de infraestrutura e de tratamento psiquiátrico – finalidade para qual a abertura do hospital foi premeditada – eram considerados “loucos” e privados da razão da verdade. No entanto, a segregação de indivíduos que se encontravam em situação de apartação compulsória, como no caso do Hospital Colônia de Barbacena, não era novidade do século XX. Os membros da sociedade considerados

“loucos” ou “anormais” estiveram em posição de marginalidade durante a maior parte da história. Desde os leprosos, na Idade Média, até os pobres, presidiários, mulheres adúlteras e todo ou qualquer indivíduo que não se adequava às normas estabelecidas por um determinado corpo social dominante, eram isolados da comunidade em que viviam.

Foucault (2010) discorre sobre o fato de que, durante o século XIX, as ciências biológicas influenciaram as humanas, pois ao abordarem a vida de grupos e sociedades, elas não levaram em conta a estrutura interna do ser humano, focando na concepção médica do normal e do patológico. Com isso, ocorreu, em massa, a classificação como “patologia” do que era, na realidade, vontades de verdade que não se adequavam às verdades dos detentores dos mecanismos de poder, revelando a negação e exclusão das diferenças individuais. O “anormal” foi criado a partir de um discurso que tornou verdadeira a existência de uma “anormalidade”. Dessa maneira, é de extrema importância e necessidade de considerar os discursos criadores da segregação e dos interesses e objetivos por trás deles.

Foi a partir do século XIX, que surgiu a convicção de que o “louco” é portador de uma doença, sustentando a concordância coletiva, por parte da sociedade, do poder adquirido pelo médico em definir o que é normal e como medicar o louco para levá-lo a essa normalidade. A ideia central a ser estudada nesta pesquisa é como a loucura, de acordo com Foucault (2018), não é uma característica humana biológica, mas uma construção cultural, elaborada pelo corpo social – em geral, pelos indivíduos detentores dos mecanismos de poder advindo do discurso.

A importância e a necessidade em se estudar o tema proposto nesta monografia se manifestou nas evidências de que o sistema de tratamento psiquiátrico – em Barbacena durante, aproximadamente, um século e dos demais lugares no Brasil, atualmente – não é capaz de garantir a proteção e os direitos básicos para a população mantida sob esse regime, no qual, grande parte dela, não apresenta critérios médicos exigidos para o tratamento psiquiátrico compulsório no qual está inserida. Pode-se afirmar que as instituições destinadas ao tratamento psiquiátrico no Brasil, nos dias de hoje, muito se assemelham, mesmo depois de décadas, ao exemplo do Hospital Colônia de Barbacena. De acordo com o censo 2011, resultado de pesquisas federais e coordenado por Diniz (2013), são 3.989 homens e mulheres vivendo em regime fechado para tratamento psiquiátrico constante por determinações judiciais, tidos como perigosos para viver em sociedade. Os resultados apontam que, nas instituições atuais de tratamento psiquiátrico, a maior parte dos indivíduos que se encontram nesses ambientes cometeram alguma infração penal, e por isso devem cumprir as medidas de segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). No entanto, o resultado já era

esperado. A população que reside nessas instituições é, majoritariamente, masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho; que sofriam de alguma perturbação mental e que, em determinado momento, cometeu uma infração penal. Os motivadores mais comuns são a ausência de tratamento de saúde adequado, o abandono da família e das redes de contato parentais e de proteção e a carência de políticas sociais eficazes para essa população. Pelo menos 741 indivíduos e um a cada quatro deles internados não deveriam estar nos estabelecimentos de custódia, pois não apresentam fundamentação por critérios legais ou psiquiátricos. Para Diniz (2013), nessas instituições são mantidos indivíduos cujo direito a estar no mundo vem sendo, cotidianamente, violado.

Segundo o Relatório de Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil, realizado em 2020 (Brasil, 2020) – atualmente, o documento mais recente e atualizado acerca do modelo de funcionamento dessas instituições no país – quarenta instituições, em dezessete estados, nas cinco regiões do Brasil, foram visitadas e inspecionadas. Concluiu-se que não há como sustentar que essas instituições sejam consideradas ambientes de saúde, pois se mostraram apenas como ambientes de privação de liberdade, nas quais os indivíduos são mantidos à força, tendo seus consentimentos esclarecidos negados. A situação é alarmante no que se refere à desassistência da atenção à saúde nos hospitais psiquiátricos brasileiros, com graves e múltiplas violações de direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ficaram evidentes características de privação de liberdade, baseadas em um regime de regras, de mandamentos, de ordem, de disciplina e de segurança institucional, em detrimento de projetos terapêuticos singulares e condizentes às necessidades de cada pessoa internada. Além disso, situações de precariedade, como as encontradas no Hospital Colônia de Barbacena, continuam acontecendo: tratamento desumano e degradante, insuficiência e a má qualidade de alimentação e água potável; banho frio e banheiros sem porta; apropriação indevida de recursos financeiros das pessoas internadas; negação do direito ao uso das próprias roupas e acesso aos seus pertences; impedimento da livre comunicação com familiares e entes queridos; violação da privacidade; exploração da força de trabalho das pessoas internadas; castigos corporais, isolamento; uso excessivo de medicação. Nesse sentido, é notório que todos os estabelecimentos inspecionados apresentam características asilares, pois violam, de maneira direta, os artigos constantes da lei atualmente em vigor, n. 10.216/2001.

A partir do objeto de estudo da História – a ação do homem no tempo e no espaço – esta monografia almejou alguns objetivos. Primeiro, investigar, historicamente, a forma como a

concepção de loucura foi sistematizada e institucionalizada, compreendendo o período do final da Idade Média, com a extinção dos leprosários, até o início do internamento asilar, ao final do século XVIII e início do século XIX; bem como a herança deixada ao modelo asilar vigente no século XX. Segundo, analisar a realidade da psiquiatria brasileira, nas décadas de 1920 e 1930, em seus âmbitos cultural e social, nos quais estavam inseridos os médicos psiquiatras e a sociedade, a fim de compreender os objetivos por trás da prática da eugenia, da segregação e da internação de indivíduos que residiam em instituições médicas; mesmo que não apresentassem desvios psicológicos concretos e laudos médicos precisos. Terceiro, averiguar os propósitos da criação do Hospital Colônia de Barbacena, suas condições de internação e de manutenção e o processo de institucionalização, de marginalização e de coerção dos indivíduos mantidos dentro do Hospital. Esses objetivos levaram à elaboração final dos capítulos. Para isso, metodologicamente, a pesquisa foi elaborada a partir do emprego dos instrumentos de revisão bibliográfica acerca do tema proposto e da análise documental de materiais jornalísticos sobre o Colônia e de estudos publicados no Arquivo Brasileiro de Higiene Mental, entre as décadas de 1920 e 1930.

Esta monografia foi dividida e elaborada em três capítulos. No primeiro, a partir da posição historiográfica do autor que se apresentou como referencial teórico acerca da História da loucura, Michel Foucault (2017), analisou-se o fenômeno de marginalização coercitiva dos considerados “loucos” durante a História, desde o final da Idade Média até o início do século XIX. Passando pela transição dos leprosários às casas de internação e ao Hospital Geral de Paris, este capítulo tem como objetivo conhecer o processo de exclusão que acontecia desde antes da Era Clássica; entender a institucionalização da loucura como um processo histórico e abranger a trajetória traçada pela História, em seus âmbitos social, econômico, cultural e político, até a chegada do momento da cristalização e, conseqüentemente, da normalização da prática da institucionalização de indivíduos marginalizados, em asilos do século XIX. O capítulo partiu da análise da relação entre ação, punição e loucura, a qual remete ao ato de vigilância constante, seguida de exclusão, em regimes prisionais ou manicomiais, dos indivíduos “indomáveis”.

No segundo capítulo, foi realizado um recorte espacial e temporal. Foi discutido, especificamente, o modelo brasileiro de psiquiatria, com foco na Liga Brasileira de Higiene Mental e o projeto de eugenia por eles elaborado, levando em conta o comportamento social e os discursos proferidos pelos indivíduos em posição de detentores dos mecanismos de poder para a época estudada. Seguindo o referencial teórico Jurandir Costa e analisando os periódicos

publicados pela Liga Brasileira de Higiene Mental na revista *Arquivo Brasileiro de Hygiene Mental*, entre 1920 e 1930, este capítulo teve como objetivo apresentar o grupo médico e os ideais por eles difundidos; analisar o contexto social, cultural e político das décadas de 1920 e 1930, no Brasil, e seus efeitos no tratamento psiquiátrico; problematizar o modelo de eugenia que se baseou a medicina psiquiátrica como método de tratamento da loucura e relacionar os pensamentos culturais e individuais dos profissionais médicos com o exercício de sua profissão.

Por fim, maiormente por meio da análise da obra *Holocausto Brasileiro*, da autora Daniela Arbex (2013) e da reportagem exposta na revista *O Cruzeiro* (1979), o terceiro capítulo desta monografia destinou-se a explorar a História do Hospital Colônia de Barbacena e as condições desumanas em que foram submetidos os indivíduos que nesta instituição viviam; a apontar o projeto de marginalização, de exclusão e de institucionalização que tinham os detentores dos mecanismos de poder que regiam a manutenção do Hospital e a analisar o processo de desinstitucionalização do Colônia e as consequências advindas do funcionamento inadequado do manicômio.

Capítulo 1. O processo de institucionalização da loucura do leprosário ao asilo

1.1. A institucionalização da loucura como processo histórico

A cidade, desde sua gênese, foi espaço de corpos marginais. Para Schmitt (1990), o desenvolvimento da cidade estimulou a atividade de novos grupos sociais, a princípio vistos como suspeitos, mas cuja pressão acabou por transformar a hierarquia social e a escala de valores. A lepra, doença infecciosa transmitida por vias respiratórias, chegou à Europa como endemia, a partir dos séculos VI e VII, durante a Alta Idade Média. Segundo Pinto (1995), a endemia permaneceu em níveis estáveis até o século XII, porém, depois do advento das Cruzadas, nas quais ocorreram intensos deslocamentos populacionais para o Oriente e, conseqüentemente, o contato com os focos de lepra, aumentou-se massivamente os casos. Entretanto, a partir do século XIV, a lepra começou a recuar na Europa e já no século XV estava praticamente extinta no continente. Seu desaparecimento se deu – além do declínio da densidade populacional ocorrido devido a peste bubônica e o fim dos deslocamentos populacionais vindos do Oriente – principalmente, pela segregação imposta aos leprosos.

Nos séculos XII e XIII, o número de leprosários multiplicou-se, sendo os locais designados aos leprosos, onde eram confinados longe do mundo. A segregação desses indivíduos nesses ambientes se explicava pela significação que a sociedade medieval atribuiu ao contágio da doença. “Nenhum tratamento é dispensado a esses doentes: o medo do contágio, a caridade dos doadores, sua esperança de serem recompensados por suas mercês no outro mundo inspiram essas fundações” (SCHMITT, 1990, p. 273). De acordo com Schmitt (1990), a lepra era a prova corporal do pecado e o encerramento dos leprosos era uma maneira de condená-los por seus supostos erros ou pelos erros de toda a sociedade, pelos quais apenas eles deveriam pagar. Esta ideia fazia com que a sociedade da época encarasse os leprosos com medo e desconfiança, os quais eram vistos como seres indesejáveis. Entretanto, segundo Pinto (1995), os leprosários contavam com a caridade da população das cidades e, também, de indivíduos e de instituições poderosas e ricas, como as congregações religiosas, as quais mantinham os leprosos com o entendimento de que Deus habitava aquelas almas e os viam como forma humanizada da bondade de Deus: “Se se retiraram os leprosos do mundo e da comunidade visível da Igreja, sua existência no entanto é sempre uma manifestação de Deus, uma vez que, no conjunto, ela indica sua cólera e marca sua bondade” (FOUCAULT, 2017, p. 6).

Ao final da Idade Média, a lepra havia desaparecido e os leprosários construídos no Ocidente, que se encontravam vazios e sem utilidade, necessitavam de uma nova função. Porém, os estigmas sociais de reclusão e exclusão permaneceram fortemente na imagem e na memória que se solidificou do sujeito leproso, o que tornou o leprosário estrutura permanente de eliminação dos indesejáveis. “No fundo dos esquemas disciplinares, a imagem da peste vale por todas as confusões e desordens; assim como a imagem da lepra, do contato a ser cortado, está no fundo do esquema de exclusão” (FOUCAULT, 2014b, p. 193). A segregação se expandiu desde então: três séculos depois, seriam excluídos pobres, vagabundos, presidiários, mulheres adúlteras, esquizofrênicos e todos os indivíduos que não se adaptavam as normas de determinada sociedade, tornando necessária a segregação do que é justo e de quem é bem-vindo em cada comunidade. “Nos séculos XVI e XVII, a lepra desaparece progressivamente na Europa, porém às margens das cidades permanecem a lembrança e o espaço da reclusão deixado livre...” (SCHMITT, 1990, p. 273). Foucault (2010) analisa como o modelo da prática de exclusão do leproso foi o mesmo padrão para os mendigos, os vagabundos, os ociosos e os libertinos, e como foram exercidos sobre eles “mecanismos e efeitos de exclusão, de desqualificação, de privação, de recusa, de desconhecimento” [...] (FOUCAULT, 2010, p. 37-38). Após a extinção da lepra e, conseqüentemente, do esvaziamento dos leprosários, as pessoas acometidas com doenças venéreas assumiram os lugares antes ocupados pelos leproso. Segundo Foucault (2017), os doentes venéreos se tornaram tão numerosos que passou a haver a necessidade da construção de outros edifícios – necessariamente longes dos centros urbanos e sem a presença de vizinhanças – que passassem a abrigá-los.

Foucault (2017), em sua obra, explica a figura da *Nau dos Loucos* sendo as embarcações presentes na literatura europeia do século XVI, que tinham como protagonistas viajantes como figuras éticas ideais que partiam em busca de seus destinos e de suas verdades subjetivas, em uma longa viagem ficcional. Apesar de se tratar de obras literárias, a *Nau dos Loucos* existiu concretamente nas sociedades europeias dos séculos XIV, XV e XVI, as quais foram responsáveis por escorraçar os indivíduos considerados “loucos” para longe de suas cidades, por meio do afastamento e abandono pelo mar ou por cidades distantes. “Como o corpo maldito dos suicidas, encerrado num tonel que o rio leva, a nau dos insensatos é confiada à corrente d’água, a cidade se desembaraça deles” (SCHMITT, 1990, p. 278).

Esse costume era frequente particularmente na Alemanha: em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados [...] Eram frequentemente confiados a barqueiros: em Frankfurt, em 1399, encarregaram-se marinheiros de livrar a cidade de um louco que por ela

passeava nu [...] Frequentemente as cidades de Europa viam essas naus atracar em seus portos (FOUCAULT, 2017, p. 9).

Para Schmitt (1990), desde as “Grandes Invasões” e as migrações da alta Idade Média, com a intensa mobilidade de seres humanos, devido ao desenvolvimento econômico dos campos e das cidades, os problemas sociais da pobreza não eram um fenômeno novo. A vagabundagem, a mendicância e a criminalidade passaram a provocar, portanto, atitudes de defesa e de rejeição. De acordo com Camus (*apud* FOUCAULT, 2017, p. 64), a miséria, de um ponto de vista espiritual, ao final do século XVI e início do XVII, foi sentida como uma ameaça do Apocalipse, já que um dos sinais da volta do Filho de Deus e da consumação dos séculos é a multiplicação da miséria espiritual e temporal. No ano de 1532, o parlamento de Paris mandou prender todos os mendigos e estes foram forçados a trabalhar nos esgotos da cidade, amarrados por correntes, dois a dois. Em 1534, conforme Foucault (2017), foi ordenado que os pobres e indigentes – dentre eles camponeses escorraçados de suas terras, desertores, operários desempregados, estudantes pobres e doentes – saíssem da cidade, devido as complicações econômicas provenientes das Guerras Religiosas Francesas. Segundo Platter (1899), quando Henrique IV empreendeu o Cerco de Paris, em 1590, a cidade que tinha menos de cem mil habitantes, contava com trinta mil mendigos (*apud* FOUCAULT, 2017, p. 64).

O pobre, diferente do leproso que era ungido por obras de caridade e pela compaixão da Igreja, era visto, no século XVI, como predestinado à miséria. Por isso, baseado nas ideias de Lutero – o qual entendia que as obras de caridade não são necessárias, mas apenas a fé – e com os movimentos da Reforma, houveram diversas tentativas de transformar os bens da Igreja em obras profanas e de afastar a ideia de caridade difundida abertamente na sociedade. Logo, surgiram, nos antigos conventos, os primeiros hospitais e asilos da Alemanha e da Inglaterra: “em 1525, Michel Geismayer pede a transformação de todos os mosteiros em hospitais; a Dieta de Espiro recebe no ano seguinte petições que exigem a supressão dos conventos e o confisco de seus bens, que deverão servir para aliviar a miséria” (*apud* FOUCAULT, 2017, p. 57). As cidades e os Estados passaram a substituir as Igrejas nas obrigações assistenciais, dessa forma, houve a instauração de impostos, coletas e doações, que eram responsáveis pelo mantimento dos asilos e casas de internamento.

Ao começo do século XVII, quando se iniciou a retomada econômica, o parlamento, em 1606, decidiu que aqueles indivíduos que não retomassem seus lugares na sociedade deviam ser, de acordo com Foucault (2017), chicoteados em praça pública, marcados nos ombros, ter suas cabeças raspadas e deviam ser expulsos da cidade. Para Schmitt (1990), os decretos das autoridades sobre os mendigos e os vagabundos procuravam impor um valor ético ao trabalho.

Pode-se afirmar esta análise ao averiguar episódios em que, para impedir, em 1607, que esses indivíduos expulsos retornassem às cidades, levantou-se um decreto que estabeleceu a presença de companhias de arqueiros para impedir a entrada dos indigentes. Ao final da Guerra dos Trinta Anos, com o desaparecimento dos efeitos da retomada econômica, o problema da mendicância e da ociosidade assolou novamente a cidade, além do aumento do desemprego e do aparecimento de novas estruturas econômicas que desenvolvem as grandes manufaturas. “Em toda a Europa o internamento tem o mesmo sentido, se for considerado pelo menos em suas origens. Constitui uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade: diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda [...]” (FOUCAULT, 2017, p. 66).

Deu-se início, portanto, à tentativa de imposição do processo de normalização. De acordo com Miskolci (2003), este processo teve um intuito disciplinar, relacionado, diretamente, com o desenvolvimento do capitalismo e da sociedade burguesa, a fim de fabricar indivíduos úteis. “Cada vez mais se tende para uma explicação econômica e política na qual a riqueza, o progresso, as instituições, surgem como elemento determinante da loucura” (FOUCAULT, 2017, p. 363). A Revolução Burguesa, do século XVIII, marcou a invenção de uma nova tecnologia de poder baseada na disciplina.

Esse poder disciplinar ou normativo se caracteriza por uma técnica positiva de intervenção e transformação social. O projeto normativo burguês se assenta na norma como um princípio de qualificação e de correção ao mesmo tempo. Assim, a norma não visa excluir ou rejeitar, antes é a pedra de toque de um exame perpétuo de um campo de regularidade dentro do qual se analisa incessantemente cada indivíduo para julgar se ele é conforme a regra ou a norma hegemônica. (MISKOLCI, 2003, p. 110).

Como suscita Schmitt (1990), uma série de crises marcou as sucessivas modificações das estruturas e as novas relações de produção capitalistas que se firmaram nos séculos XVIII e XIX. A Segunda Revolução Industrial e a formação de uma nova sociedade constituiu um período de mudanças extremas. “As últimas décadas do século XIX presenciaram crescente competição econômica entre as nações e a emergência de novas demandas por parte de grupos marginalizados” (MISKOLCI, 2003, p. 114). O sentimento pessimista da nova modernidade suscitou discursos científicos preocupados com a diagnose, controle e a reforma do que se considerava uma “sociedade em perigo”, aquela na qual o vício, a violência, a imigração, o trabalho feminino e o desenvolvimento urbano eram fatores presentes. Portanto, pode-se afirmar que, além dos juízos morais causados pela sociedade, por séculos, terem sido capazes

de conduzir o processo histórico da institucionalização da loucura, todo o contexto histórico também contribuiu para este processo.

1.2. O século XVII e o Hospital Geral de Paris como protagonistas iniciais do processo de institucionalização da loucura

No século XVII, com o desejo de satisfazer o desejo de higiene social da burguesia, recorreu-se à internação. Uma das datas cruciais para o processo de institucionalização da loucura foi o ano de 1656: ano de decreto da fundação do Hospital Geral, em Paris. Segundo Foucault (2017), a princípio, foi apenas uma reorganização administrativa, a qual foi responsável por agrupar diversos estabelecimentos já existentes sob uma administração única. Tanto o Hospital de Salpêtrière (construído a fim de abrigar um arsenal) quanto o Hospital Bicêtre (construído a fim de se tornar uma casa de retiro destinada aos Inválidos do Exército), ambos na França, e muitas outras dependências, foram transformadas no Hospital Geral de Paris e designada aos pobres da cidade “de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (*apud* FOUCAULT, 2017, p. 49). Abrigando cerca de cinco a seis mil pessoas por semana, no Hospital Geral, “o desempregado é alimentado, mas perde sua liberdade” (SCHMITT, 1990, p. 278). Essa instituição teve como objetivo recolher, alojar e alimentar os indivíduos que escolheram habitar aquele lugar e, também, aqueles que foram encaminhados para o Hospital pela autoridade real ou judiciária. Aos diretores que foram confiadas a organização e o poderio da instituição, são eles que, segundo o Art. XIII: “têm todos os poderes de autoridade, direção, administração, comércio, polícia, jurisdição, correção e punição sobre todos os pobres de Paris, tanto no interior quanto no exterior do Hospital Geral” (*apud* FOUCAULT, 2017, p. 49). Na economia mercantilista, se o indivíduo não assumia o papel nem de produtor nem de consumidor, automaticamente, assumia a posição de ocioso, de vagabundo e desempregado. O internamento cumpria, aos moldes dos antigos leprosários, sua função de exilar os pobres da sociedade. Somente quando a indústria apresentasse seus primeiros sinais de nascimento e necessitasse de braços trabalhadores, aí então o pobre poderia fazer parte, novamente, do corpo da nação.

Foucault (2010) destaca, entretanto, como, posteriormente, ao final do século XVII e início do século XVIII, o modelo de controle se modificou. Ainda utilizando da prática da exclusão, a maneira de se estabelecer o controle se deu aos moldes da inclusão do pestífero.

Com a peste, o policiamento nas cidades passou a ser intenso e constante, a fim de inspecionar e combater o alastramento da doença. Esta organização, baseada na vigilância e na intervenção, tratava-se de uma organização de quarentena, que partia do princípio de individualização, divisão e subdivisão do poder. Diferentemente dos leprosários, nos quais o contato humano era evitado e os leprosos eram separados da sociedade, nas casas de internamento – onde foram internados os pobres, os insanos, os mendigos e os libertinos – encontrava-se uma marcação exata e o exame perpétuo dos indivíduos. “Enquanto a lepra pede distância, a peste implica uma espécie de aproximação cada vez mais sutil do poder aos indivíduos, uma observação cada vez mais constante, cada vez mais insistente” (FOUCAULT, 2010, p. 40). O momento da peste suscita o desejo de disciplinar por meio do policiamento exaustivo de uma população por um poder político que vigia, a todo momento, o tempo, o habitat, a localização e o corpo de cada indivíduo. “Este modelo foi substituído, no curso do século XVII, por outro, muito diferente. A peste substituiu a lepra como modelo de controle político, e é essa uma das grandes invenções do século XVIII, ou em todo caso da Idade Clássica e da monarquia administrativa” (FOUCAULT, 2010, p. 41).

