

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

THAIS BARROS DE ANDRADE

Hospital Colônia de Barbacena:
relações entre a necropolítica e o *unheimlich*

São Paulo
2023

THAIS BARROS DE ANDRADE

Hospital Colônia de Barbacena:
relações entre a necropolítica e o *unheimlich*

Versão Corrigida

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues

São Paulo
2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Barros de Andrade, Thais

Hospital Colônia de Barbacena: relações entre a necropolítica e o unheimlich /
Thais Barros de Andrade; orientador Avelino Luiz Rodrigues. -- São Paulo, 2023.
87 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) --
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Hospital Colônia de Barbacena. 2. Necropolítica. 3. Unheimlich. 4.
Psicanálise. 5. Saúde Mental. I. Rodrigues, Avelino Luiz, orient. II. Título.

ANDRADE, T. B. **Hospital Colônia de Barbacena**: relações entre a necropolítica e o *unheimlich*. 87f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues (Presidente)
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Fábio Luís Ferreira Nóbrega Franco (Titular)
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes (Titular)
Universidade Católica Dom Bosco de Mato Grosso do Sul

AGRADECIMENTOS

Sempre me agrada a abertura que este espaço propõe dentro de um trabalho acadêmico, pois não é sem uma rede extensa de trocas, contatos e afetos que se constrói um percurso como a elaboração de uma dissertação de mestrado. Nas entrelinhas das páginas, lê-se também o apoio, o cuidado e todas as palavras ditas que, de alguma maneira, compuseram a minha trajetória.

Por isso, agradeço ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, às professoras, aos professores e colegas que, em meio a diversos debates e disciplinas realizadas, contribuíram para a minha formação. Aos funcionários e funcionárias do IP, especialmente à Cláudia Rocha, secretária do PSC, pela atenção e disponibilidade.

Ao professor Avelino Luiz Rodrigues, pela aposta em minha pesquisa e orientação.

Aos professores Fábio Franco e Maria Lívia Moretto que muito contribuíram com cuidado e rigor ao desenvolvimento da pesquisa com os apontamentos realizados no exame de qualificação. As contribuições que foram trazidas em suas falas foram cruciais e permaneceram ecoando e produzindo efeitos em minhas leituras e escrita.

À minha banca, composta pela professora Anita Bernardes e Fábio Franco, professores que muito admiro, é com grande satisfação que compartilho meu trabalho à leitura cuidadosa de vocês. Aos professores suplentes, que suscitaram contribuições significativas e leituras importantes para a elaboração de minha pesquisa: Clarice Paulon, Paulo Beer, Francisco Assumpção, agradeço a todos pela disposição.

À CAPES, pela bolsa concedida.

Aos trabalhadores do Museu da Loucura e do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Complexo Hospitalar de Barbacena, pela atenção e disponibilidade ao diálogo.

À minha mãe, Hyali, que com humor e amor me ensinou o trajeto pela arte, pela pintura, mas, sobretudo, pela criação. Sou porque você me apontou um caminho com possibilidades e diversas invenções de viver. Tudo o que você me ensina me permite ser um pouco mais eu. Mesmo quando nos sentimos estrangeiras, a arte nos presenteia com uma linguagem única e muito nossa.

Ao meu pai, Denis, quem me deu muito amor e amparo, uma base firme para que eu pudesse caminhar sem tanto medo. Algumas certezas só foram possíveis, pois você esteve lá

dizendo que tudo se ajeitaria. Obrigada por acreditar em mim, mesmo sem saber ao certo os caminhos que escolhi.

À minha família: minha madrasta Daliana; meus irmãos Damaris, Karina, Vinícius e Ananda; meus avós Manoel, Hilda (*in memoriam*), Vicente e Marlene; meus tios, tias, primos e primas; a cada um que sempre me endereçou palavras de apoio e carinho. Nossos laços são únicos e nossas diferenças nos somam, o que acredito ser uma demonstração de que também é possível nascer muito amor dentro dos contrapontos.

Ao Giuliano que esteve presente acompanhando tantas alegrias e angústias, amparando os dias difíceis, comemorando os bons. Obrigada pelos cafés e cuidado. Por ouvir minhas ideias e teorias. Muito obrigada por estar ao meu lado me dizendo que, de algum modo, tudo daria certo e ficaria bem. Acredito que você tinha razão!

Às amigas de longuíssima data: Lais, Gabrielly, Ana e Ennesli, agradeço por torcerem tanto por mim, por me darem tanto carinho. Mudamos muito desde a infância até aqui, nossos laços se transformaram e, nessas novas formas de caminhar, nos unimos sempre.