No Hospital Geral, apesar da contratação de um médico, encarregado da obrigação de visitar a fundação duas vezes na semana, a instituição francesa não era um ambiente com caráter médico. Assim como nas prisões de Foucault (2014b), “nesses hospitais-prisões não há medicina, mas sim coerção” (SCHMITT, 1990, p. 278). Baseado na violência e na exclusão – princípios do processo de institucionalização – Foucault (2017) explicita como o Hospital Geral se caracterizou por ser uma estrutura semijurídica administrativa que, junto aos poderes já constituídos, foi marcado por decidir, julgar e executar, assim como os tribunais. “O que, se não exclusão e violência, as bases sobre as quais se apoiam as instituições, cujas regras são estabelecidas com o objetivo preciso de destruir aquilo que ainda resta de pessoal no indivíduo, sob o pretexto de salvaguardar o bom andamento e a organização geral?” (BASAGLIA, 1985, p. 127). Entre a polícia e a justiça, o Hospital Geral foi mais um poder instituído pelo Rei, como uma terceira ordem de repressão, apoiada pela burguesia emergente na França e pela Igreja Católica, que reformou suas instituições hospitalares e redistribuiu suas fundações em congregações semelhantes ao Hospital Geral. Muitas das vezes, as casas de detenção eram estabelecidas nos antigos leprosários e atendiam interesses comuns da Igreja, da monarquia e da burguesia:

Nessas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a

preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vazios desde a Renascença mas repentinamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuros poderes (FOUCAULT, 2017, p. 53).

O século XVII é conhecido como o século que iniciou a mudança e a sensibilidade acerca da loucura, que passou a ser entendida e pensada não mais como uma característica do sujeito que é estranho ao mundo e peregrinou até aquele cenário, mas como um problema da própria cidade, que não o acolhe, mas que o exclui do lugar onde deverá permanecer – entre os pobres, os miseráveis e os vagabundos. “De fato ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social” (FOUCAULT, 2017, p. 63). O século XVII ficou marcado pela criação das casas de internamento, no entanto, o estatuto elaborado, que concebeu sentido em atribuir pobres, desempregados, correccionários e insanos a um mesmo tratamento, nunca teve seu objetivo claro. O Classicismo, segundo Foucault (2017), foi responsável por inventar o internamento, assim como a Idade Média foi responsável pela segregação dos leprosos. Nesta nova fase, os leprosários receberam os internos e adquiriram uma nova significação: não mais como uma exclusão por motivos médicos, mas como aprisionamento político, social, religioso, econômico e moral, pelos detentores do poder e do discurso.

Na Idade Média, os loucos não suscitavam a vergonha de seus próximos e não eram escondidos. Na época moderna, enquanto a punição dos criminosos é pública (porque deve ser exemplar, servindo também de espetáculo político em que o poder faz exibição da sua força), o louco, testemunha de uma desumanidade tornada insustentável e desprovido de qualquer valor exemplar, deve ser escondido. Com isso, ele já não é reconhecido como sujeito, mas reduzido ao estado de objeto oferecido ao exercício de um poder, ainda que médico. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico é bem o herdeiro do Hôpital Général (SCHMITT, 1990, p. 278).

Dessa maneira, pode-se afirmar, com base na análise de Foucault (2017), que o século XVII, ao traçar o planejamento do internamento, colaborou, firmemente, com a prática da segregação, especialmente no que diz respeito ao lugar atribuído à loucura e aos indivíduos que a ela estavam ligados. Foucault (2018) ressalta que a “verdade” está submetida à necessidade de produção econômica e da manutenção do poder político e é objeto de debate político e de confronto social. Portanto, nota-se que o “louco” ameaça à ordem pública quando, em seu discurso, viola a conduta dominante de uma sociedade e recebe, como consequência, o silenciamento forçado, em prisões ou instituições psiquiátricas, para evitar a desordem social, política e econômica. Lugares, estes, estranhamente misturados e confusos aos olhos da contemporaneidade, mas que foi organizado de forma coerente e ordenada, contribuindo com

os interesses da sociedade burguesa que emergia com grande força, criando uma nova sensibilidade e atribuindo uma nova visão acerca da miséria e da assistência provenientes dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade. A partir desta nova visão, criou-se uma nova ética do trabalho e da obrigação moral, unida à lei civil, que precedeu o nascimento das cidades que abrigaram, sob formas autoritárias de coação, os moldes do internamento.

Desde o início do internamento, nos aposentos do Hospital Geral, em Paris, abrigava-se doentes venéreos, sendo os homens designados ao Hospital Bicêtre e as mulheres para o Hospital de Salpêtrière. Entretanto, o Hospital Geral não aceitava esses indivíduos sem que antes eles precisassem pagar suas dívidas para com a moral pública e que estivessem dispostos a se debruçarem sob as penitências, para voltar a uma comunhão a qual foram expulsos pelo pecado. Dessa forma, segundo Foucault (2017), não era possível ser admitido no Hospital sem antes um certificado de punição, como foi decidido pelas normas da instituição, em 1679, e acordo com a Deliberação do Hospital Geral (1679): “Todos os acometidos pela doença venérea somente serão recebidos sob a condição de se sujeitarem à correção, antes de mais nada, e chicoteados, o que será certificado com a nova de envio” (*apud* FOUCAULT, 2017, p. 84). O internamento, no entanto, séculos depois, não teria seus objetivos transformados. De acordo com Basaglia (1985), dentro dos hospitais psiquiátricos do século XX, o considerado louco “é envolvido por um espaço criado originalmente para torná-lo inofensivo e curá-lo ao mesmo tempo, mas que na prática aparece, paradoxalmente, como um local construído para o completo aniquilamento de sua individualidade, como palco de sua total objetivação” (BASAGLIA, 1985, p. 114).

Percebe-se, dessa forma, a cumplicidade que a medicina tinha com a moral, que fazia com que houvesse concessão para as práticas de purificação. O século XVII e o mundo moderno foram os responsáveis por alocar os doentes venéreos e os insanos no mesmo espaço, com o mesmo sistema de punição, durante muitos anos, até o final do século XVIII; para esta época, o internamento representava a solução para os pecados contra a carne e as faltas contra a razão. O internamento transformou a temática cristã do pecado em doença. Dessa forma, o poder da medicina sucedeu o da religião, substituindo o castigo eterno pelo problema da normalidade ou anormalidade. Por isso, a loucura começou a tomar lugar como vizinha do pecado, o que colaborou, diretamente, com a criação da ideia de existência de parentesco entre o desatino e a culpabilidade: parentesco este que, séculos depois, não foi rompido inteiramente na psiquiatria.

Com grande número de pobres e incapazes sob seus cuidados, os Estados e as cidades atribuem uma nova significação à miséria, como reitera o autor:

[...] iria nascer uma experiência do patético, que não falaria mais da glorificação da dor, me, de uma salvação comum à Pobreza e à Caridade, mas que faz com que o homem se ocupe de seus deveres para com a sociedade e mostra no miserável, ao mesmo tempo, um efeito da desordem e um obstáculo à ordem. Portanto, não se trata mais de exaltar a miséria no gesto que a alivia mas, simplesmente, de suprimi-la (FOUCAULT, 2017, p. 58).

A partir deste novo entendimento acerca da miséria, segundo Foucault (2017), todo e qualquer tipo de ação que visasse extinguir a mendicância, deveria ser colocada em prática; como a divisão de condados, o agrupamento de paróquias e o estabelecimento de trabalho forçado pelos oficiais de justiça. Dessa forma, a atitude de caridade que, segundo o Estado, incitasse a mendicância, mais do que nunca, passou a ser contra as ordens. Logo, a Igreja Católica não hesitou em aprovar a lei de grande internação prescrita por Luís XIV, e dividiu a miséria em dois lados: a pobreza que aceitava, com bondade, o internamento e encontrava nele o seu leito de descanso e a pobreza que era rebelde a ele e, portanto, era merecedor de sua privação de liberdade. Assim sendo, Foucault (2017) explica como o internamento se dividiu, de um lado, a título de benefício para alguns e, do outro, a título de punição para outros. Essa ideia permaneceu até o final da Era Clássica¹. A Igreja foi responsável pela formação dessa dicotomia que, por sua vez, foi responsável pela criação do juízo moral caracterizado pela oposição entre o bem – impostos sob aqueles que aceitavam o internamento como gesto de assistência e obra de reconforto – e o mau, os quais transformavam o internamento em um empreendimento de repressão. “Todo interno é colocado no campo dessa valoração ética – e muito antes de ser objeto de conhecimento ou piedade, ele é tratado como *sujeito moral*” (FOUCAULT, 2017, p. 62). A loucura foi, dessa maneira, vítima dessa dicotomia; a qual o Hospital Geral designou para a divisão dos loucos conforme a atitude moral que eles manifestavam.

Desde a criação do Hospital Geral e da abertura das casas de correção, na Alemanha e na Inglaterra, até o final do século XVIII, a Era Clássica internou, segundo Foucault (2017), toda uma população de loucos (insanos, homens em demência, pessoas de espírito alienado e pessoas que se tornaram inteiramente loucas) que de diferença entre eles não tinham nenhuma. Segundo as ordens do rei para encarceramento, no Hospital Geral, neste período (*apud* FOUCAULT, 2017, p. 111), a mesma sensibilidade e a mesma linha de entendimento os localizaram e o mesmo gesto do internamento os colocaram de lado, devido ao mal

¹ A Era Clássica, para Foucault (2017), equivale ao período entre o Renascimento pós-Idade média até o final do período Moderno, com a Revolução Francesa.

conhecimento da natureza da loucura e à aplicação geral do internamento para os mais diversos tipos de indivíduos que habitavam aquele lugar. Devido ao conhecimento errôneo acerca da realidade da concepção da loucura, tornou-se dificultosa a distinção entre aqueles que deveriam ser tratados e aqueles que deveriam ser condenados à prisão; dessa maneira, de um extremo ao outro, a Era Clássica concedeu apenas um tipo de internamento, desconsiderando as diferentes razões que levaram aqueles indivíduos ao único regime existente a época. Como foi o caso do “furor”: “Internar alguém dizendo que é um ‘furioso’, sem especificar se é doente ou criminoso, é um dos poderes que a razão clássica atribui a si mesma, na experiência que teve da loucura” (FOUCAULT, 2017, p. 112). No entanto, o objetivo das duas instituições se assemelhava: criar “o sujeito obediente, o indivíduo sujeito a hábitos, regras, ordens, uma autoridade que se exerce continuamente sobre ele e em torno dele, e que ele deve deixar funcionar automaticamente nele” (FOUCAULT, 2014b, p. 128).

“Qualquer sociedade cujas estruturas se baseiem exclusivamente sobre as diferenciações culturais, de classe, e sobre sistemas competitivos, cria em si áreas de compensação para as próprias contradições, onde possa concretizar a necessidade de negar ou de fixar objetivamente uma parte da própria subjetividade” (BASAGLIA, 1985, p. 120). A internação foi, portanto, obra do século XVII e dos sonhos mercantis e burgueses, os quais desejavam uma cidade onde imperasse a virtude e a moral, que muito se diferenciou das prisões da Idade Média. Apresentavam, desde o início, caráter de tentativa de equilíbrio econômico e de precaução social, como analisa Foucault (2017). Mas para além do panorama político e econômico, foi com o advento da internação que pôde-se perceber a presença do louco no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integração aos grupos existentes; foi nesse momento que o louco passou a ser percebido como ser existente, porém, foi também neste momento que a presença do louco passou a ser considerada parte dos problemas da cidade.

1.3. A prática do internamento como cerne da marginalização da loucura

A marginalização é um conceito que carrega consigo grande força. De acordo com Schmitt (1990), a concepção que ele evoca é de contestação dos valores judaico-cristãos e do mundo capitalista; sendo aquela que ataca, “em suas declarações e seus comportamentos, a moral sexual tradicional e a instituição da família, a ética do trabalho e a ideologia do progresso, a lei do lucro, os desperdícios da sociedade de consumo e a poluição de uma indústria invasora”

(SCHMITT, 1990, p. 263). Para o autor, é no final da Idade Média e, sobretudo, na Idade Moderna, que os marginalizados são empurrados para a periferia. Ao unir o desejo do monarca com o da sociedade, instituições políticas – a Igreja Católica, a justiça e a polícia – tem suas engrenagens aperfeiçoadas e seus poderes fortalecidos. “Através dos discursos e das práticas da marginalidade e da exclusão, se manifestam as transformações mais fundamentais das estruturas econômicas, sociais e ideológicas” (SCHMITT, 1990, p. 288).

Os loucos que chegavam ao Hospital Geral, diferente dos epiléticos, não recebiam tratamento algum e eram considerados incuráveis; fato que, segundo Foucault (2017), fazia com que o Hospital se assemelhasse – salvo as visitas periódicas de um médico, quando havia doenças físicas curáveis – à uma prisão. A presença médica no Hospital Geral não era um projeto do internamento do século XVII, já que nem se tinha a consciência de que os internados estavam doentes, mas se dava pela precaução de que as doenças se espalhassem entre os que já estavam internados. Durante a Era Clássica, apareceu, por meio das disciplinas, o poder da norma, a qual o médico era a figura principal no ambiente do hospital e das casas de internamento. Segundo Foucault (2014b), é a partir da vigilância e da regulamentação de instrumentos de poder – como as instituições médicas e prisionais – que o normal se estabelece e cria uma organização geral, sem grandes distinções. Hospitais gerais e prisões abrigavam, ambos, insanos e prisioneiros, sem distinção alguma. Loucura e crime não eram diferenciados pois eram percebidos de maneira interligada, já que se tratavam, ambos de um erro ético. Logo, os indivíduos loucos ou criminosos podiam ser transferidos tanto à prisão quanto ao hospital. Tanto que as regras nele impostas eram as mesmas que as da ordenação criminal de 1670, que foi escrita a fim de manter a boa ordem das casas de detenção, de acordo com o Isambert (1821-1833, p. 393):

Queremos que as prisões sejam seguras e dispostas de modo que a saúde dos prisioneiros não seja incomodada. Encarecemos aos carcereiros que visitem os prisioneiros fechados nas celas pelo menos uma vez por dia, e avisem nossos procuradores sobre aqueles que estiverem doentes para que sejam visitados pelos médicos e cirurgiões das prisões, se houver (*apud* FOUCAULT, 2017, p. 115).

Por muito tempo, as casas de correção e os locais do Hospital Geral foram designados para a colocação dos desempregados e dos vagabundos, segundo Foucault (2017), principalmente em momentos de crise, nos quais o número de pobres tende a subir rapidamente. Entretanto, fora dos períodos de crise, o internamento ainda apresentava uma função de repressão, mesmo que de maneira diferente: não era mais sobre prender os desempregados, mas conceder trabalho aos que foram presos, para que pudessem servir a toda população. “Por que

haveria a sociedade de suprimir uma vida e um corpo de que ela poderia se apropriar?” (FOUCAULT, 2014b, p. 107). Com isso, os interesses da burguesia eram consolidados, pois obtinha-se mão-de-obra barata em tempos de pleno emprego e de altos salários e, em períodos de crise e desemprego, controle dos ociosos e proteção social contra possíveis agitações e revoltas. Em 1651, com a instituição do Ato de Navegação na Inglaterra, houve o restabelecimento da situação econômica, o que possibilitou o desenvolvimento do comércio e da indústria. Com isso, procurou-se utilizar da mão-de-obra mais barata – inclusive a infantil – das casas de correção recém-abertas, que trabalhavam nos moinhos, nas tecelagens e nos ateliês de cardadura. “A utilidade do trabalho penal? Não é um lucro; nem mesmo a formação de uma habilidade útil; mas a constituição de uma relação de poder, de uma forma econômica vazia, de um esquema da submissão individual e de seu ajustamento a um aparelho de produção” (FOUCAULT, 2014b, p. 236-237). Para Foucault (2017), Colbert² percebia a assistência pelo trabalho um tipo de remédio para o desemprego e, ao mesmo tempo, um estimulante para o desenvolvimento das manufaturas. O trabalho, portanto, era compreendido como forma para evitar a ociosidade (que era a mãe de todos os males e a fonte de todas as desordens existentes) e, também, para que se garantisse a alimentação. “Essa reclusão não tem por objeto apenas garantir a paz social. Ela também quer, pelo trabalho forçado, reformar moralmente os pobres” (SCHMITT, 1990, p. 278).

Dessa maneira, de acordo com Foucault (2017), a Era Clássica utilizou o internamento de uma maneira equívoca: como forma de controlar os preços quando ameaçavam ficar muito altos; como opção para se resolver o desemprego e como jeito de ocultar os efeitos sociais causados por ele e pela miséria. Ou seja, a atitude que o Classicismo tomou para lidar com os impasses sociais e econômicos da época não foi a mais coerente, se tratando especialmente do papel das casas de internamento; pois, ao absorver os desempregados nos ateliês obrigatórios, com o objetivo de evitar manifestações e agitações políticas ou sociais, acabavam por criar maiores taxas de desemprego nas regiões vizinhas ou nos setores similares. Além disso, quanto ao controle dos preços, não se mostrou plausível, já que as despesas com o próprio internamento faziam com que os preços de mercado não conseguissem se manter em baixa. Por isso,

Avaliada apenas de acordo com seu valor funcional, a criação das casas de internamento pode ser considerada um fracasso. Seu desaparecimento em quase toda a Europa no começo do século XIX, como centros de recepção de indigentes e prisão da miséria, sancionará seu fracasso final: remédio transitório e ineficaz, precaução

² Ministro de Estado e da economia do rei Luís XIV, na França. Nascido em 1619 e falecido em 1683, teve grande importância para o desenvolvimento do Mercantilismo ou da Teoria Mercantilista.

social muito mal formulada pela industrialização nascente (FOUCAULT, 2017, p. 70).

Dados os fatos, percebe-se que o entendimento da pobreza, ao “tornar os pobres úteis ao público”, se deu pela afirmação de que a origem dela não era nem a escassez dos gêneros nem o desemprego, mas o “esmorecimento da disciplina e a frouxidão dos costumes” (NICHOLLS, p. 352 *apud* FOUCAULT, 2017, p. 74). Logo, o Hospital Geral não se apresentava como simples refúgio para os indivíduos que se encontravam em sua velhice ou enfermidade e nem como um simples ateliê de trabalho forçado, mas como uma instituição carregada de uma moral baseada no castigo e na correção da falha moral dos indivíduos que o habitavam. “O Hospital Geral tem um estatuto ético. É desse encargo moral que se revestem seus diretores, e é-lhes atribuído todo o aparelho jurídico e material da repressão” (FOUCAULT, 2017, p. 74): Segundo o Regulamento do Hospital Geral, Art. XII e XIII: “Têm todo o poder de autoridade, de direção, de administração, de polícia, jurisdição, correção e punição; e para que realizem sua tarefa, põe-se-lhes à disposição pelourinhos e golilhas, prisões e celas-fortes” (*apud* FOUCAULT, 2017, p. 74).

Nesse sentido, o trabalho assume uma ideologia, uma garantia de moralidade e ética, para além da necessidade útil a favor da sociedade. Segundo Foucault (2017), o prisioneiro que opta por trabalhar poderia ser libertado não por ser útil novamente à justiça, mas porque aderiu ao pacto ético da existência humana. Além disso, pela primeira vez, instituiu-se leis morais que se correlacionaram, diretamente, às leis civis. Assim, nas instituições da monarquia absoluta, comprou-se a ideia burguesa de que a virtude eram também assunto de Estado, de que era possível fazê-la operar através de decretos que estabelecessem uma autoridade e de que os indivíduos deveriam sofrer punições se não respeitassem as leis morais, que eram agora leis jurídicas. As casas de internamento assumiram, portanto, o papel de prisões da ordem moral. É interessante, também, lembrar a significância que era concebida ao cristianismo no processo de internamento. De acordo com Foucault (2017), para a Igreja Católica e demais países protestantes, a internação representava o mito da felicidade social, cuja ordem seria inteiramente ligada aos princípios da religião e da virtude – que configuravam bases para a salvação e para a mudança social. Dessa maneira, as casas de internamento se situam, na Era Clássica, como mais um dos símbolos de “polícia”, em conjunto com os valores da religião, que objetivavam uma cidade perfeita.

O internamento, no entanto, “não representou apenas um papel negativo de exclusão, mas também um papel positivo de organização” (FOUCAULT, 2017, p. 83), que suscitou a construção do conceito de loucura. Suas práticas, regras e experiências constituíram uma

unidade de coerência e com uma função específica que culminou na aproximação de personagens e de valores que caminhavam em direção da loucura, lugar onde serão notados como integrados à alienação mental. Assim, foi necessária toda uma reorganização do mundo ético, a criação de uma nova linha de divisão entre o bem e o mal e o estabelecimento de novas normas de integração social. O internamento caracteriza a institucionalização que forma o mundo uniforme do Desatino que, por sua vez, é marcado pelas relações com a organização da família burguesa, no que diz respeito à profanação dos relacionamentos e à libertinagem entre os pensamentos livres e o sistema das paixões; que se relaciona diretamente à loucura, ao final do século XVIII. “Temos que deixar de descrever sempre os efeitos de poder em termos negativos: ele ‘exclui’, ‘reprime’, ‘recalca’, ‘censura’, ‘abstrai’, ‘mascara’, ‘esconde’. Na verdade o poder produz; ele produz realidade; produz campos de objetos e rituais da verdade” (FOUCAULT, 2014b, p. 189).

As concepções morais e sociais podiam ser vistas a partir da punição de algumas atitudes sociais consideradas inadequadas. A homossexualidade, por exemplo, na França, era punida por meio de exílio em alguma província ou pelo internamento no Hospital Geral ou nas casas de detenção e era considerada via de consequência para a divisão entre o normal e o anormal. O que concede à homossexualidade sua significação particular é a condenação moral e a sanção do escândalo. A cultura do lirismo homossexual foi suportada até determinado tempo pela Renascença, até que entrou para a lista de profanações religiosas graves, assim como a magia e a heresia: “A homossexualidade, à qual a Renascença havia concedido liberdade de expressão, vai doravante ser posta sob uma capa de silêncio e passar para o lado do proibido, herdando as velhas condenações de uma sodomia ora dessacralizada” (FOUCAULT, 2017, p. 89). O Classicismo separou o amor em duas categorias: o amor racional e o amor desatinado; a homossexualidade foi caracterizada como parte do amor desatinado e, por isso, foi tomando lugar entre as estratificações da loucura. Em conjunto com a homossexualidade, condenava-se moralmente a prostituição e a devassidão: “Era preciso um remédio poderoso para livrar o público dessa corrupção, e não se pôde encontrar coisa melhor, mais rápida e mais segura que uma casa de força para ali fechá-los e fazê-los viver sob uma disciplina proporcional a seus sexos, idades e faltas” (DELAMARE, p. 527 *apud* FOUCAULT, 2017, p. 90).

O suicídio, por sua vez, foi outro tema tratado com rigor durante o século XVII. A tentativa de suicídio – percebida como uma insanidade moral – era penalizada pois era considerada um desarranjo da alma, que precisava ser corrigido com a coação; assim, o internamento era imposto como regime que é, ao mesmo tempo, punição e meio de se impedir

outra tentativa suicida, segundo Foucault (2017). Foram nesses indivíduos que foi aplicado, pela primeira vez, no século XVIII, os aparelhos de coação que a era positivista utilizou como forma terapêutica de se tratar os internos: “a jaula de vime, com um buraco feito na parte superior para a cabeça, e à qual as mãos estão amarradas, ou o ‘armário’ que fecha o indivíduo em pé, até o pescoço, deixando apenas a cabeça de fora” (FOUCAULT, 2017, p. 95). Assim como o suicídio, os rituais e as práticas da feitiçaria – sejam eles para o bem ou para o mal – foram designados, a partir do sentimento de impiedade, como uma falta moral que pertencia ao grupo das desordens sociais, sendo os indivíduos que a praticassem punidos com multas de quinhentas libras e com uma punição corporal, além de haver a possibilidade de serem aplicadas penas como a expulsão do Reino e, em casos mais graves de superstição, a morte. O Hospital Geral e as casas de internamento foram responsáveis por receberem grande número de pessoas que praticavam feitiçaria, magia, adivinhação e alquimia.

Pode-se analisar que, segundo Foucault (2017), quando a sociedade, inserida em sua determinada cultura, deixava de reconhecer a eficácia da prática da magia e quando, para ela, o sentido da feitiçaria deixou de fazer sentido – assim como aconteceu com o internamento dos pobres, dos homossexuais, dos insanos e dos doentes venéreos – automaticamente, transformou-se em patologia, a qual devia se conduzir às casas de internamento e assumir sua dimensão de doença a ser tratada pela psiquiatria: “existe uma certa tendência para acreditar que os gestos da magia e as condutas profanatórias tornam-se patológicas a partir do momento em que uma cultura deixa de reconhecer sua eficácia” (FOUCAULT, 2017, p. 97). A insanidade passou a ser percebida sob um novo domínio, no qual a razão se sujeitou aos desejos do coração e o uso dessa razão se aproximou aos desregramentos da imoralidade. A loucura passou a se assimilar com as paixões, os desejos humanos e as coações do coração.

Para Foucault (2017), o internamento não apresentava nenhum caráter institucional senão o de polícia, pois não tinham coerência médica, psicológica ou psiquiátrica. Pela primeira vez, a loucura tornou-se parte da preocupação da burguesia, que via necessidade de proteger o homem privado daqueles considerados loucos. Por isso, ficava a critério familiar o enclausuramento dos loucos, tendo a família o dever de proibir esses indivíduos de circularem livremente pela sociedade, o que acarretou, mais uma vez, o distanciamento do diagnóstico médico. A reorganização da polícia, no início da Revolução Francesa, assimila o homem privado e, conseqüentemente, a sociedade, ao direito e ao poder de assegurar uma divisão social imediata e a se encarregar do trabalho da polícia; cabe a ele realizar o desígnio de “um indivíduo como indesejável ou estranho à unidade que ela forma; é ele que tem por tarefa julgar os limites

da ordem e da desordem, da liberdade e do escândalo, da moral e da imoralidade” (FOUCAULT, 2017, p. 441). No geral, o poder de operar entre a divisão da loucura e da razão, como homem da lei e do governo, estava nas mãos da burguesia; a qual obteve o direito de instruir, julgar e punir. Esse poder seria difícil de se reverter, posteriormente, com a chegada da experiência médica.

O tenente de polícia tinha o direito, protegido por lei, de prender sem processo toda pessoa que se apresentasse em situação de devassidão pública. Entretanto, essa medida só era cabível se o escândalo fosse público ou se o interesse das famílias dos indivíduos estivesse em risco – como, por exemplo, se a herança e os patrimônios estivessem destinados àqueles que estivessem comprometidos com a devassidão. “O internamento foi colocado pela monarquia absoluta à disposição da família burguesa” (FOUCAULT, 2017, p. 92): A família, nestes casos, era a principal delimitadora entre o regime de internamento e as ordens de polícia, pois era ela que tinha a concessão para pedir e obter o internamento, e o fazia em nome do controle da ordem da estrutura familiar, da regra social e da norma da razão. De acordo com Schmitt (1990), na história dos marginais e da marginalidade, a ruptura dos vínculos familiares assinala, frequentemente, o início da criminalidade e da vagabundagem na vida de muitos indivíduos. No século XIX, a relação do indivíduo com a sua família tornou-se assunto particular e assumiu caráter psicológico, no entanto, durante todo o período do internamento, este assunto era diretamente ligado à ordem pública, pois toda a cidade interessava-se pelo rigor que a estrutura familiar deveria ter, como se o núcleo familiar estivesse sob a disposição de um estatuto moral universal e todo aquele que ferisse este estatuto passasse, imediatamente, para o mundo do desatino. Foi dessa forma que, segundo Foucault (2017), a família passou a constituir o topo dos conflitos onde nascem as diversas formas de loucura.

É interessante e necessário analisar como “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política” (FOUCAULT, 2018, p. 144). A Era Clássica foi responsável por descobrir o corpo como objeto e alvo de poder. O corpo pode ser manipulado, modelado, treinado; ele obedece, responde e torna-se hábil. Para Foucault (2014b), este é o corpo dócil, que pode ser submetido, utilizado e aperfeiçoado. A criação de instituições de sequestro e de coerção, à medida em que são instrumentos e vetores de poder – como a instituição médica – coloca os indivíduos submetidos a elas em posição de objetos e os subordinam ao enclausuramento; privando-os de sua liberdade, considerada, por Foucault

(2014b), um direito e um bem. A partir da utilização do método da disciplina, das políticas de coerções e da mecânica do poder, o corpo é colocado em um sistema de coação e privação, fazendo com que não fosse mais necessário – apesar de continuarem acontecendo insistentemente – a incitação da dor e do sofrimento físicos, pois o castigo passou a se realizar pela suspensão de direitos dos indivíduos. “[...] por efeito dessa nova retenção, um exército inteiro de técnicos veio substituir o carrasco, anatomista imediato do sofrimento: os guardas, os médicos, os capelães, os psiquiatras, os psicólogos, os educadores [...] (FOUCAULT, 2014b, p. 16). Mesmo assim, o poder sobre o corpo não deixou de existir até o século XIX, de acordo com Foucault (2014b).

Para Foucault (2018), a disciplina é uma técnica de poder que implica, necessariamente, uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. “Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme à regra. E preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares” (FOUCAULT, 2018, p. 181-182). Assim, a fim de disciplinar, as penas castigavam o corpo, como por meio de trabalhos forçados, pela prisão, pela redução alimentar, pela privação sexual, pela expiação física ou pela masmorra. Este investimento na correção e na subordinação dos corpos está ligado ao desejo de utilização econômica dos corpos dominados pelas relações de poder, pois torna-se útil à medida em que é produtivo e submisso. Este investimento é feito por meio de um policiamento mais estreito e de métodos de vigilância mais rigorosos. “A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (FOUCAULT, 2014b, p. 135-136).

[...] os sistemas punitivos devem ser recolocados em uma certa “economia política” do corpo: ainda que não recorram a castigos violentos ou sangramentos, mesmo quando utilizam métodos “suaves” de trancar ou corrigir, é sempre do corpo que se trata – do corpo e de suas forças, da utilidade e da docilidade delas, de sua repartição e de sua submissão (FOUCAULT, 2014b, p. 29).

De acordo com Basaglia (1985), família, escola, fábrica, universidade, hospital são exemplos de instituições que, ao utilizarem da tecnologia do poder da disciplina, se resumem sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho, que caracteriza a divisão entre os que possuem o poder e os que não o possuem – servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado. Dessa forma, entende-se que a subdivisão das funções produz uma relação de opressão e de violência que se transforma em exclusão de determinados grupos “A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade” (BASAGLIA, 1985, p. 101). A

aplicação da violência varia de acordo com a necessidade, daquele que detém o poder, de ocultá-la. “É daí que nascem as diversas instituições, desde a familiar e escolar até a carcerária e a manicomial. A violência e a exclusão estão justificadas por serem necessárias, nas primeiras, como consequência da finalidade educativa, nas segundas, da "culpa" e da "doença". Tais instituições podem ser definidas como instituições da violência” (BASAGLIA, 1985, p. 101). Essa divisão de funções e, logo, de acúmulo de poderes, gera uma dicotomia entre o bom e o mau, o são e o doente, o respeitável e o não-respeitável; fortificando a grandeza das instituições de violência.

A associação do indivíduo ao seu extinto animal, segundo Foucault (2017), até o final do século XVIII, é considerada como a essência da loucura. Para o ideário da época, a animalidade da loucura faz com que o indivíduo não seja caracterizado como doente, mas endurecido contra a fome, o calor, o frio e a dor. Mesmo no início do século XIX, Samuel Tuke³ relata, em suas visitas às *workhouses*, da Inglaterra, as condições em que os indivíduos eram mantidos nas casas de internamento, sob o pretexto de que suas condições animais os faziam aptos a suportarem as piores intempéries. Essa animalidade, no entanto, só pode ser dominada a partir da domesticação e pelo embrutecimento. Foucault (2017) cita o caso em que Pinel conhece um estabelecimento monástico francês, no século XVIII, no qual o insano via-se intimado a adequar-se à ordem, para que pudesse ser digno de receber alimentação e leite para se deitar. Em compensação, se agisse contra a ordem, recebia punições, feito animais. “O internamento desenha, na superfície dos fenômenos e numa síntese moral apressada, a estrutura secreta e distinta da loucura” (FOUCAULT, 2017, p. 249).

A medida em que se escapa a todo controle médico, o internamento assume, necessariamente, o caráter de aprisionamento. O poder de decisão da determinação da loucura não era entregue ao juízo médico, mas categorizava pauta de decisão jurídica e da vontade das famílias, socializando cada vez mais o poder de decisão de reconhecimento da loucura. O código penal de 1670 previa a loucura a partir da análise da vida do acusado que, se confirmado o desarranjo de seu espírito, “os juízes decidem se se deve mantê-lo em sua família ou interná-lo, tanto no hospital como numa casa de força, para lá ser tratado como outros insanos” (FOUCAULT, 2017, p. 127). O internamento, destinava-se, portanto, à tentativa de ajustar o indivíduo, seguindo o regime de correção e obedecendo as leis de sua pedagogia. Para Foucault (2010), a prática médica de exame e internação constitui a costura entre os poderes médicos e

³ Filantropo inglês responsável pela reforma da saúde mental, na Inglaterra.

judiciários. Afirma-se, portanto, que a prática médica se constituiu como ciência somente depois da apuração da análise da loucura sob ótica da experiência jurídica.

Ao final do século XVIII, com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, no contexto da Revolução Francesa, os órgãos responsáveis pela prática do internamento soltaram uma liminar que estabelecia regras e normas para o processo de internação de indivíduos em casas de internamento e hospitais; sendo plausível a manutenção deles nesses meios apenas por motivos que justifiquem suas permanências. “É a primeira etapa: reduzir o mais possível a prática do internamento no que diz respeito às faltas morais, aos conflitos familiares, aos aspectos mais benignos da libertinagem, mas permitir que prevaleça em seu princípio, e com uma de suas significações maiores: o internamento dos loucos” (FOUCAULT, 2017, p. 418). No entanto, em 1790, ao iniciar o processo de aplicação do decreto, iniciou-se também as dificuldades, sobretudo, materiais. Não havia nem mesmo hospitais destinados ou reservados aos loucos, fazendo com que estes permanecessem, do mesmo modo, unidos aos criminosos em prisões ou casas de internamento. “Enorme era a confusão nesses anos, difícil era determinar o lugar que a loucura deveria ocupar na ‘humanidade’ que estava sendo reavaliada, difícil era situar a loucura num espaço social que estava em vias de reestruturação” (FOUCAULT, 2017, p. 422).

É somente ao final do século XVIII que o médico e a prática do internamento se encontram. Porém, “sua presença é requisitada muito mais em razão de uma ‘autoridade’ que, no seu exercício peculiar, torna-se capaz de conter a loucura, mesmo sem ainda dominar o conhecimento dela” (GOULART, 1998, p. 33). Se a presença do médico é solicitada, não é porque ele conhece a loucura, mas porque a domina no ambiente do hospital que passou a ser organizado como aparelho de “examinar”, de acordo com Foucault (2014b). Com o objetivo de manter uma disciplina regular, o médico passou a ser responsável pela inspeção contínua e pela vigilância hierárquica, que colocou o doente em situação de exame quase perpétuo. Tuke descreve os hospitais como instituições correcionais, os quais não acreditam nos tratamentos médico mas “acredita que o sequestro e a coação podem ser impostos de modo mais vantajoso a título de punição, e de modo geral acha que o medo é o princípio mais eficaz para reduzir os loucos a uma conduta ordenada” (Tuke *apud* FOUCAULT, 2017, p. 124). A psiquiatria positiva do século XIX, mesmo que tendo renunciado às práticas do século XVII e XVIII e dando início ao entendimento da loucura como patologia, herdaram da cultura clássica as relações da ética do desatino e do escândalo da animalidade. A consciência prática que entende o louco como ser patológico mistura, ao mesmo tempo, concepções políticas, jurídicas e econômicas à prática

medicinal. Os métodos morais e o jogo da culpabilidade tornaram a psicologia o meio de cura organizada a partir da punição. “Antes de procurar tranquilizar, ela atenua o sofrimento no rigor de uma necessidade moral” (FOUCAULT, 2017, p. 325). Somente ao se interligar à culpabilidade que a loucura se viu parte, unicamente, da medicina psicológica. As condições jurídicas do internamento não mudaram com o século XIX e os novos hospitais não concederam um lugar melhor à medicina. A psicologia foi herança da consciência pública da burguesia, que tinha como método válido a razão e a moral para julgar os homens, e instituiu como base o julgamento moral. “A interioridade psicológica foi constituída a partir da exterioridade da consciência escandalizada” (FOUCAULT, 2017, p. 445).

Philippe Pinel⁴ foi responsável pela criação do mito dos acorrentados libertados e pelo modelo asilar que influenciou os hospitais psiquiátricos e os asilos do século XX. Para Foucault (2018), a prática do internamento no começo do século XIX foi formada a partir da percepção da loucura como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre. De acordo com o mito dos acorrentados, em Bicêtre, em 1793, momento em que foi nomeado médico chefe do Hospital, ao se sensibilizar com as precárias condições em que os alienados se encontravam, Pinel solicitou autorização à Assembleia Nacional para retirar as correntes que prendiam os pacientes. Este suposto episódio retrata um dos marcos fundadores da psiquiatria: a mudança de atitude ética e clínica da medicina em relação aos indivíduos cujo comportamento fugia aos padrões de conduta vigentes e socialmente aceitos. O louco passa a ser visto como enfermo, sujeito a uma terapêutica. Pinel defendia que o tratamento da loucura fosse realizado pelo que denominou "tratamento moral", que consistia em uma extensa pedagogia normalizadora com horários e rotinas a serem rigidamente seguidos, medicalização receitada por médicos e atividades de trabalho e lazer, em um asilo que não mais seria uma jaula para o homem, mas uma espécie de república dos sonhos.

Para Foucault (2017), Pinel, a partir de sua ação libertadora, via como essencial que o louco deixasse de ser tratado como estranho, como animal e como ser exterior ao homem e às relações humanas. No entanto, a libertação das correntes não passou de uma simbologia e o formato de internamento humanizado não passava de um ideal. Segundo Goulart (1998), neste período, a psiquiatria nascente fora contaminada pela concepção moralista dos séculos anteriores e os tratamentos utilizados nos asilos ainda continuaram a sofrer influência dos velhos métodos coercitivos. Vigilância e julgamento continuaram sendo dois personagens presentes no asilo do século XIX. O novo modelo de internamento tinha como objetivo tornar

⁴ Médico francês considerado o “pai da Psiquiatria”.

o asilo o mais humano possível, sendo o menos social possível, pois, diferente do século XVII e XVIII, defendia-se o distanciamento da família e dos demais homens da sociedade, inclusive dos prisioneiros, a fim de se tratar moralmente o indivíduo, sem intervenções mundanas e de garantir, à moral burguesa, uma universalidade de comportamentos morais. Para Goulart (1998), os julgamentos e as punições assumiram uma função terapêutica, com o objetivo de fazer com que o louco se sentisse culpado por sua loucura, “para que com isso o delírio, o furor e todas as manifestações da loucura sejam contidas pela própria consciência do louco” (GOULART, 1998, p. 33). Ainda de maneira repressiva, coercitiva e punitiva, a instituição asilar desejava reprimir os vícios e extinguir as diferenças e irregularidades, denunciando todas as oposições às virtudes da sociedade, além de produzir uma verdade própria. Foucault (2018), analisa como, com a criação das grandes estruturas asilares do século XIX, estas eram justificadas pela perfeita harmonia que se estabeleceu entre as exigências da ordem social, a qual exigia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes. “Num único e mesmo movimento, o asilo, nas mãos de Pinel, se torna um instrumento de uniformização moral e de denúncia social” (FOUCAULT, 2017, p. 488). O ideal asilar de Pinel teve significado histórico e teve como consequência a criação de um formato ideal do asilo do século XX, além de suscitar um episódio de reforma.

Pode-se afirmar que a exclusão é resultado, inicialmente, da condição social e econômica do indivíduo e da ausência de seu poder contratual. “Não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas antes o sistema socioeconômico é que determina as modalidades adotadas a níveis diversos” (BASAGLIA, 1985, p. 105). Para o autor, a relação social dos detentores dos mecanismos de poder com os doentes mentais assume significados e tratamentos distintos, segundo o nível social do doente. “Um esquizofrênico rico internado numa clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto do de um esquizofrênico pobre, internado à força num hospital psiquiátrico público” (BASAGLIA, 1985, p. 108). Portanto, as consequências advindas da evolução da doença e da institucionalização do paciente internado variam de acordo com a abordagem utilizada, no tratamento, pelos profissionais da psiquiatria e, conseqüentemente, da relação estabelecida entre eles, a sociedade e o doente. “Os processos de objetivação nascem das próprias táticas do poder e na distribuição de seu exercício” (FOUCAULT, 2014b, p. 100). A relação institucional, segundo Basaglia (1985), a qual aumenta o poder do médico, é a mesma que diminui vertiginosamente o poder do doente, o qual, pelo fato de estar internado num hospital psiquiátrico, se torna automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico; deixando-o em

posição de pura submissão. O problema não é a doença em si, mas o tipo de relação que se instaura com o doente.

É aqui que se vê, sem véus e sem hipocrisia, o que a ciência psiquiátrica, enquanto expressão da sociedade que a delega, quis fazer do doente mental. E é aqui que se evidencia o fato de que não é tanto a doença que está em jogo, mas a carência de valor contratual de um doente, que não tem outra alternativa de oposição exceto um comportamento anormal (BASAGLIA, 1985, p. 107).

Basaglia (1985) questiona se seria possível, dentro desta ótica, que o número total de pessoas internadas nas instituições psiquiátricas, do século XX, apresentasse laudo médico que não fossem baseados na discriminação, pela qual a doença é a única responsável pela situação de objetivação em que se encontram. “Não seria mais adequado concluir que estes doentes, devido exatamente ao fato de serem socioeconomicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social), que os joga para fora da produção à margem da vida em sociedade, confinando-os nos limites dos muros do hospital?” (BASAGLIA, 1985, p. 108). A partir da confirmação do indivíduo como doente mental, o rótulo discriminatório do diagnóstico o acompanha pelo resto da permanência na instituição, o que intensifica, progressivamente, o processo de exclusão e a noção de objetificação do indivíduo. Noção esta que, provavelmente, o acompanhará pelo resto de sua vida, na instituição e em sociedade. “A partir destas premissas a relação entre o doente e aquele que toma conta dele é forçosamente objetual, na medida em que a comunicação entre ambos ocorre somente através do filtro de uma definição, de um rótulo que não deixa qualquer possibilidade de apelo” (BASAGLIA, 1985, p. 109). Para Foucault (2010), o discurso que o médico psiquiatra assume é o do medo, como se estivesse punindo uma criança amedrontada. Partindo, portanto, da relação estabelecida entre o doente, o médico e a sociedade – que é a responsável por julgar e definir a doença e, conseqüentemente, por delegar ao médico sua cura e tutela, o qual obtém o domínio sob o internado – o doente mental se vê preso na necessidade médica de afirmar sua própria subjetividade, usando-o como objeto de descarga de preconceitos e ideologias pessoais que, por sua vez, são formadas no seio da sociedade da época em que vivem e atuam. Essa atitude tem como finalidade adaptar o indivíduo ao molde de objeto de violência, buscando a inserção do sujeito nos arquétipos sociais, morais e éticos vigentes. “Pois é aqui, por trás dos muros dos manicômios, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência, no sentido em que resolveu negativamente o problema do doente mental, expulsando-o de seu contexto social e excluindo-o, portanto, de sua própria humanidade” (BASAGLIA, 1985, p. 120).

Assemelhando-se ao modelo de prisão do século XIX, pode-se afirmar que os hospitais destinados ao tratamento dos insanos e as casas de internamento eram – e continuam sendo, hoje hospitais e instituições psiquiátricas – uma grande arquitetura fechada, complexa, hierarquizada, ligada ao Estado. É um “muro cuidadosamente trancado, intransponível num sentido e no outro, e fechado sobre o trabalho agora misterioso da punição, será bem perto e às vezes mesmo no meio das cidades do século XIX, a figura monótona, ao mesmo tempo material e simbólica, do poder de punir” (FOUCAULT, 2014b, p. 114).

A Era Clássica, de acordo com Foucault (2010), foi responsável pela invenção das técnicas de poder e de normalização, e agiu, para isso, por meio da criação de aparelhos administrativos e por instituições políticas e jurídicas; a fim de disciplinar e maximizar a produção e a rapidez de uma ética útil à vontade dos que detinham os mecanismos de poder. Segundo Foucault (2017), o Classicismo sustentou o desatino a partir da prática do internamento e fez com que houvesse todo um reajuste do mundo ético o qual ele estava inserido. Por isso, tornou-se tão importante e necessário conhecer a figura do louco e suas representações tal como ele surge na época clássica para que, ao analisar a psiquiatria do século XIX, se possa entender a alienação mental construída a partir da interpretação e da condenação moral. “[...] o Classicismo formava uma experiência moral do desatino que serve, no fundo, de solo para nosso conhecimento ‘científico’ da doença mental” (FOUCAULT, 2017, p. 107). A Era Clássica trouxe à tona o conhecimento da loucura, entretanto o fez de modo dissimulado, colocando como principais formas de apreensão da loucura a desorganização da família, a desordem social e o perigo para o Estado; aos poucos foram sendo desdobradas numa consciência médica que passou a ser compreendida e estudada como doença da natureza, não mais como mal-estar da sociedade, como reitera Foucault (2017). Porém, até que se chegasse a época que a loucura seria tratada como questão médica, é inegável que as medidas do internamento eram dirigidas aos indivíduos que pertenciam a esfera da loucura e se manifestavam como seres “a-sociais”. “Resumindo, pode-se dizer que esse gesto foi criador de alienação” (FOUCAULT, 2017, p. 81). Ao analisar os internos do século XVII e XVIII, ainda segundo o autor, foi possível encontrar semelhanças com a contemporaneidade, entretanto, essas semelhanças competem apenas à ordem dos resultados, já que o personagem do ser “a-social” foi criado pelo próprio gesto de segregação dos séculos anteriores. Esse gesto, além de isolar as pessoas que ameaçavam a moral e a ética dominante, criava personagens na paisagem social que, por ficarem tanto tempo presos e solitários, se tornavam irreconhecíveis dentro da sociedade que os internou.