Aos encontros e amizades que a UFMS me proporcionou. À Giovanna, Giovana e Leonara que, desde a graduação, estão ao meu lado e compartilham comigo as alegrias e desventuras da vida. Ao Angelo, Ítalo e Rosilene que me encorajaram desde o início deste percurso e se fizeram presentes de maneira tão acolhedora. À Jéssica que me abraçou na imensa São Paulo com toda sua gentileza e carinho. À Raquel, Pietra, Aline, Bruna, Veridianna, entre tantos outros encontros que a universidade me permitiu, agradeço pelas palavras que trocamos, talvez vocês nem saibam que me proporcionaram conversas reconfortantes.

Aos amigos e amigas que o Giuliano me trouxe, vocês me deram muita leveza e bom humor nos dias cansativos dessa caminhada.

Aos inesquecíveis amigos e amigas, professores e professoras da ESEM. Todo esse percurso não se construiu sem a possibilidade que a escola me forneceu de sonhar alto e ver o mundo através de outros olhares.

Às pessoas incríveis da Casa Nuvem, além de um local de trabalho, encontrei um refúgio tranquilo que me acolhe com carinho, onde fiz uma segunda morada. Obrigada especialmente à Paula que me abriu as portas e permitiu que eu chamasse este espaço de também um pouco meu.

Aos clientes e amigos que fiz como tatuadora pelo suporte e paciência. Agradeço sobretudo àqueles com quem troquei sobre as satisfações e angústias da vida da Pós-Graduação.

Às queridas integrantes do Instituto Nós Terapia, especialmente Júlia e Lígia, agradeço pelas falas potentes e conversas tão atenciosas. Aos demais colegas e amigos que pude contar neste último ano em meio aos grupos de estudos e intervisões, Gabriel, Carla, Pedro, Alberto, Natalie, Marina, entre outras pessoas brilhantes com quem tive o prazer de aprender e conversar. Vocês me abriram as janelas do fazer-clínico e se presentificaram em minha escrita.

Aos caros colegas e amigos que encontrei na Pós-Graduação, especialmente à Beatriz, Lucas e Luiza, apesar da distância física, a presença de vocês nesta jornada foi essencial. Mesmo que a execução da escrita seja, inevitavelmente, um pouco solitária, vocês toparam fazer dessa empreitada um esforço em conjunto e, ter vocês por perto, com certeza tornou muitos dias menos angustiantes na elaboração deste trabalho.

Aos colegas do Laço Analítico de São Paulo, no qual pude compartilhar de um espaço de conhecimento que atravessou várias fronteiras, possibilitando trocas tão ricas que, com certeza, compuseram a minha pesquisa. Agradeço especialmente à Mariana e Enzo que se tornaram parceiros queridos que muito admiro.

À Yana, pela escuta atenta às minhas infamiliaridades.

A todos com quem cruzei os caminhos e tive a oportunidade de falar e ser ouvida em meio aos sentimentos que envolvem a elaboração de uma dissertação. Obrigada pelas respostas e por também compartilharem seus anseios e, assim, nos encontrarmos em campos tão semelhantes como distintos neste ato de produzir uma escrita.

Há em italiano uma expressão intraduzível em seu duplo significado: io non ci sto. Literalmente, significa: não estou aqui, neste lugar, diante daquilo que vocês estão propondo que eu aceite.

No uso comum, porém, significa: não estou de acordo, não quero. A recusa é ausentar-se dos jogos de quem esmaga todos os fracos.

(Elena Ferrante, “Frantumaglia”)

RESUMO

ANDRADE, T. B. **Hospital Colônia de Barbacena: relações entre a necropolítica e o *unheimlich***. 87f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

A presente dissertação de mestrado busca articular uma relação entre a história do Hospital Colônia de Barbacena, os conceitos de *unheimlich*, em Freud (2021), e a necropolítica, em Mbembe (2018a). Este trabalho, ao pensar as possibilidades de relacionar conceitos de bases epistemológicas diferentes, frente a um fato histórico, toma a Psicanálise como método em seu sentido “extramuro”, ou seja, possibilita-nos uma compreensão do sujeito em relação aos fenômenos sociais e políticos, sem, todavia, nos desvencilharmos da ética psicanalítica. Sabe-se que, neste hospital psiquiátrico, pessoas internadas compulsoriamente foram oprimidas, violentadas e deixadas em vias de morte com a conivência da sociedade e do Estado, uma dinâmica de internação, tratamento e exclusão pautada nos preceitos de projetos de higienização social da época. A partir disso, apreende-se o conceito mbembiano para darmos conta de compreender a prática de uma necrogestão como a que se demonstrou presente na realidade do Hospital Colônia. Neste encontro da sociedade com um corpo lido como hostil, realiza-se a hipótese de que é produzida uma experiência *unheimlich*, um deparar-se com o que há de mais incômodo e, ao mesmo tempo, familiar a si mesmo. Com isso, compreende-se que o reconhecimento na diferença que há no outro – neste contexto – cria um escape pela via da eliminação, faz-se desse corpo o inimigo e, assim, cria-se o respaldo para tirá-lo de cena. Dessa forma, entende-se, a partir da possibilidade de intersecção entre a necropolítica e o *unheimlich* freudiano, que há na história do Hospital Colônia de Barbacena uma gestão necropolítica a partir da irrupção do estrangeiro, na qual os sujeitos não inseridos no discurso hegemônico de um Estado higienista são deixados à margem, postos em situações em que a vida é alinhada à morte.