Capítulo 2. A institucionalização do tratamento psiquiátrico no Brasil

2.1. A Liga Brasileira de Higiene Mental como propulsora da institucionalização da loucura no Brasil

A segregação social, a exclusão e a falta de assistência médica específica não era um impasse exclusivo da França e do continente europeu. Até a segunda metade do século XIX, de acordo com Costa (2006), os doentes mentais que habitavam o Rio de Janeiro eram enviados, em grande parte dos casos, às prisões por ordem de vagabundagem ou perturbação da ordem pública, ou eram detidos em celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia. Reproduzindo a segregação por ordem policial, como já acontecia desde os primórdios, na Europa e no Brasil, esses indivíduos continuaram sendo considerados casos de polícia. A partir de 1830, um grupo de médicos higienistas, dentre eles: José Martins da Cruz Jobim; Joaquim Cândido Soares de Meirelles; Luiz Vicente de Simoni; Jean-Maurice Faivre e Francisco Xavier Sigaud, embora nenhum deles tivesse formação psiquiátrica, passou a defender a necessidade da construção de um hospício para os alienados, no Brasil, a partir de veículos de informação como o “*Semanário de Saúde Pública*, 1831-1833; *Diário da Saúde*, 1835-1836; *Revista Médica Fluminense*, 1835-1841” (COSTA, 2006, p. 33), movimentando a opinião pública a favor da criação das instituições asilares no país.

Dentre as motivações publicadas pelo grupo de médicos higienistas para a construção do hospício estava, não somente o abandono dos loucos pelas cidades, como também a discordância acerca da forma como eram tratados os internos pela equipe responsável da Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, então capital do país. Para eles, a utilização de celas insalubres e de castigos corporais não se apresentavam como os melhores métodos para os tratamentos dos internos. Por isso, advogavam a favor de um asilo higiênico e arejado, onde os pacientes obtivessem tratamentos morais e médicos. Segundo Costa (2006), foi a partir desta reivindicação que, em 1841, o imperador Pedro II assinou o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852 – cuja direção continuou designada aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia, sendo chefiadas por um médico apenas a partir de 1881 e por um médico psiquiatra, em 1886.

Um ano após a instauração da República, em 1890, o Hospício D. Pedro II teve seu nome trocado para Hospital Nacional dos Alienados e teve sua direção separada da Santa Casa de Misericórdia, passando a ser tutelado pelo Estado. Após grandes cortes orçamentários, em

1902, um inquérito revelou que “o Hospital Nacional é simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização” (MAIA, p. 134 *apud* COSTA, 2006, p. 34). Desse modo, o presidente Rodrigues Alves decidiu por reorganizar a assistência psiquiátrica do Hospital Nacional e optou por nomear o psiquiatra Juliano Moreira para a diretoria da instituição, médico que suscitou a necessidade da criação da primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados⁵, a qual previa a reclusão, em asilos, dos indivíduos que tivessem a sua alienação comprovada e destinava regras próprias quanto ao método e as condições da reclusão – como, por exemplo, a proibição em manter esses indivíduos em cadeias públicas ou entre criminosos (Artigo 10). Além disso, marcos históricos para a psiquiatria, como a criação do Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal (instituição responsável pela coordenação de todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Brasil) e o Decreto nº 24.559, de 3 julho de 1934, que promulgou a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais; foram grandes influenciadores para a origem da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).

A psiquiatria brasileira, especialmente no Rio de Janeiro, de acordo com Costa (2006), durante as três primeiras décadas do século XX, era pautada no discurso teórico da psiquiatria francesa de Philippe Pinel e na fundamentação leiga ou religiosa da época. Apesar da luta e das aspirações de Juliano Moreira e de seus discípulos em inaugurar uma psiquiatria sólida em alicerces teóricos, práticos e coerentes com a medicina, por mais que tenham obtido reconhecimento jurídico, não atingiram seu grande objetivo. A psiquiatria passou a funcionar, a partir do século XIX, “como saber e poder no interior do domínio geral da higiene pública da proteção do corpo social” (FOUCAULT, 2010, p. 102). Os preconceitos culturais da época consistiram a principal fragilidade dos psiquiatras, especialmente porque havia uma grande dificuldade em delimitar o próprio campo de pesquisa e de atuação: “Para eles, os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se, unicamente, pela hipótese de uma causalidade biológica que, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade” (COSTA, 2006, p. 36). Dessa maneira, esses profissionais da saúde tinham tendência em associar e, muitas vezes, confundir os problemas psiquiátricos com o que consideravam problemas culturais, presentes na sociedade da época. As situações sociais eram, comumente, interpretadas de maneira biologizante e as instituições sociais, desde a família até o Estado, passaram a ser organizadas a partir de determinações biológicas, explicando o funcionamento psíquico e cultural da sociedade. Assim, devido a esta interpretação, misturada ao preconceito cultural,

⁵ Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903.

foram fatores determinantes para resumir os impasses sociais em doenças mentais ligadas, puramente, às causalidades biológicas; distanciando-se da coerência necessária para o tratamento ideal da loucura.

A Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, no Rio de Janeiro, pelo psiquiatra Gustavo Riedel e seus apoiadores, transformou a ideia de causalidade biológica, de acordo com Costa (2006), em um dogma à priori de qualquer questão política e moral. O objetivo da Liga, de início, era melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos estabelecimentos psiquiátricos e dos quadros profissionais, como reitera Costa (2006). O biologismo da LBHM derivou-se das aspirações culturais dos próprios psiquiatras, que ao defenderem suas ideias, motivaram o processo de eugenia social⁶: “Esse biologismo só conseguiu implantar-se no pensamento psiquiátrico da LBHM porque conformou-se aos preconceitos da época. Evidentemente, trata-se aqui do biologismo eugênico e não das verdadeiras hipóteses biológicas sobre o funcionamento mental dos indivíduos” (COSTA, 2006, p. 37). Esse pensamento eugênico utilizava da Biologia de forma parcial, como um subterfúgio e uma estratégia para a manutenção e legitimação dos preconceitos: “O biologismo da LBHM tinha um fundamento ideológico e não-científico” (COSTA, 2006, p. 37), o que se motivou pela falta de atenção em discriminar suas teorias científicas dos preconceitos culturais.

A Liga Brasileira de Higiene Mental, de acordo com Costa (2006), era uma entidade civil pública, reconhecida federalmente e que funcionava com a ajuda de filantropos e com a renda proveniente dos anúncios publicados na revista *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, inaugurada em 1925. O grupo de psiquiatras integrantes da instituição constituíam a elite psiquiátrica do Rio de Janeiro e do Brasil. No princípio, de 1923 a 1925, os médicos psiquiatras responsáveis pela LBHM procuraram aperfeiçoar a ideia de Riedel, que previa a melhora da assistência aos doentes. Entretanto, a partir de 1926, os mesmos médicos passaram a elaborar projetos que iam ao encontro de suas aspirações e seus interesses, afastando-se do objetivo inicial da instituição. Essas aspirações visavam a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos. Passaram, portanto, a atender os desejos de exclusão da sociedade da época, gozando do poder advindo de seus cargos profissionais, através de diagnósticos médicos.

O psiquiatra, em seu diagnóstico, prevalece-se, portanto, de um poder e de uma terminologia técnica para sancionar aquilo que a sociedade já executou, excluindo de

⁶ A eugenia foi um termo criado por Francis Galton, em 1883, que significava “bem nascido”. Segundo ele, caracterizava “o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações, seja física ou mentalmente”, visando melhores “seres humanos”, ao preservar a “pureza” de determinados grupos étnicos considerados superiores.

si aquele que não se integrou ao jogo do sistema. Mas tal sanção não tem o menor caráter terapêutico, já que se limita a separar o que é normal do que não é, entendida a norma não como um conceito elástico e passível de discussão, mas como algo fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e da sociedade que ele representa (BASAGLIA, 1985, p. 125).

A ideia de prevenção baseava-se na prevenção da medicina orgânica. Ou seja, a ação terapêutica, a partir daquele momento, deveria focar no período pré-patogênico (antes do aparecimento dos sintomas clínicos) e buscar tratar o indivíduo normal, ao invés do doente, dando prioridade para o processo de prevenção e não de cura. “Prevenir antes de curar, erradicar o mal antes que ele se manifestasse era o lema dos higienistas especialistas no ramo” (SCHWARCZ, 1993, p. 151). A partir de 1928, com a reformulação dos primeiros estatutos pela LBHM, os psiquiatras passaram a atuar de maneira preventiva nos meios escolar, profissional e social: “Os psiquiatras, seguindo a nova concepção de prevenção, deslocam-se, pouco a pouco, da prática tradicional e penetram no domínio cultural, até então situado fora dos domínios da Psiquiatria” (COSTA, 2006, p. 41).

A definição de “higienistas” passou a caracterizar cada vez mais os médicos psiquiatras, não mais como aqueles que se organizavam para combater as epidemias e melhorar as condições sanitárias da população, mas como responsáveis pela segregação social. A noção de eugenia passou a basear os estudos teóricos desses profissionais, fato que firmou, cientificamente, a invasão do campo social na área da saúde mental: “Muito lento é esperar dos poderes publicos reformas que atinjam os perigos sociaes. É da propaganda dos medicos, que poderá resultar algum proveito para o grupo humano” (MOREIRA, 1929, p. 3). Para Foucault (2010), a fim de se justificar como poder e ciência da higiene pública e da proteção social, a medicina mental tinha que provar que era capaz de perceber, mesmo onde ninguém ainda podia ver, um certo perigo; “e ela deve mostrar que, se pode percebê-lo, é por ser um conhecimento médico” (FOUCAULT, 2010, p. 103). É evidente, portanto, que a eugenia começou a fazer parte do objetivo principal dos psiquiatras, sendo a marginalização dos indivíduos rejeitados a forma prática de se atingir este objetivo. É possível perceber esta afirmação ao analisar o primeiro Estatuto da Liga Brasileira de Higiene Mental, de 1923, presente no Artigo 1º, no qual encontra-se o segundo objetivo: “realização de um programma de Hygiene Mental e de Eugenetica no domínio das actividades individual, escolar, profissional e social” (BRASIL, 1925, p. 223).

Os primeiros programas da LBHM diziam respeito a etapa da higiene psíquica individual. Nesse primeiro momento, segundo Costa (2006), a eugenia restringia-se ao objetivo de prevenir doenças mentais, evitando a progenitura dessas que, supostamente, eram herdadas

dos ascendentes da família. Esse ponto de vista era explicado pela noção biológica de herança genética, defendida, principalmente, pela psiquiatria organicista alemã de Kraepelin. Nesta etapa, a eugenia era justificada pelo pensamento psiquiátrico: “Assim é que Juliano Moreira, em sua conferência sobre ‘Factores Hereditários em Psychiatria’, procurava antes de mais nada demonstrar o papel desempenhado pela hereditariedade na doença mental, e só posteriormente propôs as medidas eugênicas como solução para o problema” (COSTA, 2006, p. 50). A hereditariedade era, portanto, explicação para a epilepsia, a esquizofrenia, a psicose maniaco-depressiva, a parafrenia, a paralisia geral e a imbecilidade mental.

[...] alguns códigos hindus proibiam alianças com famílias que não tivessem filhos homens, com aquellas cujos membros são muito peludos, soffrem de almorreimas, de dyspepsia, tísica, epilepsia, vitiligo, e elephantiasis, e os espartano, como é geralmente sabido, chegaram ao extremo de arremessar ao Eurotas os meninos nascidos defeituosos. D’esta mesma ideia simplista de preservar a raça, afastando os anormaes da possibilidade de reprodução, proveio por certo uma forma moderna que prescreve esterilizar alienados delinquentes, degenerados alcoolicos inveterados, quer como penalidade, quer como prophylactico [...] (MOREIRA, 1919, p. 29-34 *apud* COSTA, 2006, p. 50-51).

Ideias eugênicas eram propagadas por membros da Liga Brasileira de Higiene Mental como necessárias para o tratamento psíquico individual, como neste caso de delinquência infanto-juvenil: “No artigo ‘Menores Incuráveis’, Ernani Lopes propunha que se empregassem três medidas profiláticas contra estes casos: a) combate ao alcoolismo e à syphillis dos procreadores; b) equitação das uniões de indivíduos tarados; c) segregação e esterilização dos degenerados de acordo com o parecer de comissões técnicas” (COSTA, 2006, p. 51). Nesta etapa da higiene psíquica, portanto, interessava apenas os indivíduos sãos e doentes, prevenindo as gerações futuras das doenças carregadas hereditariamente. O preconceito racial dos psiquiatras da Liga foi conectado, com sucesso, à prevenção das doenças que eles diziam tratar: “Eles tinham conseguido integrar a eugenia na ideologia racial brasileira, de maneira harmoniosa, ou seja: A eugenia encarregava-se da profilaxia da doença mental e a miscigenação da profilaxia da raça” (COSTA, 2006, p. 52).

É de consenso de alguns autores que o problema racial no Brasil tem sua raiz na História. De acordo com Costa (2006), a tradição católica portuguesa, a implantação dos núcleos de colonização nos meios rurais, a mestiçagem intensiva e a persistência das relações sociais paternalistas – típicas das sociedades subdesenvolvidas economicamente – foram fatores determinantes para os conflitos raciais e, conseqüentemente, para o preconceito. Os psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental não fugiam à regra da sociedade da época. Seguindo a cultura brasileira, no princípio, a ideia de eugenia previa a melhora progressiva da raça, com o

objetivo de aproximar-se da ideologia de embranquecimento progressivo da população, segundo Costa (2006). Porém, a partir dos anos de 1920 e 1930, a pureza racial passou a ser o alvo da psiquiatria da LBHM, o que suscitou a intensificação do racismo. “[...] Do ponto de vista da eugenia, sou contra todas as misturas raciais, tanto entre brancos e negros, como entre brancos e índios, mongóis e outros. Os mestiços não podem ser comparados a uma raça pura; só a partir de uma visão falsa é que se pode admitir sua igualdade ou superioridade” (KEHL, 1938 *apud* COSTA, 2006, p. 110). A ideia de pureza racial, diferente do objetivo do embranquecimento progressivo, contribuía com a noção de eugenia enquanto higiene social da raça e não apenas como higiene psíquica individual. A eugenia, como reitera Costa (2006), passou a colocar em primeiro plano a atenção e a percepção da raça, para justificar outras atitudes culturais brasileiras. Os psiquiatras partidários da higiene social acreditavam que os indivíduos não-brancos, negros, amarelos ou mestiços carregavam atributos psíquicos patológicos e, portanto, o saneamento racial era o ideal para a inversão deste problema. Para Schwarcz (1993), a ótica médica tinha como objetivo curar um país enfermo, a partir de um projeto médico-eugênico, removendo a parte imperfeita do país, para que restasse uma população relativamente “perfeita”.

O autor Costa (2006) indica três situações, a partir de 1931, que modificaram a ação eugênica dos psiquiatras, são elas: a Revolução de 1930, a intensificação da propaganda eugênica no Brasil e a ocasião do Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental, em 1931.

2.2. O contexto cultural das décadas de 1920 e 1930 e suas contribuições para a formação da concepção de loucura no Brasil

Costa (2006) explica como a cultura, assim como os indivíduos em suas bases psicológicas e psicossociais, é assimilada a partir de sua forma preferencial e age em combate do estranho e do desconhecido e, por isso, a sociedade, inserida em seu determinado cultivo e sua tradição, tende a rejeitar e marginalizar os seres que lhe inspiram temor. A partir deste pensamento, Lévi-Strauss, no plano cultural, descreve o fenômeno do etnocentrismo – muito comum para a década de 1920 e 1930, no Brasil, em certas comunidades de elite – da seguinte forma:

A atitude mais antiga e que repousa, sem dúvida, sobre fundamentos psicológicos sólidos, pois que tende a reaparecer em cada um de nós quando somos colocados numa

situação inesperada, consiste em repudiar pura e simplesmente as formas culturais, morais, religiosas, sociais e estéticas mais afastadas daquelas com que nos identificamos. "Costumes de selvagem", "isso não é nosso", "não deveríamos permitir isso", etc., um sem número de reações grosseiras que traduzem este mesmo calafrio, esta mesma repulsa, em presença de maneiras de viver, de crer ou de pensar que nos são estranhas (LÉVI-STRAUSS, 1961, p. 19-20 *apud* COSTA, 2006, p. 114-115).

A cultura brasileira desenvolveu práticas que confirmam a presença da ideia etnocêntrica, definida por Lévi-Strauss. Com a Proclamação da República, em 1889, os novos ares significaram novas definições. Do lema “Amor, ordem e progresso”, apenas a ordem e o progresso passaram a representar o Brasil. Segundo Schwarcz e Starling (2016), a frase estampada na bandeira da República brasileira podia ser interpretada segundo uma ótica positivista, conservadora e militarista. Como explica Foucault (2018), os intelectuais carregam consigo o poder da verdade, o qual invalida o saber e o discurso das camadas de massa da sociedade, pois carregam a ideia de que são eles os agentes da consciência. A eugenia, por sua vez, pertencia à cultura brasileira e tinha como principal representante a intelectualidade do novo homem brasileiro, o qual acatou, sem resistências, este ideal duradouro. As décadas de 1920 e de 1930, no Brasil, ficaram marcadas pelas modificações culturais e sociais intensas que aconteceram. Inúmeros intelectuais, associações e periódicos fizeram parte do movimento eugenista, como Monteiro Lobato, Nina Rodrigues, Renato Kehl, Belisário Penna, Liga Pró-Saneamento, Liga Brasileira de Higiene Mental e Boletim de Eugenia; os quais produziram pensamentos críticos acerca de ideias liberais, conduzindo a uma direção intelectual ao processo de higienização social. Porém, além das figuras públicas, a sociedade como um todo foi de grande influência para a propagação do movimento. Aquela sociedade caracterizada pela imagem do *homem cordial*⁷ já não era mais o modelo de sociedade que dominava o país. A ideia de que as diferenças de interesses entre camadas sociais não era algo maior que simples atritos de caráter econômico ou político ficou para trás. O *homem cordial* era o indivíduo cultivado e representado, segundo Costa (2006), pela realidade da sociedade agrária que precedeu os anos de 20-30, no Brasil. De acordo com Sevcenko (1998), a elite dominante procurou impor seus padrões às populações ao seu redor, os quais consideravam meros instrumentos de seus projetos maiores. Para isso, buscavam modelar os comportamentos e as práticas sociais, desde o âmbito geral até os exercícios íntimos e individuais.

Com a expansão do processo de industrialização e da crescente urbanização, as camadas sociais que foram surgindo, juntamente a este processo, não tinham as mesmas aspirações das

⁷ Expressão criada por Sérgio Buarque de Holanda para caracterizar o indivíduo tolerante, paternalista, sentimental e explosivamente agressivo que personificava o brasileiro da época.

camadas anteriores. A nova representação – que fora moldada pensando nos ideais de reconhecimento almejados pelos novos homens da época – se deu, de acordo com Costa (2006), por conceitos como o antiliberalismo, que contrariava o liberalismo presente na velha democracia agrária e como o puritanismo, o qual recorria à separação do catolicismo do sincretismo pagão afro-indígena, antes bastante difundido nos meios rurais, e à intolerância e à moralidade em suas convicções religiosas. Além disso, o paternalismo e o sentimentalismo, que eram sentimentos que regiam as relações sociais, foram profundamente abalados pelo novo anseio de competitividade que foi instaurado com os processos de urbanização e de industrialização. A nova sociedade urbana e industrial ficou marcada pelo rompimento com as relações afetivas familiares presentes no mundo agrário e rural e pela aproximação com os conflitos entre classes sociais. “O homem brasileiro torna-se intransigente, reivindicante, revolucionário na defesa de seus interesses políticos e econômicos; racista e xenófobo nas duas relações interétnicas. Pouco a pouco, desenha-se uma nova imagem da personalidade étnica brasileira” (COSTA, 2006, p. 76). As elites, segundo Sevcenko (1998), a partir de um espírito modernizador, lutavam para transformar a realidade social brasileira, marcada pelas mazelas herdadas do colonialismo e da escravidão, em uma sociedade ajustada aos padrões europeus ou norte-americanos. A sociedade viu-se forçada a mudar, ajustar e reajustar seu modo de vida, suas ideias e seus valores, a fim de se enquadrar às intervenções das elites dirigentes, “empenhadas em modelar as formas e expressões da vida social” (SEVCENKO, 1998, p. 38).

Era como se a instauração do novo regime implicasse pelo mesmo ato o cancelamento de toda a herança do passado histórico do país [...] E enquanto essa consciência crítica não amadurecia, prevaleceu o sentimento de vergonha, desprezo e ojeriza em relação ao passado, aos grupos sociais e rituais da cultura que evocassem hábitos de um tempo que se julgava para sempre e felizmente superado (SEVCENKO, 1998, p. 27-28).

Analogamente, um outro movimento aconteceu, na década de 1920, que marcou profundamente o processo de construção da loucura, durante as décadas de 20-30: o movimento modernista, o qual trabalhou para construir uma nova imagem do brasileiro a partir da demolição de toda a convenção social. Dessa forma, gerou-se a personificação do homem brasileiro como preguiçoso, imoral, guloso, grosseiro e anti-herói, distanciando-se do perfil europeu e aproximando-se da tradição brasileira mais arcaica e popular; movimento este que foi largamente apoiado pela elite cultural, política e econômica da sociedade. Entretanto, diferentemente da aristocracia rural e dos intelectuais paulistas, para os intelectuais da classe média, como os psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental, o homem brasileiro não deveria ser, segundo Costa (2006), a soma das conotações negativas da personalidade étnica

brasileira, mas a cópia do modelo de indivíduo propagado pelas correntes fascistas europeias. “A eugenia foi, para os psiquiatras da LBHM, o meio de criar este novo brasileiro, puritano, disciplinado, intransigente e racista, que nada mais era que o estereótipo do europeu de classe média com o qual ele se identificava” (COSTA, 2006, p. 102).

A Revolução de 1930 foi o primeiro acontecimento que Costa (2006) identifica como motivação para a mudança do modelo de eugenia praticado pelos psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental. O Governo de Washington Luís apoiou esses profissionais em suas campanhas antialcoólicas, especialmente, para intensificar a vigilância policial sob os delinquentes e alcoólatras que se encontravam nas ruas e, também, influenciou a criação do Departamento Nacional de Saúde, o qual foi responsável por reagrupar todos os dispositivos institucionais psiquiátricos do país e por apoiar o combate, a prevenção e a repressão ao alcoolismo, dando ênfase ao movimento criado pela Liga. O problema do alcoolismo, apesar de grave para a época, apresentou níveis de repressão que mostraram que o mais relevante para os médicos foi, na verdade, agir de maneira eugênica na sociedade. É importante ressaltar que o apoio dado à LBHM, pelo Departamento de Saúde, motivou, ainda mais, os psiquiatras a investirem em seus métodos eugênicos de higiene mental para além dos alcoólatras, mas para todo o povo brasileiro. Com isso, é possível reafirmar que a Revolução de 1930 representou, em primeiro momento, o movimento elitista cultural, formado por militares, políticos e intelectuais, focados em criar uma nova sociedade que correspondesse às expectativas desse novo homem. Segundo Fausto (1997), a Revolução de 1930 foi a expressão política da perda do poder das oligarquias do café, as quais não atendiam mais às exigências da nova sociedade urbana e industrial.

Em segundo lugar, Costa (2006) indica a intensificação da propaganda eugênica, no Brasil, como princípio balizador da mudança dos pensamentos psiquiátricos quanto a eugenia. Antes de 1929, a propaganda eugênica era feita por meio de artigos e publicações pessoais de cada autor, já que não havia nenhuma organização que coordenasse os eugenistas brasileiros. Entretanto, após a criação da Comissão Central Brasileira de Eugenia, em 1931, pelo psiquiatra Renato Kehl, houve, conseqüentemente, a intensificação da propaganda eugênica no país, seguindo a mesma linha de concepção de eugenia que a psiquiatria alemã carregava.

Em 1931, seguindo para o terceiro fator mobilizador da mudança do ideal da psiquiatria brasileira, aconteceu o Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental, no qual alguns psiquiatras alemães expuseram suas percepções acerca do tema. Foi neste contexto que Rudin, representante do grupo da clínica psiquiátrica de Munique, afirmou que “a higiene mental, em

sua aplicação practica, não deve exercer-se somente no terreno da psychiatria, senão em todos os domínios da vida social” (RUDIN, 1931, p. 148 *apud* COSTA, 2006, p. 55). Esta fala identifica o problema inicial: a dificuldade em delimitar o campo de pesquisa da psiquiatria. Para o autor, a higiene mental devia ser colocada em prática já antes no meio social, como forma de prevenção eugênica; entretanto, essa ideia não apresentava embasamento teórico, científico ou empírico. Mesmo assim, as opiniões de Rudin influenciaram profundamente o entusiasmo dos psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental, os quais acolheram, com louvor, a ideia inconsistente de prevenção eugênica de Rudin. Esta reação já era de se esperar, ao levar em conta que a LBHM já se mostrava teoricamente dependente da psiquiatria alemã. Porém, a falha dos psiquiatras brasileiros em permitir que ideias de cunho eugênico nazista se tornassem fonte de orientação para a psiquiatria brasileira é lembrada até os dias de hoje: “O médico encarregado de assistir os doentes mentais devia ser eugenista antes de ser psiquiatra. Sua preocupação maior deveria ser a saúde da raça e não a do indivíduo” (COSTA, 2006, p. 56).

O humanitarismo que regia o sistema institucional e ideológico da democracia liberal, no Brasil, era alvo de críticas ferrenhas da psiquiatria eugenista. Inspirados no código moral do liberalismo, a filantropia e o humanitarismo, como reforça Costa (2006), orientavam o funcionamento das instituições sociais. Para os profissionais da psiquiatria, a permissividade das instituições – médicas, filantrópicas e políticas – em relação à miscigenação racial e à imigração, foram responsáveis pelo aumento da confusão racial e social que se encontrava no Brasil; ideia que escancarava o racismo dos médicos psiquiatras.

[...] Não é possível continuarmos a receber asiáticos e outros indesejáveis, inclusive psychopaths de todas as partes do mundo. [...] E não sei bem si me afasto do thema que desenvolvo, afirmando que, mentalmente, o oriental nos é indesejável; nem sei si deixo de ser bom brasileiro jurando que o Brasil não deve ser a terra prometida de Israel, nem a Amazonia a Mandchuria do futuro. [...] (OLIVEIRA, 1932, p. 22-23).

Uma instituição que foi de encontro com as ideias eugênicas dos psiquiatras brasileiros foi a Igreja católica, a qual foi duramente atacada por eles. Farani (1931, p. 169-79 *apud* COSTA, 2006, p. 63), ao defender a esterilização dos doentes mentais como medida higiênica, confronta, diretamente, os valores morais do catolicismo. Em seu artigo “Como evitar as proles degeneradas”, o autor enumera e debate vários argumentos utilizados pela doutrina para contrariar a ideia de esterilização dos doentes mentais, proposta pelos psiquiatras brasileiros. Mesmo assim, para ele:

[...] Vão além, e a sempiterna repetição da these individualista, menosprezando a collectividade quando a tendencia moderna, quer scientifica, quer social ou politica, trata de mostrar o *predomínio benéfico da concepção oposta*, isto é o sacrificio do individuo ao bem social. A limitação dos nascimentos, affirmam, é a affronta, pois, torna-se em geral utilitarista. Não e preciso mais repetir, que o “birth-control” para ser moral deve ter indicação, ninguém de boa fé o contradiz. É um ponto de vista utilitário, ninguem o nega, é entretanto utilitarismo louvavel uma vez que encara o bem social. *Individualista é que não é, pois atende ao beneficio da raça.* [...] (FARANI, 1931 *apud* COSTA, 2006, p. 64).

Lopes (1933b, p. 376-378) ainda recorre à História para criticar as instituições e a moral católica, ao explicar que os indivíduos atenienses dotados de qualidades intelectuais eram nascidos em famílias homogêneas e superiores. Porém, com a reforma de Clístenes, que concedeu direito de cidadania a estrangeiros e a escravos libertos, teve início a normalização dos casamentos heterogêneos, declinando a superioridade intelectual da população, e acentuou: “As peores linhagens perpetuam-se graças aos sentimentos para com os direitos individuais, ainda quando opostos ao bem da sociedade, e o Estado e a Igreja dão a ambos consentimento e benção ao casamento e à propagação dos idiotas, insuficientes, loucos e depravados [...] (LOPES, 1933b, p. 378).

Dessa maneira, com o objetivo de contrariar os princípios morais do catolicismo e da democracia liberal, Lopes (1933a, p. 277-289) suscitou a crescente necessidade da criação de tribunais de eugenia no Brasil, da reforma eugênica dos salários e da importância de existir um seguro de paternidade eugênica. Esses três instrumentos jurídicos-institucionais seriam capazes de assegurar o povoamento do Brasil por famílias cuja qualidade hereditária fosse digna de se multiplicar pelo país. Como reitera Costa (2006), a higiene mental passou a ser objetivo principal de todos os domínios da vida social, suplantando o sentimentalismo e o individualismo da moral católica e partindo para o saneamento da raça brasileira, idealizando uma nação forte⁸.

Seguindo a afirmação de Costa (2006), de que a Liga Brasileira de Higiene Mental tinha como princípio norteador de suas ações a psiquiatria alemã, a qual seguia um caráter nazista, é interessante se perguntar quais foram os mecanismos responsáveis pela consolidação deste modelo psiquiátrico, por intermédio da eugenia, que induziu o pensamento da LBHM, até que ele se tornasse propagador de discursos políticos e ideológicos. Ao pensar que, segundo Bastide (1971, p. 50-52 *apud* COSTA, 2006, p. 73), a aceitação de um traço cultural distinto depende, necessariamente, da familiaridade e da aceitação da cultura receptora, Costa (2006) analisa esta questão pensando como os ideais da psiquiatria alemã se assemelhavam aos da cultura brasileira

⁸ Costa (2006, p. 69) afirma que: “o pensamento psiquiátrico da LBHM identificava-se, assim, ponto por ponto, à psiquiatria nazista”.

nas décadas de 1920 e 1930, o que facilitava a solução dos problemas culturais que os psiquiatras brasileiros enfrentavam enquanto cidadãos. “O ideal eugênico da Psiquiatria alemã teve seu receptáculo, não nas teorias psiquiátricas científicas, mas no contexto político ideológico dos anos 20-30” (COSTA, 2006, p. 70). Esta percepção é plausível pois a eugenia apresentada pela psiquiatria nazista não se inseria em nenhum corpo teórico científico conhecido na época. Essa afirmação podia ser confirmada pelo próprio corpo médico psiquiátrico da Liga, já que, em seus artigos publicados sobre eugenia, todos os estudos psicanalíticos e psicossociológicos sobre doença mental contradiziam o biologismo propagado pela psiquiatria alemã organicista de Kraepelin.

A Psiquiatria alemã, em virtude de não poder incorporar-se à matriz cultural *ciência*, enraizou-se às matrizes políticas ou ideológicas do contexto cultural considerado. Esta integração realizou-se de maneira fácil, pois a Psiquiatria alemã, enquanto traço cultural, tinha por sua forma, sua função e sua significação, todas as propriedades que facilitavam sua inclusão no contexto cultural dos anos 20-30 (COSTA, 2006, p. 70).

O antiliberalismo, o moralismo puritano, o racismo e a xenofobia, no entanto, não faziam parte dos ideais de todos os intelectuais da época. Porém, é interessante ressaltar como, segundo Costa (2006), esses conceitos se encontravam sendo reproduzidos pelo pensamento psiquiátrico da Liga Brasileira de Higiene Mental.

2.3. A eugenia como plano psiquiátrico e social no Brasil

Buscando o bem-estar e a abundância social, a sociedade descobriu que não se deve expor a violência abertamente a violência por ela praticada, evitando criar um clima de contradição que se volte contra ela. “Por isso encontrou um novo sistema: o de estender a conceção do poder aos técnicos, que o exercerão em seu nome e que continuarão a criar, através de novas formas de violência – a violência técnica – novos rejeitados” (BASAGLIA, 1985, p. 101-102). A Eugenia, como movimento social, tinha como objetivo propor melhorias da hereditariedade pelo encorajamento da reprodução dos “sadios”, através do desencorajamento da reprodução dos “degenerados” – aqueles com um destino inevitável de fraqueza, doença e comportamento social perigoso – “os quais deveriam abster as futuras gerações da herança de suas más características” (MISKOLCI, 2003, p. 117). Unindo, então, a eugenia científica à eugenia social, a Psiquiatria recebeu o título de ciência da proteção biológica da sociedade. Esbanjando do domínio e do poder que lhes foi atribuído com o nascimento dos asilos, estava

nas mãos dos médicos psiquiatras o novo trabalho de higienizar a sociedade. A eugenia tornou-se um projeto.

Visto, portanto, que a Psiquiatria passou a ser, por tendência, identificada como eugênica, em seu projeto, desde sua gênese social, é indispensável retratar o indivíduo que, conseqüentemente, passou a ser objeto de repressão da psiquiatria. Esse indivíduo era considerado apenas um ser humano com funções biológicas, segundo Costa (2006): nascer, crescer, multiplicar-se e morrer. Seguindo essa lógica, o homem era entendido somente por sua atuação biológica, na qual os mais fortes sobreviveriam e os mais fracos desapareceriam⁹. “A tarefa primordial do eugenista consistia em evitar os desvios desta evolução natural da espécie, provocados pelas ações culturais de certos indivíduos ou grupos sociais” (COSTA, 2006, p. 57). Seguindo o entendimento de que a miséria psíquica e moral reinava nos países civilizados ou não, o psiquiatra Renato Kehl expõe:

[...] Evidencia-se por toda a parte a preocupação dos governos de encontrar solução para abrigar e alimentar a elevadíssima percentagem de incapazes, de mendigos, de criminosos, de anormais de todo gênero que dificultam e oneram, pesadamente, a parte sã e produtiva da sociedade [...] As medidas em pratica consistem em estabelecer colônias e albergues para mendigos, penitenciárias e prisões para os criminosos, manicômios e hospitais para loucos e degenerados, sem que os estabelecimentos criados comportem o número crescente de infelizes que surgem cada dia em progressão geométrica [...] Para agravar, ainda mais, a calamitosa situação, a hygiene social de um lado, a medicina e a philantropia de outro, salvam a vida de milhões destes infra-homens (que a seleção natural devia eliminar), aumentando, assim, o peso morto e as contribuições para conservá-los na inatividade ou reclusos nos estabelecimentos adequados [...] (KELH, p. 93-99 *apud* COSTA, 2006, p. 57-58).

Portanto, é perceptível que, para o autor, as instituições de apoio social eram responsáveis por limitarem o aperfeiçoamento da espécie humana, prejudicando o processo de eugenia social. Ao se aproximarem da ideia de que o ser humano, em sua pureza biológica, se assemelha a um animal, retirando toda sua relação social de vista, os médicos psiquiatras tinham por objetivo instituir a noção de indivíduo-animal que deveria, segundo Costa (2006), submeter-se ao Estado-raça e, também, criticar a política do Estado brasileiro; caracterizando o indivíduo disciplinado com exatidão e perfeição.

O antiliberalismo era uma das características mais notáveis presente nos pensamentos da Liga. Seguindo tendências políticas antiliberais, como a de Plínio Salgado, de acordo com Costa (2006), o método de tratamento e de prevenção defendidos pelos psiquiatras da Liga já

⁹ A ética eugênica tinha sua base no Darwinismo social, de 1870, o qual, por sua vez, tinha sua base na teoria da evolução das espécies, de Charles Darwin (1809-1882), diferenciando-se por tratar da suposta superioridade de raças e de nações; cuja quais sobreviveriam e as demais pereceriam.

mostrava o desejo de intervir arbitrariamente no seio da população. A tentativa de imposição, à força, dos atos de esterilização sexual, de segregação e de purificação racial dos indivíduos ou etnias não demonstrava preocupação alguma com a opinião das pessoas inclusas nestes projetos – destruindo a ética de liberdade individual, pregada pela democracia liberal – e ainda deixavam transparecer a compatibilidade que tinham com o uso de medidas de força nos tratamentos de doenças mentais: “Para os psiquiatras da LBHM, era natural que o povo brasileiro se curvasse às suas convicções pessoais” (COSTA, 2006, p. 80). Para eles, uma nova sociedade deveria ser criada aos seus moldes e às suas semelhanças, seguindo seus atributos étnicos, culturais e psíquicos. Diferente da ideia de que a sociedade do *homem cordial* tinha, os eugenistas entendiam que “o povo estúpido, degenerado e doentio devia ser regenerado para tornar-se como eles” (COSTA, 2006, p. 80).

Um dos exemplos claros dessa tentativa de higienização da sociedade era a já citada campanha antialcoolismo da LBHM. Para eles, o alcoolismo tratava-se de uma doença hereditária que deveria ser tratada e prevenida através de medidas eugênicas, se não fosse tomada alguma atitude, o número de “alcoólatras degenerados” aumentaria progressivamente, a partir de sua prole. Entretanto, estudos posteriores mostraram que essas estatísticas fornecidas pela Liga Brasileira de Higiene Mental não se provaram verdadeiras¹⁰, negando a necessidade de segregação e esterilização dos indivíduos, sob pretexto de que sua descendência seria alcoólica e degenerada. No entanto, com o Governo de Vargas, com a Câmara dissolvida e com a intervenção nos governos estaduais legislada por decretos federais e, conseqüentemente, com a paralização do sistema institucional democrático, o ambiente político encontrava-se em condições favoráveis para a aplicação de medidas repressivas. Foi neste contexto que os psiquiatras da LBHM conseguiram apoio policial:

No propósito de cooperar, tanto quanto lhe permittam os seus recursos, com a esclarecida Policia do Distrito Federal, em matéria de anti-alcoolismo, dirigiu-se a Liga ao digno Chefe d’aquella corporação, Sr. Major Felinto Müller, solicitando-lhe a adopção de várias medidas tendentes a difficultar o abuso de bebidas e, em especial, a possibilitar melhor assistência social aos ébrios contumazes. [...] O Sr. Major Felinto Müller, atendendo às ponderações contidas em nosso memorial, determinou, sem tardança, as providencias que a Liga desejava merecer de V. Excia. No momento de redigirmos esta nota, chega-nos às mãos o primeiro “officio reservado” de uma das mais efficientes Delegacias Policiaes do Districto, em que nos são fornecidos os nomes e endereços de cinco ébrios (ARCH. BRAS. DE HYGIENE MENTAL, 1934, p. 353-354).

¹⁰ Ver LOPES, José Leme. “Sobre a Frequência de Internação por Alcoolismo em Estabelecimento Particular para Psicopatas”. In: *Arch. Bras. de Hygiene Mental*, (III) 9, setembro de 1930.

Pode-se perceber que a atividade de repressão da LBHM, apoiada pela ação policial, se explicava porque, na realidade, os objetivos da Liga e da polícia convergiam para um mesmo ponto: “Na verdade, o que a Liga procurava combater não era a doença mental, mas as qualidades morais dos indivíduos doentes mentais. As campanhas de higiene mental, em particular as campanhas antialcoólicas, eram em última instância cruzadas moralizadoras que visavam a extirpar os vícios e a devassidão [...] (COSTA, 2006, p. 89).

O moralismo também era um fator decisivo para a definição de pensamentos dos integrantes da LHBM. A ideologia moralizante, caracterizante dos psiquiatras da Liga, é responsável pela formação de ideias que acoplava doenças, como o alcoolismo e a sífilis, às concepções e aos comportamentos morais presentes na sociedade, como ociosidade, prostituição e vícios, os quais aterrorizavam a ética dos psiquiatras. Para eles, a crença de que existia uma coincidência entre os ideais morais compartilhados por eles e as leis naturais, fazia com que existisse uma afirmação paranoica de que “as próprias verdades são assimiladas às verdades do universo” (COSTA, 2006, p. 95). Essas verdades podem ser percebidas em situações iguais a do trabalho. Como visto no primeiro capítulo desta monografia, já fazia parte do processo estrutural do projeto de transformação da loucura, a ação modificadora da doença mental para a utilização da força de trabalho do indivíduo. Do ponto de vista econômico, a Liga Brasileira de Higiene Mental visava formar um novo organismo social: “A hygiene mental compete a educação hygienica, physica e moral dos indivíduos, tornando-os fortes, sadios e aptos para o trabalho o que resolverá com o programma de orientação profissional” [...] (CARDOSO, 1933, p. 354). O autor identifica, como problemática maior, a corrupção moral que cercava a representação popular das doenças, entendendo que

É bem verdade que certos indivíduos nascem definhados, doentes, dotados de menor grau de intelligencia que lhe inibe proverem por elles proprios a sua subsistencia, todavia são os vícios humanos maiores geradores de pobreza que os accidentes e as enfermidades, e o remedio para o mal é a prophylaxia social, que, prevenindo em tempo, diminuirá de modo notável a miseria resultante dos accidentes, doenças, anormalidades, fraqueza, imprevidencia, e vícios do homem. [...] Individuos ha, que são negligentes e vadios, porque são fracos e ignorantes, não tendo noção do perigo que ameaça a sua prole. Deixam a situação se agravar, se não são obrigados a tomar uma decisão com firmeza e coragem, evitando-se dest’arte o seu ingresso nos manicômios ou asylos, provocado pela situação de indigencia ou pauperismo, a que fatalmente se deixarão arrastar, pela falta absoluta de capacidade para se dirigirem (CARDOSO, 1933, p. 353-354).

A ideia de que os pensamentos morais dos psiquiatras brasileiros se encontravam em posição de familiaridade com as leis naturais, apesar de não comprovada, ajuda a entender como o moralismo adentrou a percepção da sociedade brasileira acerca dos impasses da época.

Segundo Costa (2006), o moralismo dos psiquiatras foi naturalizado, já que não houve contestação alguma, que o considerasse delirante ou não-plausível, de modo que esse sistema de ideias passou a ser cultural. Esta percepção pode ser afirmada ao analisar o modo como a ideologia moral da Liga Brasileira de Higiene Mental apresentava, como fator decisivo, o moralismo católico. Costa (2006) percebe como os psiquiatras da LBHM utilizaram do moralismo católico como elemento integrador da cultura e como fonte de inspiração para os programas de higiene mental. Apesar de se intitularem neutros quanto à religião, os psiquiatras da Liga expressavam, em seus escritos, impressões diferentes. Como foi o caso, por exemplo, da obra “O amor e a hygiene mental”, de Olinto de Oliveira, a qual “afirmava que, a solução biológica e eugênica para a sexualidade dos adolescentes e dos adultos era o casamento católico” (COSTA, 2006, p. 98). Outro exemplo relevante, exposto na obra de Mirandolino Caldas, “Causas e Prophylaxia do Suicídio”, foi marcado pela afirmação do autor de que “o budismo, o bramanismo e as religiões africanas predisõem os indivíduos ao suicídio, enquanto o catolicismo exerce sobre ele uma ação oposta” (COSTA, 2006, p. 98).

O modelo de pensamento eugenista influenciou, desde o começo do século XX, especialmente na década de 1930, os psiquiatras brasileiros levarem a fundo a ideia de que as etnias estavam diretamente ligadas à propagação de doenças. Como explica Costa (2006), na época, as populações não-brancas eram as mais acometidas por doenças mentais de origem toxinfeciosa, como a sífilis, diferente dos brancos que apresentavam maiores índices de doenças constitucionais, como a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva, porém as causas dessa maior incidência eram interpretadas, pelos psiquiatras, como estigma racial. Ignorando o contexto socioeconômico em que viviam as mulheres negras e mestiças – submetidas à abusos sexuais e à prostituição como forma de sobrevivência após a abolição – os psiquiatras brasileiros associavam a ideia de decadência moral à herança psíquica dos não brancos e defendiam a suposição de predisposição genética das mulheres negras e mestiças a contraírem sífilis. O argumento, segundo Schwarcz (1993), era basicamente um: o estabelecimento forçado da diferença entre as raças e a condenação da mestiçagem. “Utilizando modelos social-darwinistas, esses cientistas farão uma leitura original da realidade nacional ao apontar o cruzamento como o nosso maior mal, ao condenar a hibridação das raças e sua conseqüente degeneração” (SCHWARCZ, 1993, p. 152). Essa ideia errônea manipulava drasticamente as estatísticas e confirmavam o preconceito racial do grupo médico. O mesmo problema acontecia com o alcoolismo. Submetidos a condições de vida extremamente precárias e forçados a recorrerem à marginalização, à mendicância, à prostituição e ao alcoolismo, como formas de

sobrevivência, os indivíduos pobres eram vistos com os olhos do preconceito. Para a classe médica, a causa da desorganização moral e social não era o contexto econômico em que viviam essas pessoas, mas, principalmente, o alcoolismo. A predisposição genética era afirmada pela liga médica, deixando de ser levado em conta o crescimento do alcoolismo na população negra, a medida em que se degradava o comportamento social e psíquico dos indivíduos, que eram pressionados pela nova situação econômica em que viviam. “Nesse local, portanto, a nação foi antes pensada em termos raciais do que entendida a partir de critérios econômicos ou culturais” (SCHWARCZ, 1993, p. 153). Após a Revolução de 1930, a campanha contra o alcoolismo intensificou-se no Brasil, com o objetivo, segundo Costa (2006), não de tratamento, cura ou prevenção, mas de regenerar a sociedade conforme um código moral particular.

Costa (2006) analisa como o racismo, gravemente presente na sociedade das décadas de 20-30, determinou as ações da medicina psiquiátrica eugênica e influenciou a concepção de loucura. O autor explica que, diferentemente da Colônia e de grande parte da Monarquia, a República, no Brasil, suscitou grandes contestações acerca da superioridade do branco sobre o negro. Para Foucault (2010), as novas formas de racismo, que se firmaram entre o fim do século XIX e o início do século XX, devem ser referidos, historicamente, à prática da psiquiatria. De acordo com Sevcenko (1998), no início do século XX, a população do Rio de Janeiro era formada por pouco menos de um milhão de habitantes, sendo a maioria negros remanescentes dos escravos, dos ex-escravos, dos libertos e dos seus descendentes. A maioria desses indivíduos encontrava-se em situação de extrema pobreza e logo foram motivo de preocupação das autoridades. Para os governantes, a ameaça à saúde pública pela convivência adensada da população negra, em condições sanitárias precárias, nas áreas centrais da cidade, poderia causar problemas maiores. Por se tratar da cidade que abrigava a capital do país, na época, o Rio de Janeiro deveria operar como um atrativo para os estrangeiros; no entanto, a cidade era comumente assolada por endemias, como a difteria, a malária, a tuberculose, a lepra, o tifo, a varíola e a febre amarela. Com o objetivo de conter o problema sanitário, batalhões passaram a invadir as casas, com o pretexto de vistoria e de vacinação. Caso encontrassem sinais de risco sanitário, o que naquelas condições era quase inevitável, “tinham autorização para evacuar a casa, cortiço, frege, zunga ou barraco, condenando-os eventualmente à demolição compulsória, e seus moradores não tinham direito à indenização. Foi a gota d’água para a população pobre, despejada e humilhada” (SEVCENKO, 1998, p. 23).