Palavras-chave: Hospital Colônia de Barbacena; Necropolítica; *Unheimlich*; Psicanálise; Saúde Mental.

ABSTRACT

ANDRADE, T. B. **Hospital Colônia de Barbacena:** relations between necropolitics and the *unheimlich*. 87f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

This master's thesis seeks to articulate a relationship between the history of Hospital Colônia de Barbacena, the concepts of *unheimlich*, in Freud (2021), and necropolitics, in Mbembe (2018a). This work, when thinking about the possibilities of relating concepts of different epistemological bases, in the face of a historical fact, takes Psychoanalysis as a method in its “extramural” sense, that is, it enables us to understand the subject in relation to social and political phenomena, without, however, disentangling ourselves from psychoanalytic ethics. It is known that in this psychiatric hospital, compulsorily hospitalized people were oppressed, violated and left on the verge of death with the connivance of society and the State, a dynamic of hospitalization, treatment and exclusion based on the precepts of social hygiene projects at the time. From this, the Mbembian concept is apprehended in order to be able to understand the practice of necromanagement such as the one that proved to be present in the reality of Hospital Colônia. In this encounter between society and a body that is seen as hostile, the hypothesis is realized that an *unheimlich* experience is produced, an encounter with what is most uncomfortable, and at the same time, familiar to itself. With this, it is understood that the recognition of the difference that exists in the other – in this context – creates an escape through elimination, this body is made the enemy and, thus, the support is created to remove it from the scene. In this way, it is understood, based on the possibility of intersection between necropolitics and the Freudian *unheimlich*, that there is in the history of Hospital Colônia de Barbacena a necropolitical management from the irruption of the foreigner, in which the subjects not inserted in the hegemonic discourse of a hygienist State, are left on the sidelines, placed in situations where life is aligned with death.

Keywords: Hospital Colônia de Barbacena; Necropolitics; *Unheimlich*; Psychoanalysis; Mental health.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CHPB – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CT – Comunidade Terapêutica

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

HCB – Hospital Colônia de Barbacena

HGV – Hospital Galba Veloso

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IRS – Instituto Raul Soares

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 O percurso metodológico..... | 14 |
| 1.1.1 A Psicanálise como método e a relação com conceitos fronteiriços..... | 16 |
| CAPÍTULO 2 | 21 |
| 2.1 A criação do Hospital Colônia de Barbacena..... | 21 |
| 2.2 Quem são os “loucos”?..... | 26 |
| 2.3 O retrato de uma loucura racializada..... | 31 |
| 2.4 As políticas de higienização social..... | 33 |
| 2.5 As denúncias e a reforma psiquiátrica..... | 41 |
| CAPÍTULO 3 | 47 |
| 3.1 O poder de morte: matar e deixar morrer..... | 50 |
| 3.2 Uma colônia de incômodos..... | 52 |
| CAPÍTULO 4 | 58 |
| 4.1 <i>Das unheimliche</i> : um estranho incômodo..... | 61 |
| 4.2 Sobre o recalque e o seu retorno..... | 64 |
| 4.3 O retorno de quem sempre esteve aqui..... | 67 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 75 |
| REFERÊNCIAS | 81 |

1 INTRODUÇÃO

*Ô seu Manoel, tenha compaixão, tira nós tudo dessa 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 balão.
 E mais atrás vem a sobremesa: banana podre em cima da mesa.
 E mais atrás vêm as funcionárias, que são as putas mais ordinárias*
 (Sueli, “Em nome da razão”)

Dá-se início ao presente trabalho com o trecho de uma canção criada por uma das pacientes do Hospital Colônia de Barbacena (HCB)¹, e que transcrevo do documentário *Em nome da razão*, realizado por Helvécio Rattón em 1979. Esses versos foram repetidos diversas vezes por Sueli (a autora deles) e também pelos demais internos do Colônia. Em poucas linhas se descreve uma parcela da realidade do hospital que, por tantos anos, foi uma instituição mantenedora de segregação e negligência. Não por acaso propõe-se esta abertura com a letra cantada pela paciente, para dar voz a uma história que, por muito tempo, foi silenciada.