Segundo Schwarcz (1993), o que prevaleceu foi a nova figura autoritária e intervencionista dos profissionais de medicina. O episódio de surto que procedeu as invasões

ficaria conhecido, posteriormente, como a Revolta da Vacina, de 1904, e teria consequências ferrenhas; como a formação inicial das favelas e a punição dos revoltosos, exilando os indivíduos sem emprego e sem moradia, na famigerada Ilha das Cobras. Como explica Schwarcz e Starling (2016), o projeto de Regeneração – nome dado às reformas urbanas do período – se dedicava ao higienismo e tinha como objetivo impedir a “degeneração” proveniente dos mestiços, condenada pela ciência determinista da época. “As tentativas de reforma urbana provocaram conflitos com a população, sobretudo fruto da desinformação, mas que foram suprimidos a ferro e fogo pelas autoridades” (SCHWARCZ; STARLING, 2016). Portanto, mesmo com a abolição da escravidão e a instauração da República, na qual teoricamente o negro tornou-se um homem livre igual ao branco, o contrato democrático de obtenção de direitos civis logo se mostrou inalcançável. A discriminação nas cidades era tão brutal quanto a do meio rural em que viviam antes da abolição. Dessa maneira, nas décadas de 1920 e 1930, como já trabalhado neste capítulo, os brancos das elites intelectuais encontraram uma explicação forjada que lhes permitissem resguardar o sentimento de supremacia social de que sempre se beneficiaram: a hierarquia biológica das raças.

Excluídos, porém, esses espécimens superiores, que integram os atributos melhores e mais eugênicos das raças componentes, os restantes, quer de uma ou de outra origem étnica, mamelucos ou mulatos, padecem todos como que de uma sorte de assimetria moral, que lhes acompanha a inegável assimetria física: – são todos moralmente incoordenados e incoerentes. Na estrutura do seu caráter, as duas ou, mesmo, as três mentalidades das raças originárias se justapõem, estratificam ou misturam; não se integram, não se fundem. Daí faltar aos nossos mestiços de uma ou de outra origem esse senso de continuidade, essa energia do querer, essa pertinácia da vontade, essa capacidade de espera, todas essas fortes qualidades, que denunciam as naturezas inteiriças, fundidas num só bloco, coesas, infrangíveis, monolíticas. Eles são, por isso, ao mesmo tempo, apáticos e impulsivos. É quebradiça a sua conduta, zigzagueante, irregular, descontínua, imprevista. Obedecendo às descargas divergentes da própria impulsividade, saltam, de súbito, da apatia dos inertes à mobilidade incoercível dos frenéticos, para caírem logo depois na indiferença e quietismo mais completos (VIANA, 2005, p. 175).

Portanto, de acordo com Schwarcz (1993), com o fortalecimento de uma prática higienista, novos projetos de saneamento começaram a tomar força, escapando do terreno estrito da medicina e propondo medidas diretas de intervenção na realidade social. Os alvos eram inúmeros: as igrejas, as escolas, os portos, os cemitérios, os locais públicos, as casas de moradia. Os hábitos deveriam ser moralizados, orientando-se os costumes alimentares e higiênicos, controlando-se o desvio, incluindo o sexual, e evitando-se a “degeneração”. “Da sociedade, entendida enquanto um imenso hospital, esperava-se a passividade absoluta” (SCHWARCZ, 1993, p. 166). Dessa forma, a maneira encontrada pela psiquiatria, desde Pinel,

para disciplinar e transformar a realidade social e, conseqüentemente, moralizar e reprimir aqueles que se distanciavam dos moldes éticos desejados pelos detentores dos mecanismos de poder, foi o internamento em asilos e hospitais psiquiátricos; os quais praticavam, além dos ideais eugênicos, o tratamento moral.

Para Viana (2005), mesmo que diferente do pensamento dos psiquiatras da LBHM, o embranquecimento racial era a ideologia a ser seguida, não a da pureza racial. Ele afirma como a raça e a mentalidade branca e ariana era superior e que os mestiços, mulatos ou mamelucos só poderiam ascender no meio social se, durante a evolução histórica, se desligassem de sua mentalidade mestiça e se mantivessem-se dentro das características arianas, deixando de serem psicologicamente mestiços. A partir deste pensamento, o país, segundo Schwarcz (1993), podia ser dividido entre capazes e incapazes, entre possíveis indivíduos perfeitos e degenerados, sendo esta divisão uma tentativa desesperada de esfumegar divisões econômicas e sociais enraizadas. “Os mestiços inferiores – os que, por virtude de regressões atávicas, não têm capacidade de ascensão nem desejos de operar essa ascensão –, estes, sim, é que ficam dentro do seu tipo miscigênio. Na composição do nosso caráter coletivo entram, mas apenas como força Populações Meridionais do Brasil revulsiva e perturbadora” (VIANA, 2005, p. 179-180). Dessa forma, ficou-se social e juridicamente concordado que, dentro da moral ariana – absorvida pelos ideais da sociedade da época – os mestiços eram inferiores aos brancos, a menos que abandonassem suas características culturais e físicas. Assim sendo, a hostilidade para com o mestiço diminuía à medida que ele embranquecia seus traços físicos e seu comportamento social.

No entanto, felizmente, “o conceito biológico de raça, hoje sabemos, não se sustenta. Os estudos atuais provam que raça é apenas um conceito estatístico, e não pode ser defendido como uma noção fixa ou natural” (SCHWARCZ; STARLING, 2016). Porém, como o conceito biológico tem sido recriado no meio social, diariamente, pode-se afirmar a existência, até os dias atuais, da “raça social”: a maneira como os indivíduos usam o conceito para fins políticos, econômicos e sociais. O pensamento eugênico, de acordo com Miskolci (2003), manteve-se forte até a ascensão nazista e o programa de “limpeza étnica” alemão que levou ao Holocausto. Após a Segunda Guerra Mundial, o tema tornou-se delicado e perigoso, o que levou ao quase silenciamento da defesa dessa corrente científico-social. Entretanto, “essa amnésia coletiva contribui para que novas correntes de interpretação biológica da sociedade ou de indivíduos permaneçam vivas e atuantes” (MISKOLCI, 2003, p. 119).

Em síntese, para Costa (2006), o pensamento eugênico mostrou-se interessante como método de transformação da imagem étnica brasileira e de construção de uma sociedade compatível com seus interesses. A partir dos pensamentos racistas e xenófobos e dos preconceitos culturais e sociais propagados pela medicina psiquiátrica, procurou-se excluir, corrigir e disciplinar aqueles que eram considerados indesejáveis para o novo ideal de sociedade. A marginalização e a segregação dos indivíduos em instituições de sequestro foi consequência direta do projeto eugênico da psiquiatria brasileira. A eugenia foi, para a Psiquiatria, um instrumento teórico que tinha como base a crítica ao sistema democrático-liberal da Primeira República, no Brasil. Afirma-se, portanto, que os psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental encontraram na eugenia a maneira científica e psiquiátrica de resolver a confusão moral, racial e social a qual se encontrava o Brasil. Além disso, de forma biológica, buscaram “reduzir o conflito entre o excluído e o excludente através da confirmação científica da inferioridade original do primeiro relativamente ao segundo” (BASAGLIA, 1985, p. 102). Este ideal, amplamente difundido pela Liga, enquadrava-se perfeitamente no contexto social e histórico da época. A renovação política almejada pelos defensores de uma nova moral – marcada pelo desejo do catolicismo ortodoxo e da intensificação dos conflitos étnicos – ficou assinalada pelo reforço dos pensamentos intelectuais racistas e xenófobos dos anos 1920 e 1930. A sociedade e a psiquiatria utilizaram, para atingir o objetivo de renovação política, social, cultural e econômica, a prática da institucionalização e segregação dos indesejáveis.

Capítulo 3. A institucionalização da loucura no caso do Hospital Colônia de Barbacena

3.1. A marginalização por meio do controle social, médico e legal no Hospital Colônia de Barbacena

Seguindo os moldes dos hospícios D. Pedro II, no Rio de Janeiro e do Juqueri, em São Paulo, o Colônia foi fundado em 12 de outubro de 1903, na cidade de Barbacena, em Minas Gerais; mais conhecida como “cidade dos loucos” ou “terra do nunca”, já que, segundo a lenda, quem adentrava o município, nunca saía vivo. Sua construção se deu como prêmio de consolação após o município perder a disputa com a cidade de Belo Horizonte para o título de Capital de Minas Gerais. De acordo com Ramos (2008), o novo século e seus ares republicanos, juntamente com a mudança da capital de Minas Gerais de Ouro Preto para Belo Horizonte, foram fatores que favoreceram a instalação do hospital, em Barbacena. Criado, inicialmente, para assistir os “alienados do Estado”, a instituição recebeu o nome de “Assistência aos Alienados de Minas Gerais”, passando, posteriormente, a se chamar “Hospital Colônia” e, por fim, em 1980, em “Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena”. Segundo Arbex (2013), apesar de ser apresentado como uma instituição psiquiátrica, o Colônia atendeu, sobretudo, a interesses políticos, impulsionando a economia local. Além de ser um grandioso produtor de flores, o município de Barbacena passou a ser, após a construção do Hospital, um grande chamarisco de moradores, que iam para a cidade em busca de postos de trabalhos bem remunerados que a instituição ofertava. Exigindo baixo nível de escolaridade e de especialização, os barbacenenses trocavam vagas de emprego por votos, já que o Hospital foi transformado em um grande curral eleitoral; fato que, na época, foi de grande interesse dos coronéis da política mineira. “Para lá, o manicômio, iam todos aqueles que não eram sujeitos, não eram cidadãos, não mereciam estar no seio da sociedade como seres iguais” (AMARANTE, 2008, p. 31). Marcado, fortemente, pelo pensamento conservador e preconceituoso propagado pela sociedade da época e pela atividade higienista dos profissionais da saúde, o Hospital Colônia de Barbacena institucionalizou milhares de indivíduos sãos e saudáveis, além de, entre os anos de 1930 e 1980, ter sido local de morte de cerca de sessenta mil pessoas.

Dezenove dos vinte e cinco hospitais psiquiátricos existentes em Minas até a década de 1980 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. Parâmetros da Organização Mundial da Saúde estabeleciam como referência três internações para cada mil beneficiários no país. Mas estudos do setor psiquiátrico mineiro revelaram quase sete internações para cada grupo de mil, em 1979. Em 1981, o número era superior a cinco. A cada duas consultas e meia, uma pessoa era hospitalizada nas Gerais (ARBEX, 2013, p. 31).

A Estação Bias Fortes, localizada em Minas Gerais, ficou conhecida por ser os trilhos de ferro por onde transitavam os famosos “trens de doido”¹¹, que levavam os pacientes para o Hospital Colônia de Barbacena. Daniela Arbex (2013), em sua obra, assemelha a maneira como os vagões dos trens eram lotados de pessoas e levados a Barbacena de vários lugares do Brasil, com a forma como os judeus eram levados, durante a Segunda Guerra Mundial, para os campos de concentração nazistas de Auschwitz, na Polônia. Após chegarem ao hospital, o próximo passo era a triagem, momento em que os pacientes eram divididos por sexo, idade e características físicas. Os homens tinham seus cabelos raspados, como prisioneiros de guerra. Todos eram obrigados a entregarem seus pertences, desde artigos íntimos até roupas e sapatos e a vestirem o “azulão” (uniforme azul feito de brim, tecido incapaz de esquentar o corpo humano em baixas temperaturas). Além disso, os pacientes que não portavam documentos eram logo rebatizados pelos funcionários do hospital, perdendo seus nomes, suas referências e suas individualidades, como se não importassem para mais ninguém. Esta padronização, segundo Foucault (2014b), no que diz respeito a forma de se vestir, de se comportar e de obedecer às regras impostas, visava disciplinar os corpos e torná-los dóceis. Essa docilidade permitiria a subordinação dos indivíduos aos poderes superiores e atingiria, por meio da exclusão e do desaparecimento da humanidade de cada paciente, o esquecimento de suas existências.

Assim, padronizado e violado em sua intimidade, seguia cada um para o seu setor. Os homens eram encaminhados para o Departamento B, e os que tinham condição de trabalhar iam para o pavilhão Milton Campos [...] As mulheres andavam em silêncio na direção do Departamento A, conhecido como Assistência. Daquele momento em diante, elas deixavam de ser filhas, mães, esposas irmãs (ARBEX, 2013, p. 28-29).

Algumas pessoas recebiam o apelido “ignorado de tal”, pois, como explica Arbex (2013), muitas pacientes mulheres eram filhas de fazendeiros e, por terem perdido a virgindade ou por adotarem comportamentos inadequados para o Brasil à época, dominado por coronéis e latifundiários, eram ignoradas pela família. Esposas trocadas por amantes também eram, frequentemente, enviadas para o Colônia para serem silenciadas e não envergonharem os familiares. Além delas, prostitutas também eram forçadas ao internamento, principalmente aquelas que se revoltavam por serem abusadas durante seu ofício. “Se o manicômio, na

¹¹ Termo criado por Guimarães Rosa, em seu conto “Sorôco, sua mãe, sua filha” (1962), referia-se ao caminho para a morte no Colônia.

perspectiva filantrópica e ingênua de seus idealizadores, encarnava uma visão de compaixão pelos loucos, a história veio mostrar que o buraco da loucura apenas fazia borda ao controle social e à exclusão” (CORDEIRO, 2008, p. 41). É possível perceber como a prática médica de exame e elaboração de laudos médicos que comprovassem a existência da doença mental não eram realizadas com frequência e exatidão, no Hospital Colônia de Barbacena. Os pensamentos morais, éticos e culturais da época se misturavam e se confundiam e, conseqüentemente, distorciam o real objetivo para que o hospital psiquiátrico havia sido construído.

O Hospital Colônia de Barbacena foi uma instituição tradicional que teve seu início no ano de 1903, com o apoio da Igreja Católica. Tendo sido criado no início do século XX, seguiu, mesmo que de forma perturbada, o modelo asilar idealizado por Philippe Pinel, constituindo lugar de tratamento moral e disciplinar. No entanto, fugindo do discernimento médico necessário, segundo Arbex (2013), o Colônia era conhecido pela falta de critério médico nos processos de internação, nos quais os diagnósticos eram padronizados; o que mostrava a indiferença dos psiquiatras em analisar os casos e seus possíveis tratamentos. Como já denunciou Basaglia (1985), chaves, fechaduras, barras e os próprios doentes eram considerados materiais indispensáveis no hospital psiquiátrico. O doente não passava de um corpo institucionalizado que vivia como objeto. A disciplina era sancionada como repressora e funcionava a partir de punições quando as regras e normas não eram seguidas pelos pacientes. De acordo com Foucault (2014b), a disciplina é, comumente, utilizada a título de punição, que vai do castigo físico leve até as privações e humilhações. Como visto no capítulo dois desta monografia, os preconceitos e as aspirações eugenistas dos responsáveis pelo internamento, juntamente aos desejos pessoais da sociedade da época, foram responsáveis pela institucionalização da loucura e do processo de segregação que acompanhou, inclusive, toda a história do Colônia, o qual fora uma instituição responsável pelo descaso para com seus internos. A falta de diagnósticos detalhados e plausíveis já deixa explícito o objetivo de higienização e da separação dos indivíduos indesejáveis do resto da sociedade, objetivo este propiciado pelos muros adentro do Hospital Colônia de Barbacena.

[...] a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (ARBEX, 2013, p. 25-26).

A partir da concepção de Foucault (2010), quando a psiquiatria passa a se basear, assim como os grandes profissionais influenciadores da medicina psiquiátrica brasileira, na ideia de que a anomalia não é uma doença patológica, mas uma degeneração hereditária e irreversível, a cura não é mais o objetivo principal da medicina psiquiátrica. Vendo-se inerte à prática da cura da loucura, a psiquiatria toma a função, unicamente, de manter a proteção e a ordem na sociedade. “Ela se torna a ciência da proteção científica da sociedade, ela se torna a ciência da proteção biológica da espécie” (FOUCAULT, 2010, p. 277). O espaço fechado da instituição, recortado e vigiado em todos os seus pontos, é o lugar em que todos os movimentos são controlados e todos os acontecimentos são registrados, “onde o poder é exercido sem divisão, segundo uma figura hierárquica contínua, onde cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos – isso tudo constitui um modelo compacto do dispositivo disciplinar” (FOUCAULT, 2014b, p. 192). A existência de técnicas e de instituições que tem como objetivo medir, controlar e corrigir os anormais, faz funcionar os dispositivos disciplinares com certa excelência. Pode-se perceber como o Hospital Colônia de Barbacena apresenta algumas semelhanças com os objetivos do Panóptico de Bentham¹², pois, segundo Foucault (2014b) induz no interno um estado consciente e permanente de visibilidade, o que assegura o funcionamento do poder. “Cada vez que se tratar de uma multiplicidade de indivíduos a que se deve impor uma tarefa ou um comportamento, o esquema do panóptico poderá ser utilizado” (FOUCAULT, 2014b, p. 199).

Em 1961, a convite de Magalhães Pinto, governador de Minas Gerais na época, o fotógrafo Luiz Alfredo Ferreira – responsável pelos registros fotográficos que compõem o livro de Daniela Arbex (2013) – conheceu, junto ao repórter José Franco, as instalações do hospital, com o objetivo de coletar dados para uma reportagem jornalística para a revista em que atuava. Em sua entrevista com Arbex (2013), ele relata ter passado pelo portão de ferro do manicômio e visto muitas pessoas maltrapilhas largadas pelo pátio, em absoluto silêncio. Enquanto se afastava do grupo para fotografar a instituição, pensava como poderia haver algo do tipo na cidade que era conhecida como “Cidade das Rosas”, em um país que ainda possuía um regime democrático. Algumas de suas fotos foram utilizadas em sua matéria, intitulada “Hospício de Barbacena: a sucursal do inferno”, publicada na edição de 13 de maio de 1961, na revista *O Cruzeiro*, que descrevia a presença inédita de um repórter e de uma câmera fotográfica dentro

¹² Segundo Foucault (2014b), o Panóptico de Bentham é uma figura arquitetural, composta por uma torre central e, em volta dela, celas construídas em anel. Quem está dentro da torre consegue ver, com precisão e totalidade, as pessoas que estão nas celas. Porém, o contrário não é possível. Os que se encontram nas celas são vistos, mas não veem. São objetos de informação e nunca de comunicação. “E esta é a garantia da ordem” (FOUCAULT, 2014b, p. 194).

do ambiente do Colônia e denunciava, pela primeira vez, as condições de extrema precariedade em que viviam os pacientes do maior hospício do Brasil; delatando o sistema em que pessoas morreram vítimas do frio, da fome, de doenças sanitárias, de violência física e psicológica e do abandono. “A Imprensa, até então, jamais havia ultrapassado os muros que dão acesso ao Hospital-Colônia de Barbacena. Houve sempre a preocupação, exercida zelosamente pelos governos, de guardar em segredo, fechado a sete chaves, aquela chaga que é ao mesmo tempo uma vergonha e um atentado à dignidade humana” (FRANCO, 1961, p. 119). O fotógrafo, entretanto, conta que a reportagem repercutiu, mas não foi geradora de mudanças, já que o assunto só ganhou contornos mais humanos depois de 1980, após o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Na reportagem de *O Cruzeiro*, de 1961 – “Hospício de Barbacena: a sucursal do inferno”, programada para aparecer entre propagandas de pasta de dente e de xarope – é relatada a existência do “Instituto Raul Soares”, destinado ao tratamento de pessoas com doenças mentais recuperáveis, enquanto o Hospital Colônia de Barbacena deveria tratar apenas os casos crônicos. O próprio diretor do Hospital, na época, o médico Geraldo Xavier, confirmou que muitos pacientes com doenças recuperáveis, por equívoco de administração, acabaram instalados no Colônia, onde as doenças foram, aos poucos, tornando-se crônicas. Algumas das fotografias utilizadas para a reportagem, inclusive, carregam a seguinte legenda: "O Hospício de Barbacena é um imenso pátio dos milagres, onde se misturam loucos, doentes e alcoólatras de todas as idades. 2.600 mulheres amontoam-se nos pavilhões dessa "casa dos horrores". O Brasil está imitando os campos de concentração nazistas" (FRANCO, 1961, p. 118-119). Alguns médicos psiquiatras, como Ronaldo Simões Coelho e Francisco Paes Barreto, acreditavam no poder da humanização do tratamento psiquiátrico e da desospitalização. Após visitar o Colônia, Simões denunciou “Por toda a parte há guardas, garantindo a ordem. Médicos passeiam, cegos e surdos, petrificados, já sem faro, sem tato, como visitantes obrigatórios, registrando comportamentos e exibindo receituário inútil, sem perceber o tanto de sofrimento e dor ali presentes” (COELHO, 2008, p. 45). Arbex (2013) reforça que o médico argumentava que a maioria dos pacientes poderia ser tratada em extramuros; atitude que geraria maior eficácia na assistência e evitaria a segregação. O funcionamento do Hospital Colônia de Barbacena contribuía, direta e escancaradamente, com a prática da segregação social.

Em 1969, o psiquiatra Célio Garcia, do Departamento de Psicologia Social da UFMG, relembrou, em um debate, as ideias da psiquiatria libertária, defendida pelos ingleses, Laing e Cooper e pelo italiano, Franco Basaglia. Para eles, “instituições como a família, a escola e o

trabalho batiam de frente com a estrutura manicomial vigente, que no Brasil legitimava os horrores da psiquiatria asilar e dava suporte aos interesses escusos da indústria da loucura” (ALVES, 2008, p. 37). A percepção do valor simbólico da loucura e o fato de que saúde e doença são conceitos socialmente construídos começou a ser tema de estudo dos psiquiatras brasileiros. Contrariando as declarações eugenistas e biologizantes publicadas pela Liga Brasileira de Higiene Mental, em seus periódicos no *Arquivo Brasileiro de Hygiene Mental*, afirmou-se que “a descontextualização dos determinantes biológicos e psicológicos relativos à produção e tratamento dos distúrbios mentais ocasionava sérios equívocos na prática clínica” (ALVES, 2008, p. 38). É possível assegurar esta consideração ao analisar, por exemplo, as condições pelas quais as pessoas eram internadas sem prontuário médico, no Hospital Colônia de Barbacena – como o caso de uma mulher que foi internada, em 1911, por apresentar sintomas de tristeza e calmaria, como aponta um documento disposto no Arquivo Público Mineiro, acessível no livro de Arbex (2013, p. 39) – que se davam em decorrência de uma estrutura de controle norteadas por uma ação higienista e disciplinadora, com a conivência de figuras de poder, tanto da área da saúde quanto do Estado.

Pode-se perceber o projeto médico de eugenia ao se deparar com situações de contrariedade profissional em relação às denúncias de instituições psiquiátricas cruéis, como o Colônia. Segundo Arbex (2013), Francisco Paes Barreto foi submetido a responder um processo no Conselho Regional de Medicina (CRM), sob a acusação de ter infringido a ética médica, após escrever o artigo “Críticas do hospital psiquiátrico”, no qual suscitava:

[...] Os hospitais de crônicos da rede pública são ‘instituições finais’, numa alusão à ‘solução final’ do nazismo. A realidade brutal de nossos hospitais psiquiátricos, enquanto permanecer restrita aos meios profissionais, mostra-se inteiramente inócua, pois há uma acomodação, na qual todo aquele horror torna-se banal (ARBEX, 2013, p. 204).

Franco Basaglia, médico psiquiatra pioneiro da luta antimanicomial – responsável pela criação da Lei 180, na Itália, que estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos no país – ao visitar o Colônia e outras instituições psiquiátricas públicas de Minas Gerais, acionou a imprensa com o objetivo de denunciar o que chamou de “campo de concentração nazista”. “As características eram muito semelhantes, as pessoas não estavam ali para serem tratadas, mas excluídas” (AMARANTE, 2008, p. 31). O psiquiatra mineiro Antônio Soares Simone ajudou na denúncia, o que o fez ser processado pelos hospitais psiquiátricos, tendo a cassação de seu diploma cogitado pelo Conselho Regional de Medicina (CRM). Ronaldo Simões, um dos primeiros médicos a denunciar o Colônia, no início da redemocratização pós-ditadura civil

militar brasileira, por sua influência foucaultiana, colocou seu desejo de subverter a ordem das coisas em prática. No final da década de 1970, o chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) – fundação que assumiu o Hospital Colônia de Barbacena, na década de 1970 – denunciou as atrocidades cometidas no Colônia, durante o acontecimento do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Apesar de ter sido demitido do cargo, o médico foi o responsável por romper com as estruturas vigentes e por deflagrar, em 1979, a luta pela mudança do paradigma da saúde mental. Segundo relato de Ronaldo:

Lá, existe um psiquiatra para 400 doentes. Os alimentos são jogados em cochos, e os doidos avançam para comer. O que acontece no Colônia é desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma. Seria de desejar que o Hospital Colônia de Barbacena morresse de velhice. Nascido por lei, em 16 de agosto de 1900, morreria sem glória. E, parafraseando Dante, poderia ser escrito sobre seu túmulo: quem aqui entrou perdeu toda a esperança (ARBEX, 2013, p. 200-201).

Além da reportagem de José Franco e das fotos de Luiz Alfredo, o jornalista Hiram Firmino foi o grande porta-voz dos pacientes de Barbacena. Autor da série de reportagens “Os porões da loucura” – em analogia aos porões da ditadura civil militar brasileira – publicadas em 1979, no jornal *Estado de Minas*, o jornalista conseguiu registrar cenas do Hospital Colônia de Barbacena após dezoito anos da denúncia publicada na revista *O Cruzeiro*. “Com o país na ditadura militar, desde 1964, e a edição do Ato Institucional número 5 (AI-5), dois anos depois, o hospital estava blindado. Hiram não só conseguiu entrar no Colônia, mas também despertar na sociedade a necessidade de mobilização” (ARBEX, 2013, p. 210). Segundo Nunes Filho (2008), as condições precárias do Colônia se agravaram durante a Ditadura Civil Militar, período em que as manifestações pró-direitos humanos eram consideradas subversões e acarretavam punições, como prisões, torturas e mortes. Segundo Brasil (2020), as práticas em saúde que antecedem o SUS, nas décadas de 1960, 1970 e 1980, são marcadas pelo período do regime militar e pela expansão dos hospitais psiquiátricos no Brasil.

Ao adentrar o Colônia, Firmino conseguiu informações do então diretor da instituição. Descobriu que a comida dos pacientes era triturada já que muitos não tinham dentes para mastigar, que existiam cerca de dois funcionários em cada um dos dezesseis pavilhões do hospital, para cuidarem de mais de duzentos pacientes, além de que a maioria dos contratados não tinham a formação necessária para o cargo que ocupavam. Percebeu que todas aquelas pessoas internadas foram colocadas ali não para serem protegidas, mas para que a sociedade fosse livre delas. “Levantou dados sobre o alto índice de infecção hospitalar, apurando, ainda,

que o Colônia não existia para fins terapêuticos, mas políticos” (ARBEX, 2013, p. 213). Hiram Firmino passou o dia ouvindo os pacientes, deparando-se com relatos de pessoas lúcidas, que foram internadas sem critério médico, apenas porque perderam seus documentos ou porque foram surpreendidas fazendo o uso de drogas ilícitas. Enquanto o movimento antimanicomial crescia nas escolas de medicina e de psicologia, o estudante de psicologia Helvécio Ratton, que levava uma carreira de cineasta, conseguiu ter acesso às portas do Hospital Colônia de Barbacena e, durante oito dias, captou imagens do hospício com o intuito de produzir um documentário – *Em nome da razão*, de 1979 – que lembrasse, para sempre, a história do hospital. “Em 25 minutos, o diretor do filme exibiu relatos de pessoas que estavam a vida inteira internadas por causa de brigas familiares, do abuso de álcool e de comportamento homossexual” (ARBEX, 2013, p. 216).

Retomando os impasses suscitados pelos pensamentos preconceituosos e com objetivos eugênicos dos psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental, os quais influenciaram a prática médica ao redor do país, percebe-se que a presença de alcoólatras na unidade do Colônia era massiva, mesmo aqueles que não obtinham nenhuma ficha médica com indicação de doenças psicológicas. Para Arbex (2013), esses indivíduos, levados ao manicômio, eram sujeitos mal aceitos, não bem-vindos na sociedade e fora dos padrões de normalidade impostos para a época. Dessa forma, percebe-se que o Estado, em seu poder político, não deixou de manifestar uma atitude higienista, ao marginalizar essas pessoas, as quais eram descartadas e apreendidas nas instituições de coerção, como as prisões e manicômios, que serviam para resguardar a sociedade destes sujeitos. As sessenta mil mortes, que ocorreram dentro do Hospital Colônia de Barbacena, não foi acidente. Foi um projeto político e social de assassinato em massa.

Mas o que mais horroriza, o que mais impressiona e, sobretudo, o que mais repugna, nesse rosário de misérias, é o fato de se permitir que se instale num Estado como o de Minas Gerais, de tão caras tradições, um campo de concentração tão repelente, onde os doentes andam nus por falta de roupa, e onde tuberculosos e leprosos se misturam com psicopatas de todos os gêneros e grande número de pessoas que, tidas como débeis mentais em verdade são apenas alcoólatras e anêmicas (FRANCO, 1961, p. 120).

Segundo Foucault (2014a), o que está em jogo quando se admite um discurso como verdade e ignora o outro é o desejo de poder e, a partir da detenção do poder e, conseqüentemente, do discurso, se cria uma verdade que, quando contestada, é usada para justificar a interdição e definir a loucura. Assemelhando-se à uma prisão, o Hospital Colônia de Barbacena foi instrumento de poder. “Prender alguém, mantê-lo na prisão, privá-lo de alimentação, de aquecimento, impedi-lo de sair, de fazer amor, etc., é a manifestação de poder

mais delirante que se possa imaginar” (FOUCAULT, 2018, p. 134). A internação forçada dos indivíduos, sem necessidade médica concreta, pode ser explicada pelo receio, por parte das figuras de poder, da denúncia da realidade feita pelos “loucos” da sociedade, que podem vir a se tornar uma ameaça, capaz de expor as veracidades omitidas pelos detentores do poder; por isso, torna-se necessária a ridicularização e marginalização do indivíduo, colocado como “louco”, por violar as normas de conduta e moral da sociedade, que embora fosse real, era mascarada. O louco tem sua verdade silenciada quando foge dos padrões de valores de uma sociedade – como quando comete adultério – ou quando ameaça à ordem pública.

3.2. As condições de sobrevivência na instituição do Holocausto Brasileiro

O termo “Holocausto” é o nome que se dá ao genocídio de cerca de seis milhões de judeus e outras minorias, cometido pelos nazistas ao longo da Segunda Guerra Mundial, em nome da teoria de superioridade da raça ariana. Apesar de fortemente marcado por esta tragédia mundial, este termo também foi utilizado por Daniela Arbex (2013) para descrever o episódio que ficou marcado pela morte de sessenta mil pessoas – dentre elas, homens, mulheres e crianças – no maior hospício do Brasil, o Hospital Colônia de Barbacena, em Barbacena, no estado de Minas Gerais, ao decorrer do século XX. A partir disso, é necessário discutir a possível banalização da palavra “Holocausto”. Quando usada para se referir ao ocorrido no Colônia, soa exagero comparado ao número de pessoas que foram assassinadas pelos nazistas, durante a Segunda Guerra Mundial. Contudo, é de extrema importância, nesse contexto, entender o emprego desta palavra para tal acontecimento histórico. O repórter José Franco (1961) foi o primeiro a fazer o uso do termo “Holocausto” para fazer referência ao Hospital de Barbacena, em sua reportagem para a revista *O Cruzeiro*. Para Arbex (2013), a comparação com os campos de concentração nazistas em Auschwitz, na Alemanha, se torna relevante e justa, pois ambos os casos segregaram milhares de pessoas, com altos índices de crueldade e de tortura, que eram realizadas como meio de punição, além das péssimas condições de vida, onde "criaturas humanas vivem e morrem como animais, no mais sórdido abandono" (FRANCO, 1961, p. 119), por apresentarem características diferentes da maioria da sociedade.

A crítica ao modelo hospitalar psiquiátrico é, portanto, indispensável. Pelo fato de vários mandatos de internação serem assinados por delegados, muitas pessoas chegavam ao Hospital por meio de ônibus e de viaturas policiais. Segundo Arbex (2013) e retomando o primeiro capítulo desta monografia, no Brasil, antes da construção do Colônia, muitos dos indivíduos

considerados “loucos”, que residiam em Minas Gerais, eram levados para cadeias públicas ou para as Santas Casas de Misericórdia. A assistência para os alienados, como visto, era algo principiante na Europa e, também, no Brasil, por isso, a carência de médicos era um fator presente no Hospital. Até o final da década de 1950, psiquiatras e clínicos eram raridade no Colônia e isso é um fato que não se alterou, como pode-se afirmar ao ler a reportagem disponível na revista *O Cruzeiro*, de 1961: “É certo que cinco médicos, em Barbacena, são pagos pelo Estado para atender os psicopatas do Hospital-Colônia. Muito raramente, entretanto, fazem consultas. Por quê? Consideram tempo perdido examinar e receitar, quando se sabe que tudo ficará na mesma, devido a inexistência do remédio” (FRANCO, 1961, p. 119). Logo em 1914, já havia registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento, mesmo com os recursos financeiros liberados pela Assembleia Legislativa.

Além dos problemas com a escassez de comida, de água e de recursos básicos de higiene, em 1930, o Hospital entrou em estado de superlotação. Em 1939, no governo de Getúlio Vargas, foi instalada uma agência com gigantesco poder de interferência na área de comunicação — o Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), agência que interferiu e “censurou formas de manifestação artística e cultural; instrumentalizou compositores, jornalistas, escritores e artistas; explorou o potencial da imprensa escrita e aproveitou o impacto tecnológico operado pelos novos veículos de comunicação — rádio e cinema — para propagandear as ações e iniciativas do governo” (SCHWARCZ; STARLING, 2016). Portanto, com a conivência e com o silêncio dos meios de comunicação e dos poderes federal, estadual e municipal acerca dos impasses que aconteciam no Colônia, deu-se início ao extermínio que seria responsável pela morte de, pelo menos, sessenta mil pessoas. Trinta anos depois, em 1960, de acordo com Arbex (2013), a instituição abrigava cinco mil pacientes, mesmo sendo projetada para acolher apenas duzentas pessoas. A alternativa buscada pelo então chefe do Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica de Minas Gerais, José Consenso Filho, para acomodar o excesso de pessoas, foi a substituição de camas por capim. A intenção desta ideia era de economizar espaço nos pavilhões para que pudesse caber cada vez mais indivíduos, diminuindo os gastos com a internação e garantindo maior repasse de recursos públicos. “O modelo de leito chão deu tão certo, que foi recomendado pelo Poder Público para outros hospitais mineiros em 1959” (ARBEX, 2013, p. 26). O excesso de pessoas combinado à baixa higiene facilitava a transmissão de doenças entre os internos e, em grande parte dos casos, era a causa de muitas mortes.

Na obra de Arbex (2013) e na reportagem de Franco (1961), é exposto, a partir do contato com a experiência do repórter e do fotógrafo Luiz Alfredo, o choque que sentiram ao adentrar o espaço: se depararam com homens vestindo uniformes em frangalhos, com as cabeças raspadas e pés descalços; muitos deles, ainda, estavam nus. No pátio, presenciaram o momento em que a carne que seria preparada para consumo foi cortada diretamente no chão, o cheiro era insuportável, assim como o ambiente, que estava infestado de urubus. As banheiras coletivas se encontravam cheias de fezes e de urina, ao invés de água. Um dos cômodos da instituição, de fácil acesso, abrigava cadáveres em avançado estado de putrefação. Nos pavilhões, crianças e adultos permaneciam juntos, inclusive mulheres nuas à mercê da violência sexual. Os indivíduos que se encontravam doentes eram abandonados em cima de camas feitas de feno e capim, coberto por moscas, atraindo baratas e roedores. "A loucura que desfilava diante dos seus olhos não o impressionava, e sim as cenas de um Brasil que reproduzia, menos de duas décadas depois do fim da Segunda Guerra Mundial, o modelo dos campos de concentração nazistas" (ARBEX, 2013, p. 170).

Um dos recursos utilizados pelos funcionários do Hospital como tratamento psiquiátrico ou, na maioria das vezes, somente como forma de castigo por atitudes e posturas inadequadas, era o eletrochoque. Segundo Arbex (2013), a eletroconvulsoterapia existe desde 1938 e foi amplamente utilizada no tratamento de doenças mentais e para fins terapêuticos; para o tratamento de alguns transtornos como a depressão profunda, mesmo que alguns profissionais se mostrassem contrários ao seu uso. Apenas em 2002, quando o Conselho Federal de Medicina estabeleceu regras para a aplicação da técnica, que o método passou a ter maior controle, no Brasil. Entretanto, no Colônia, este processo era aplicado sem anestesia e tinha características semelhantes à tortura, como fica explícito em alguns testemunhos de ex-pacientes e ex-funcionários do Colônia: "o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidação" (ARBEX, 2013, p. 35). O eletrochoque era utilizado, muitas das vezes, como forma de punição disciplinar, para que aqueles que pensasse em descumprir as normas, já soubessem o que os esperava. "O castigo disciplinar tem a função de reduzir os desvios. Deve portanto ser essencialmente corretivo" (FOUCAULT, 2014b, p. 176). O poder da punição era naturalizado e legitimado.

Outras crueldades também eram praticadas sem nenhum remorso. Estima-se que, pelo menos, trinta bebês nascidos no Colônia foram doados, sem o consentimento de suas mães biológicas, após o nascimento. Quando essas mães reagiam e tentavam, sem sucesso, permanecerem com seus filhos, sofriam graves consequências. Apesar de haver registro de

compras generosas de alimentos em nome da instituição, quando essas mulheres ficavam isoladas em solitárias – nuas e espancadas, como forma de castigo, em condição subumana – chegavam a se alimentar de ratos. Histórias de ex-pacientes, relatadas na obra de Arbex (2013), deixam claro a visão negacionista acerca do tratamento degradante o qual esses indivíduos eram submetidos, sendo desamparados em seus direitos básicos e tendo seus pedidos de socorro e desespero ignorados. Segundo Basaglia (1985), a agressividade, enquanto expressão da institucionalização, dá lugar a um novo tipo de revolta, ao perceberem o sentimento de que são injustamente considerados não-humanos somente por estarem "no hospício". O internado é visto como objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, já que qualquer ação contestadora sua será definida dentro dos limites da anormalidade. “É nesse momento que o internado, com uma agressividade que transcende sua própria doença, descobre que tem o direito de viver uma vida humana” (BASAGLIA, 1985, p. 115). Relatos de ex-pacientes do Colônia atestam as condições em que viviam:

Alegando estar faminta, ela pegou uma pomba no pátio, esfaqueou e comeu na frente de todos, dizendo que era seu único alimento. A cena chocante foi vista por centenas de pessoas, inclusive pelos atendentes, mas ninguém conseguiu enxergar o óbvio: em que a jovem paciente havia se transformado em uma década de internação. Tratada como bicho, ela comportava-se como um. Decididos a conter a agressividade de Sueli, os médicos reuniram-se. Depois de horas de discussão, apresentaram como sugestão uma medida: arrancar a arcada dentária da paciente. A ideia medieval não foi levada a termo (ARBEX, 2013, p. 125).

Ao juntar o excesso de pessoas amontoadas em um espaço limitado e o descaso dos poderes envolvidos, dois outros fatores foram motivos de muitas mortes, dentro do Colônia: a desnutrição e o frio. Arbex (2013) explicita que, além da alimentação racionada, no intervalo entre o almoço e o jantar (do meio-dia às dezessete horas), os pacientes não comiam nada. “Por dia, a cozinha gastava 120 quilos de arroz e apenas sessenta quilos de feijão para alimentar um exército de 4.800 pessoas” (ARBEX, 2013, p. 42). A fonte de água disponível para consumo era a rede de esgoto que cortava os pavilhões¹³. O café da manhã – uma caneca de café e um pão com manteiga – era servido às oito horas da manhã, entretanto, os internos tinham que esperar na fila com três horas de antecedência. Com as poucas roupas que lhes eram fornecidas ou praticamente nus (já que, nos dias em que as roupas eram enviadas à lavanderia, não tinham o que vestir) os pacientes do Colônia adquiriam feridas na pele após se exporem frequentemente ao frio, à chuva e ao Sol. Para tentarem se aquecer, os “loucos” agrupavam-se, formando uma

¹³ Esta condição pode ser comprovada pela fotografia exposta no livro *Holocausto Brasileiro* de Daniela Arbex (2013, p. 24), que apresenta como legenda: “Pacientes bebem água de esgoto que corta os pavilhões”. Fotografia de Luiz Alfredo.

massa humana, a fim de que a proximidade dos corpos gerasse um pouco de calor para que pudessem se aquecer. Sueli, uma das ex-pacientes do Colônia, foi a responsável pela criação da música que ficou conhecida como o hino do Hospital Colônia de Barbacena, o qual denunciava o modelo manicomial vigente e o isolamento que a marginalizava, juntamente com o restante dos seus colegas.

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
Depois vem a sobremesa
Banana podre em cima da mesa
E logo atrás vêm as funcionárias
Que são umas putas mais ordinárias¹⁴

O trabalho nas plantações significava quase a metade da receita do Hospital, em 1916, a qual era garantida com a venda dos alimentos plantados e colhidos pelos pacientes da instituição. Além da plantação – milho, batata-doce, feijão e mandioca – os internos ainda trabalhavam, de acordo com Arbex (2013), no conserto de vias públicas, na limpeza dos pastos e na preparação de doces. Porém, como esperado, não recebiam pelos seus esforços e por suas produções. Sem remuneração, como escravos, os homens e as mulheres também eram responsáveis por realizarem trabalhos nas ruas da cidade, capinando as ruas do município. Além disso, diariamente, os chamados doidos seguiam – em silêncio, de cabeça raspada e descalços – em direção ao Cemitério da Paz, para onde conduziam uma carroça de tração animal com uma cruz vermelha pintada nas laterais. “Símbolo da morte no hospital, a carroça atravessava os pavilhões, diariamente, em busca de novos mortos. A viagem fúnebre só terminava quando os corpos eram recolhidos e transportados” (ARBEX, 2013, p. 64). Construído no início do século XX, o Cemitério da Paz é composto por uma área de oito mil metros quadrados, pertence à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e se encontra desativado desde o final da década de 1980, já que o terreno se encontra saturado. Este é o local onde sessenta mil pessoas, em média, foram enterradas após suas mortes no Colônia. “Antes do óbito eram mortos vivos para a sociedade, pois aos loucos eram negados básicos direitos de cidadania” (ALVES, 2008, p. 37).

¹⁴ Letra da música disponível para leitura no livro *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex (2013, p. 126) e no documentário *Em nome da razão*, dirigido por Helvécio Ratton, de 1979.

“Barbacena firma-se como o maior celeiro exportador de restos humanos, iguaria predileta de abutres da indústria da loucura” (SILVA, 2008, p. 17). Entre 1969 e 1980, de acordo com Arbex (2013), cerca de 1.853 cadáveres foram vendidos pelo Hospital Colônia de Barbacena à dezessete faculdades de medicina do Brasil. Nos períodos de maior lotação, a subnutrição e as péssimas condições de higiene e de atendimento eram responsáveis por mortes em massa no hospital, lugar onde há registros da própria instituição que afirmam que havia, em média, dezesseis falecimentos por dia. Por isso, a partir de 1960, a disponibilidade de excesso de cadáveres suscitou a ganância dos detentores dos mecanismos de poder em alimentar uma indústria de venda de corpos. “É uma verdadeira fábrica de cadáveres (cinco, em média, por dia) com freguesia certa: Escola de Medicina” (FRANCO, 1961, p. 120). Os corpos eram comercializados por cerca de cinquenta cruzeiros cada um – equivalente a R\$200, em 2013. Foi faturado, em uma década, quase R\$600 mil, fora o dinheiro advindo do comércio de ossos e órgãos. Além disso, durante o inverno, o faturamento dobrava, pois ocorriam mais falecimentos do que no período de verão. Quando os corpos deixaram de ser interessantes para as faculdades de medicina, passaram a ser decompostos em tonéis de ácido, no pátio do Colônia, em meio aos pacientes, que assistiam a cena atônitos. O objetivo era, além da limpeza do local para que pudesse caber cada vez mais pessoas, que as ossadas fossem comercializadas.

Só a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) adquiriu 543 corpos em uma década. Já a UFJF foi responsável pela compra de 67 cadáveres entre fevereiro de 1970 e maio de 1972. Documentos do hospital mostram que, na remessa feita em março de 1970 [...] havia pessoas procedentes de Belo Horizonte, Itambi, Sobralia e Itapeçerica. Todos eles, municípios mineiros. Na entrega de 1971, os mortos eram de pelo menos quinze cidades do estado, como Belo Horizonte, Governador Valadares, Brasília de Minas, Leopoldina, Palmital, Raul Soares, entre outros. Nenhum dos familiares dessas vítimas autorizou a comercialização dos corpos (ARBEX, 2013, p. 76-77).

Concomitante ao Hospital Colônia de Barbacena, outra instituição ficou marcada pela marginalização de vidas humanas. Na cidade de Oliveira, em Minas Gerais, construído em 1924 com o objetivo de atender indigentes e mulheres, o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil teve sua função desviada quando passou a receber crianças com deficiências físicas e mentais, sendo a maioria rejeitadas pela família. Episódios de violências com as crianças internas, inclusive de cunho sexual, são narrados por Arbex (2013) em sua obra. Em 1976, após o acontecimento de um acidente com o diretor da instituição, o Hospital foi encerrado e as trinta e três crianças de Oliveira foram enviadas para o Colônia, em Barbacena, para conviver entre homens e mulheres adultos. Na ala infantil do Colônia, ao invés de capim, havia berços onde as crianças aleijadas ou com paralisia cerebral eram deixadas para vegetar. Quando a temperatura dos quartos

aumentava muito, os berços eram colocados no pátio, porém as crianças continuavam encarceradas dentro deles. “[...] as crianças do Colônia recebiam tratamento idêntico ao oferecido aos adultos, permanecendo, inclusive, no meio deles. Aqueles meninos sentiram na pele os maus-tratos das correntes, dos eletrochoques, da camisa de força, do aprisionamento e do abandono” (ARBEX, 2013, p. 91). Alguns ex-funcionários relataram para Arbex (2013) que a cirurgia de lobotomia era comumente praticada no Hospital, inclusive em crianças, com o objetivo de conter a agressividade dos pacientes e fazer surtos cessarem. Indivíduos com epilepsia eram os mais indicados para a prática, mesmo que, em muitos casos, os doentes passassem a vegetar após a cirurgia. Os pacientes que sobreviveram para contarem suas histórias afirmam que a infância foi negada a cada um. Depois que foram retirados do Colônia, não sabiam como se limpar, como comer, como usar o banheiro. “Passaram a infância sem receber estímulos, e, por isso, o quadro de deficiência agravou-se” (ARBEX, 2013, p. 104).

No entanto, “a banalização do trágico talvez fosse necessária para se suportar aquele dia a dia” (ALKMIM, 2008, p. 47). Alguns ex-funcionários explicaram para Arbex (2013), o desejo que tinham de denunciar as condições e as atrocidades que presenciaram dentro do Hospital Colônia de Barbacena, porém não encontraram quem se dispusesse a ouvi-los. “Dentro do hospital, apesar de ninguém ter apertado o gatilho, todos carregam mortes nas costas” (ARBEX, 2013, p. 43): Vinte e oito presidentes do Estado de Minas Gerais, interventores federais e governadores passaram pelo poder público desde a criação do Colônia, entre 1903 e 1980; dez diretores comandaram a instituição nesse período. Jânio Quadros, durante seu governo, em 1961, colocou o aparato governamental a serviço da instituição, a fim de reverter o calamitoso nível de assistência concedida aos enfermos. Porém, como já denunciou Schwarcz e Starling (2016), fruto do patrimonialismo cultural – do entendimento de que o Estado é bem pessoal, patrimônio de quem tenha poder e, portanto, de quem merece atenção – o descaso, para com aqueles que foram silenciados pelos detentores dos mecanismos de poder, continuou. Foi apenas dez anos depois, que deputados mineiros criaram comissões para discutirem a situação do Hospital e de seus internos

3.3. A marcha para a desinstitucionalização do Hospital Colônia de Barbacena

Franco Basaglia foi, segundo Arbex (2013), o grande inspirador do início da luta antimanicomial, no Brasil. Após a passagem do psiquiatra italiano pelo Brasil, a Associação Mineira de Saúde Mental, fundada por Ronaldo Simões Coelho, foi aberta com o objetivo de

receber militantes basaglianos que lutassem pela causa. Ao ser pressionada, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) aprovou, em 1980, o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, baseado nas teses do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. “As mudanças foram sentidas no Instituto Raul Soares e posteriormente se estenderam ao Hospital Galba Veloso, Centro Psicopedagógico (ex-Hospital de Neuropsiquiatria Infantil) e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (ex-Hospital Colônia de Barbacena)” (ARBEX, 2013, p. 210). Segundo Magro Filho (2008), as ideias vindas da Reforma Psiquiátrica transformaram situações excludentes em inclusivas, como pode-se perceber observando o processo de desinstitucionalização, a participação da população, a ênfase em serviços ambulatoriais, a nova legislação sobre a Saúde Mental e a regionalização da saúde. A luta antimanicomial, no Brasil, com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, impulsionou uma nova forma de olhar a questão da loucura no país, e “problematizou o lugar social do manicômio, que extrapola os limites de sua estrutura física e organização institucional, trazendo à tona questionamentos sobre os saberes que legitimam sua existência e suas práticas” (BRASIL, 2005). Este movimento necessitava, afinal, não apenas da mobilização médica, mas também da mobilização social, que foi atingida progressivamente com a ação da imprensa. Assim como a postura preconceituosa e passiva da sociedade foi determinante para a criação de instituições como o Colônia, o despertar da mesma para com a luta antimanicomial também foi importante para dar início ao fim delas.

O prédio que se localizava entre os pavilhões Arthur Bernardes e Afonso Pena, antes utilizado como cozinha do Hospital Colônia de Barbacena e, posteriormente, como setor administrativo da instituição, mais tarde tornou-se um lugar sombrio. Arbex (2013) explica que o prédio se transformou em um local de experimentos, como o uso da ducha escocesa – um tipo de banho com jatos de alta pressão – e de banhos gelados durante as madrugadas com o objetivo de castigar os indivíduos que tivessem atitudes que irritassem os funcionários da instituição. Como as denúncias de tortura passaram a provocar mobilização social, no início da década de 1980, o prédio foi desativado. Progressivamente, com as ordens de Jairo Toledo, o novo diretor do Colônia até o ano de 2013 e organizador do livro *Colônia: uma tragédia silenciosa*, os rumos da psiquiatria em Minas Gerais foram mudando. Em 1979, determinou a transferência de trinta e três crianças para o Lar Abrigado, um braço do Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), onde puderam ter novas esperanças de vida. Jairo Toledo também conseguiu regulamentar a indiscriminada transferência de pacientes do Instituto Raul Soares, de Belo Horizonte, para o Colônia, em Barbacena, o que impediu a continuação da cronificação de

pacientes, que antes acabavam adquirindo novas patologias dentro do hospital. Outra mudança foi a regionalização do atendimento. Segundo Arbex (2013), apenas o sul de Minas, a Zona da Mata e as vertentes poderiam enviar pacientes ao Colônia, atitude que colocou fim ao “trem de doido” e ao embarque de brasileiros de todas as regiões do Brasil para a estação Bias Fortes. Além dessas modificações, o médico também sugeriu a criação de um módulo experimental, dentro do Colônia, para os casos agudos, destinados aos pacientes em crise; contava com cento e vinte leitos, com o trabalho de duas equipes multidisciplinares que tinham como objetivo norteador a estabilização dos quadros clínicos e da alta dos pacientes. “Os pacientes passaram a ter no prontuário data de saída do hospital. Era o início de um novo paradigma: o do atendimento pela óptica ambulatorial” (ARBEX, 2013, p. 239).

Em 1986, ao ser eleito, o deputado federal mineiro, Paulo Delgado se agarrou a luta antimanicomial. Em 1989, no Congresso Nacional, apresentou o Projeto de Lei nº 3.657, que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória" (BRASIL, 1989). Anteriormente, ainda prevalecia no país o Decreto Presidencial nº 24.559 (Brasil, 1934), instituído por Getúlio Vargas, em 1934, o qual previa o recolhimento de pacientes a hospitais psiquiátricos mediante simples atestado médico solicitado por qualquer indivíduo que tivesse interesse em internar outro. “A medicina brasileira tem tradição de cárcere. Por isso, a lógica da internação faz com que os recursos médicos sejam predominantemente hospitalares, subtraindo recursos do tratamento ambulatorial, comunitário, aberto” (ARBEX, 2013, p. 225). Mesmo enfrentando resistências da classe médica e das famílias dos doentes, Delgado teve seu projeto aprovado na Câmara dos Deputados, no dia 14 de dezembro de 1990, constituindo a primeira lei de desospitalização em discussão no parlamento latino-americano. Porém, em 1995, ao ser votado no Senado Federal, o projeto de Delgado foi rejeitado por 18 votos a 4, recebendo sete novas emendas em plenário. Após diversas modificações, o projeto final foi remetido à sanção presidencial, tornando-se a Lei Federal nº 10.216/2001, que segue em vigência atualmente, pela qual, de acordo com o Art. 4º: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). Para seus defensores, a nova Lei impôs um novo rumo ao processo de reestruturação da psiquiatria. Para outros, críticos da proposta, ela não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, o que provocou uma desospitalização em massa sem a implantação de uma rede extra-hospitalar, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, “[...] mas não instituiu mecanismos

claros para a progressiva extinção dos manicômios, uma vez que se começou a discutir a diferença entre manicômio e hospital e, ainda mais, sobre a necessidade de internações no modelo geral da assistência” (LAUAR; PAOLIELLO, 2008, p. 34-35). Delgado, entretanto, defende:

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 da 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 (ARBEX, 2013, p. 229).

Além da Lei Federal nº 10.216/2001, a Lei Estadual de Minas Gerais nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, “dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências” (MINAS GERAIS, 1995). De acordo com Lauar e Paoliello (2008), em Minas Gerais, em 1968, a criação da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP) implantou uma estrutura de ensino e formação médica que possibilitou debates acerca do modelo assistencial psiquiátrico vigente, baseado em questionamentos feitos por Basaglia, na Itália, Castel e Foucault, na França, Laing e David Cooper, na Inglaterra, os quais iniciaram um movimento internacional pautado na reforma da psiquiatria e da concepção tradicional relativa aos transtornos mentais e seus tratamentos. Em 1977, as antigas Fundações de Assistência de Saúde do Estado (FEAP, FEAMUR e FEAL) se fundiram, criando a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que passou a gerir a totalidade dos hospitais públicos do Estado. Com a visita de Michel Foucault a Minas Gerais, a convite de Dr. Célio Garcia, críticas feitas pelo estudioso da área ao sistema psiquiátrico vigente na época, no país, fizeram da criação da FHEMIG marco do desencadeamento e da implantação das medidas propostas pela Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais.

Em 1986, os psiquiatras Jairo Toledo e Ronaldo Simões deram início ao projeto de implantação de cinco casas de acolhimento, as quais, mais tarde, se tornariam as residências terapêuticas destinadas aos ex-pacientes do Colônia. “A ideia era retirar dos pavilhões os pacientes com melhor nível de independência, permitindo que eles retomassem o convívio social” (ARBEX, 2013, p. 239). Mesmo com a tentativa de interferência política, ao tentarem destinar as obras para outras finalidades do espaço – pois não fazia sentido investir recursos no

tratamento da loucura – Jairo Toledo promoveu uma invasão ao imóvel, iniciando de imediato o processo de transição dos pacientes, não deixando sobrar tempo para o desvio de verba pelo governo. De acordo com Silva (2008), o município de Barbacena implantou um Centro de Atenção Psicossocial que passou a atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde, 26 residências terapêuticas foram construídas e contavam com mais de cento e cinquenta pacientes em 2008, todos inseridos no Programa de Volta para Casa, pelos quais recebiam uma bolsa do Governo Federal para despesas pessoais. Além disso, com apoio do Projeto Saúde em Casa, do Governo Estadual, equipes de atenção primária à saúde acompanhavam, regularmente, os moradores das Residências Terapêuticas.

Em 1995, o projeto “Memória Viva”, criado pela Fundação Municipal de Cultura de Barbacena, financiado pela prefeitura, deu início a reorganização dos museus do município e do tributo aos ex-pacientes do Colônia. O lugar onde havia sido construído o primeiro pavilhão do Hospital – o pavilhão Antônio Carlos – foi, antes, terreno da antiga Fazenda da Caveira, que pertenceu a Joaquim Silvério dos Reis, traidor dos inconfidentes mineiros; o qual ganhou as terras pela delação do movimento. Antes de ser Colônia, a Fazenda da Caveira foi um sanatório para tuberculosos. No antigo pavilhão, já desativado, havia uma sala com aparelhos de eletrochoque, instrumentos que foram utilizados para a realização de lobotomia, documentos, peças de uniforme e outros materiais que foram recolhidos da instituição e guardados, desde 1979. Logo, em 16 de agosto de 1996, foi inaugurado o Museu da Loucura e suas salas abertas à visitação. “A memória seria nosso derradeiro patrimônio, parte da nossa fantasia, da nossa aspiração de viajar em sentido inverso ao da morte. [...] Não podemos dominar o passado, mas podemos nos reconciliar com ele. Não se esquecer de lembrar significa lembrar-se do passado; refletir sobre o presente e não se esquecer do futuro” (SCHWARCZ; STARLING, 2016). Finalmente, com dimensão educativa e desafiadora, apesar da resistência política em relembra o passado do município, o Museu da Loucura tornou-se tributo às dezenas de milhares de vítimas que passaram pelo Hospital Colônia de Barbacena, impedindo que a lembrança da tragédia, ocorrida na cidade de Minas Gerais, seja novamente esquecida.

A inauguração do Museu da Loucura (1997) e o concurso público para a construção do Memorial de Rosas (2008), ambos em dependências da Fundação no município de Barbacena, são ações que visam à preservação da memória da psiquiatria, ao engajamento institucional na humanização do atendimento e à consolidação de uma assistência em Saúde Mental digna para todos os usuários do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) (RAMOS, 2008, p. 21).

Somente no final da década de 1990 é que oficinas terapêuticas e atividades externas ao hospital começaram a ser implantadas. Muitos dos ex-pacientes do Colônia, que não dispõem de família para voltar para a casa, permaneceram internados, até hoje, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena; onde são mantidos em módulos residenciais da instituição, a qual foi transformada em hospital regional. Arbex (2013), em 2013, afirmou que 179 pacientes asilares estavam sob a guarda do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB). “E apesar dos equívocos e acertos na construção de um novo paradigma para a saúde pública, a loucura ainda é usada como justificativa para a manutenção da violência e da medicalização da vida” (ARBEX, 2013, p. 254). Portanto, é necessário reiterar: nenhuma violação dos direitos humanos mais básicos se sustenta por tanto tempo sem a nossa omissão. O genocídio cometido dentro dos muros do Hospital Colônia de Barbacena teve a conivência do Estado, dos funcionários e da sociedade. Como suscitado em Brasil (2020), não restam dúvidas de que as instituições psiquiátricas públicas ou privadas, que possuem características asilares, são espaços onde tratamentos desumanos – como a tortura e as penas cruéis e degradantes – são passíveis de ocorrer; visto a existência, nesses lugares, de pessoas privadas de liberdade sob a responsabilidade dos detentores dos mecanismos de poder. O ideal eugênico ainda permanece, fortemente, nas entranhas da sociedade brasileira. É preciso que forças sociais e profissionais sejam movimentadas a fim de impedir a normalização de condições inumanas, pelas quais pessoas são submetidas, ainda hoje, nas inúmeras instituições de sequestro, espalhadas pelo Brasil e pelo mundo. É necessária mobilização pelo fim do processo de institucionalização de indivíduos; especialmente, daqueles julgados insanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A loucura, como organizadora de uma segregação social, desde o início de sua história, produziu um modelo de sociedade excludente que vigora até os dias de hoje. Desde a constituição dos leprosários e, posteriormente, com a criação do Hospital Geral de Paris, em 1656, na França, o processo de exclusão daqueles que incomodavam a ordem e a moral já havia sido colocado em prática. Para Foucault (2014a), o método de controlar a mente e o corpo já era utilizado, e continua sendo amplamente difundido pelas instituições sociais coercitivas cujos detentores dos mecanismos de poder, com a finalidade de que cada indivíduo possa ser explorado ao máximo pelo Estado, manipulam e disciplinam a população, a fim de evitar contestações e revoltas sobre suas ordens. A sociedade contemporânea dominante, sendo aquela que carrega como fardo os indivíduos que desejam calar, é herdeira do processo de institucionalização programado e realizado, antigamente, pela sociedade burguesa, em conjunto com a classe médica. Hoje, no entanto, sabe-se que não há natureza biológica determinante que sustente e que explique o projeto de eugenia o qual se baseavam os médicos brasileiros e a sociedade. Para Miskolci (2003), apenas o estudo dos contextos sociais e culturais e a re-historicização das ideias criadas e propagadas pela sociedade burguesa pode livrar a atual sociedade da interpretação naturalizante de superioridade que se carrega por grupos detentores dos mecanismos de poder. Os anormais, portanto, são construções sociais naturalizadas, as quais derivam de relações de poder que, por sua vez, atribuem a eles uma posição de inferioridade e de submissão na ordem social.

Conclui-se, portanto, que o poder normalizador é intensificado pela onipresença de dispositivos de disciplina, como no caso das instituições estudadas nesta monografia – as casas de internamento, as prisões, os hospitais, as clínicas psiquiátricas, a família, a Igreja. Para Foucault (2014b), a sociedade atual se encontra em um período de forte presença de professores-juizes, médicos-juizes, educadores-juizes, assistentes sociais-juizes; postura que contribui, diretamente, com o plano de universalidade do normativo. A partir da submissão dos corpos, dos gestos, dos comportamentos, das condutas, das aptidões e dos desempenhos, cria-se, cada um em sua formação, aparelhos de vigilância e de punição. Os programas eugênicos colocados em prática pela classe médica, no Brasil, constituíram a versão psiquiátrica dos pensamentos difundidos nos meios intelectuais e sociais dos anos 1920 e 1930. Segundo Costa (2006), o antiliberalismo, o moralismo, o racismo e a xenofobia foram ideias culturais impregnadas na psiquiatria, que motivaram o projeto de eugenia e de institucionalização,

elaborados e colocados em prática pelos médicos, com o apoio da sociedade, que acharam na psiquiatria a maneira de participar da renovação brasileira cultural e social, que tanto almejavam. Segundo Arbex (2013), tragédias como a que ocorreu em Barbacena, Minas Gerais, no Hospital Colônia de Barbacena, trazem à tona a persistente intolerância social que continua a produzir massacres, como os casos do Carandiru, da Candelária, da Vigário Geral, da Favela da Chatuba; casos estes que são mais recentes, mas que carregam o velho objetivo do extermínio dos indesejáveis.

Respondendo ao questionamento levantado na introdução desta monografia, é possível e correto afirmar: as mortes, de cerca de sessenta mil pessoas, ocorridas no Colônia, foi um projeto da sociedade, da classe médica e do Estado. A omissão coletiva e a conivência daqueles que conheceram e presenciaram as condições do Hospital Colônia de Barbacena representa a vergonha que sustentou o genocídio da instituição. No entanto, estes campos de concentração não cessaram suas existências. Eles continuam a funcionar nos modelos de hospitais públicos lotados, que abrigam, precariamente, indivíduos em situações de vulnerabilidade e de opressão; nas prisões, nos centros de socio educação para adolescentes em conflito com a lei e nas comunidades à mercê do tráfico e do descaso público. Essas circunstâncias não podem continuar sendo ignoradas, pois, ao se omitir, a sociedade e os órgãos competentes tornam-se cúmplices indiretos destes crimes. O silêncio não pode mais acobertar a indiferença.

Por fim, cabe aqui, finalizar com a alusão à uma fábula oriental. Basaglia (1985), em sua obra, narra a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente que se alojou em seu estômago, privando-o assim da liberdade. Quando, um certo dia, percebeu que a serpente havia ido embora, deu-se conta de que já não sabia o que fazer de sua liberdade, pois se habituara ao domínio absoluto das vontades e dos desejos da serpente. Logo, havia perdido a capacidade de desejar e de agir autonomamente e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco sua essência. Visivelmente, pode-se fazer uma analogia entre esta fábula e a condição institucional que diversas pessoas são submetidas, nos estabelecimentos psiquiátricos do Brasil, até os dias atuais, por conivência da classe médica e da sociedade. Quando se encontram, por fim, livres do processo de institucionalização, os indivíduos percebem-se dominados pela mesma violência com que o homem da fábula foi dominado e destruído pela serpente. Cabe a nós, portanto, como membros de uma sociedade consciente e justa, destruir a serpente que personifica a institucionalização dos indivíduos marginalizados, os quais carregam consigo o estereótipo da loucura, unicamente por se distanciarem da normalidade imposta pelos membros mais poderosos e influentes que os rodeiam.

Referências bibliográficas

ALKMIM, Wellerson Durães de. A colônia zoológica de Barbacena. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia**: uma tragédia silenciosa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 47. Fotografias Luiz Alfredo.

ALVES, Paulo Henrique Resende. O hospício nosso de cada dia. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia**: uma tragédia silenciosa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 37-38. Fotografias Luiz Alfredo.

AMARANTE, Paulo. O lugar-zero. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia**: uma tragédia silenciosa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 31-32. Fotografias Luiz Alfredo.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 255 p.

ARCH. BRAS. DE HYGIENE MENTAL. “**A Colaboração entre a Polícia e a Liga de Higiene Mental para Assistência Social aos Ebrios**”. (VII) 4, outubro-dezembro de 1934, p. 353-354.

BASAGLIA, Franco. As Instituições da Violência. In: BASAGLIA, Franco (org.). **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 99-133. Tradução de Heloisa Jahn.

BRASIL. Decreto-lei n. 4.778. Estatutos da Liga Brasileira de Higiene Mental. Capítulo I: denominação, organização, sede e fins da Liga. **Arquivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 223-234, 1925.

BRASIL. Decreto-lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 03 fev. 2021.

BRASIL. Decreto-lei n. 24.559, de 03 de julho de 1934. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências**. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República, 1934. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. 2ª. ed. **Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho**. Brasília, DF: março 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/>. Acesso em: 03 fev. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. PL, 3657/1989. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória**. Brasília, DF: Paulo Delgado PT/MG, 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 03 fev. 2021

CARDOSO, Álvaro. “8ª Reunião da Campanha Pro-Higiene Mental”. In: **Arch. Bras. de Higiene Mental**, (IV) 4, outubro-dezembro de 1933, p. 352-355.

COELHO, Ronaldo Simões. O hospício. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia: uma tragédia silenciosa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 45. Fotografias Luiz Alfredo.

CORDEIRO, José Mário Simil. Barbacena. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia: uma tragédia silenciosa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 41-43. Fotografias Luiz Alfredo.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 135 p.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: LetrasLivrres: Editora Universidade de Brasília, 2013. 400 p.

FAUSTO, Boris. **A Revolução de 1930: historiografia e história**. 16. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. 160 p.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014a. 74 p. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio.

_____. **História da Loucura: na Idade Clássica**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017. 551 p. Tradução de José Teixeira Coelho Neto.

_____. **Microfísica do poder**. 7. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018. 432 p. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado.

_____. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. 330 p. Tradução de Eduardo Brandão.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014b. 302 p. Tradução de Raquel Ramalheite.

FRANCO, José. A sucursal do inferno. **O Cruzeiro**. Rio de Janeiro, Ano XXXIII, n. 31, p. 116-121, maio. 1961. Disponível em: <http://memoria.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=003581>. Acesso em: 16 jan. 2021.

GOULART, Benedito Donizeti. Uma breve História da Loucura: a obra de Pinel e o surgimento da psiquiatria. In: GOULART, Benedito Donizeti. **A Dialética da Loucura: Moreno a luz de Hegel**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1998. Cap. 1. p. 31-38.

LAUAR, Hélio. PAOLIELLO, Gilda. As testemunhas do silêncio. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia: uma tragédia silenciosa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 33-35. Fotografias Luiz Alfredo.

LOPES, Ernani. “A Alta Tardia dos Heredo-Psychopatas por Motivo de Ordem Eugênica”. In: **Arch. Bras. de Hygiene Mental**, (VI) 4, outubro-dezembro de 1933a, p. 277-289.

LOPES, Ignacio Cunha. “Profilaxia dos Males Hereditários”. In: **Arch. Bras. de Hygiene Mental**, (VI), 4, outubro-dezembro de 1933b, p. 376-378.

MAGRO FILHO, João Baptista. A cicatriz que nos faz lembrar. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia: uma tragédia silenciosa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 39-40. Fotografias Luiz Alfredo.

MINAS GERAIS. Decreto-lei n. 11.802, de 18 de janeiro de 1995. **Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências**. Minas Gerais, MG: 1995. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei_11802. Acesso em: 03 fev. 2021.

MISKOLCI, Richard. Reflexões sobre normalidade e desvio social. **Estudos de Sociologia**, v. 7, n. 13/14, 2003. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/106874>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

MOREIRA, Juliano. “Trabalhos Originaes”. In: **Arch. Bras. de Hygiene Mental**, (II), 1, outubro de 1929, p. 3-7.

NUNES FILHO, Augusto. Apresentação. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia: uma tragédia silenciosa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 23. Fotografias Luiz Alfredo.

OLIVEIRA, Xavier de. “Da Prophylaxia Mental dos Immigrantes”. In: **Arch. Bras. de Hygiene Mental**, (V) I, janeiro-setembro de 1932, p. 16-38.

PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha. O estigma do pecado: uma lepra durante a Idade Média. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, pág. 131-144, 1995. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311995000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. de 2020.

RAMOS, Luís Márcio Araújo. A FHEMIG e a psiquiatria em Minas. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia: uma tragédia silenciosa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 21. Fotografias Luiz Alfredo.

SCHMITT, Jean-Claude. A história dos marginais. In: GOFF, Jacques Le. **A História Nova**. São Paulo: Martins Fontes, 1990. p. 261-290. Tradução de Eduardo Brandão.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. As faculdades de Medicina ou como sanar um país doente. In: SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. Cap. 6. p. 140-175.

SCHWARCZ, Lilia Moritz.; STARLING, Heloisa Murgel. A Primeira República e o povo nas ruas. In: SCHWARCZ, Lilia M.; STARLING, Heloisa M. **Brasil: uma biografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. Cap. 13. p. 79-86.

SEVCENKO, Nicolau (org.). Introdução: o prelúdio republicano, astúcia da ordem e ilusões do progresso. In: SEVCENKO, Nicolau (org.). **História da vida privada no Brasil: República: da Belle Époque à Era do Rádio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 7-48.

SILVA, Marcus Vinicius Caetano Pestana da. Da loucura às rosas. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia: uma tragédia silenciosa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 17-18. Fotografias Luiz Alfredo.

VIANA, Oliveira. **Populações Meridionais do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2005. p. 173-180. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/1108/743391.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 06 jan. 2021.