Apesar de existirem atualmente diversas pesquisas, reportagens, livros e documentários acerca da história do HCB, durante quase oito décadas, a instituição foi um endereço sobre o qual a maioria das pessoas preferia não falar. Não apenas isso, houve o silenciamento e o esquecimento de inúmeras histórias individuais, de cada uma das pessoas que entraram e nunca mais saíram do Colônia. Após a institucionalização de um sujeito, as informações sobre sua origem, sua vida, o que o define e o coloca como alguém na sociedade, definham, caem no esquecimento. Tudo que o faz existir – seus gostos, sua profissão, seus planos e desejos – não cabe mais em si, muito menos dentro dos muros do hospital. De certo modo, esse tom evasivo sobre narrativas das vidas que se perderam para o aprisionamento em instituições psiquiátricas permanece até os dias de hoje em alguns discursos quando se fala sobre a história da saúde mental no Brasil. Pensa-se que isto se dá em razão de uma história de exclusão nunca ser um enredo agradável de ser contado, muito menos motivo de orgulho. Mas afinal, o que se faz com uma memória que não é totalmente reconhecida?

Ao longo da elaboração deste trabalho, fez-se possível (e também indispensável) realizar uma visita à cidade de Barbacena onde se encontra o Museu da Loucura que, por sua

¹ De acordo com Duarte (1996), Hospital Colônia de Barbacena foi o nome dado à instituição entre os anos de 1934 a 1971, sendo posteriormente chamado de Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHP) até 1977 e, desde então, até os dias atuais, é nomeado como Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB). No entanto, “a denominação Hospital Colônia de Barbacena é popularmente utilizada até hoje para se referir à instituição” (DUARTE, 1996, p. 16).

vez, foi inaugurado em 16 de agosto de 1996 por meio de um convênio entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) e a Fundação Municipal de Cultura de Barbacena (Fundac)². Lá foi possível visualizar, de modo mais concreto, como começa a história do Hospital em relação aos preceitos empregados na época e também como seu espaço crescia com o tempo e em relação à cidade.

Figura 1 – Fachada do Museu da Loucura em Barbacena



Fonte: Elaboração própria (2021).

O museu se apresenta como algo a mais do que apenas parte da antiga estrutura física do HCB, é também um local que se instaura como um acervo de memórias que soa como uma forma de um lembrete do que não se deve repetir. Por meio desse viés sobre a lembrança, é interessante pensar que se encontram na cidade de Barbacena placas que podem ser vistas até hoje na entrada do município, indicando que ali se vê a “Cidade das Rosas”, uma tentativa de extinguir o nome anterior convencionado: Cidade dos loucos. Barbacena, inicialmente, foi o berço da criação de bicho de seda no país, depois passa a ser conhecida como uma referência da psiquiatria mineira e, hoje, se faz vista pela produção e exportação de suas rosas. Pode-se dizer que o município é um local que, apesar de contar a sua história nas paredes do museu, “floreia” o que há de resquício dela. Mas o que seria tão incômodo na história do HCB a ponto

² Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/noticias/2151-museu-da-loucura-completa-25-anos>. Acesso em: 12 fev. 2022.

de ser floreada? Por que, ao invés de ser reconhecida como uma cidade que abrigou, mas também extinguiu e condenou seu maior manicômio, coloca-se a dissimulada expressão de que nesta cidade, sobretudo, encontram-se flores?

O presente trabalho nasce buscando contemplar aquilo que Freud (2021 [1930], p. 339) diz sobre a escrita ser a voz de uma pessoa ausente. Ela vem, sobretudo, para dar contorno à angústia que cresce junto com o número de questionamentos que são suscitados quando pensamos a história do Hospital e de seus pacientes. Não sem angústia também aparecem as relações que vão sendo pensadas ao nos depararmos com tipos de gestões muito alinhadas ao que se via no HCB. Assim como no Hospital Colônia de Barbacena, sabe-se que realidades muito paralelas de negligência e desamparo se passaram dentro dos muros de instituições como o Hospital Psiquiátrico do Juqueri, Hospital Colônia Santana, Colônia Juliano Moreira, entre outros. Apesar da instauração da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), vê-se que uma lógica manicomial paira em algumas dinâmicas de cuidar e pensar a saúde mental no país, por vezes, até mesmo nos serviços substitutivos que nasceram por meio da Reforma. Uma cena que ilustra este ponto foi vista em um estágio ainda na graduação, no qual, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III de Campo Grande (MS), um usuário de 16 anos foi colocado em observação com a companhia da mãe, uma vez que o CAPS Infantojuvenil da cidade, até então, não funcionava com as mesmas atividades de um III. Este menino, nesta cena que recorto aqui, estava dançando e cantando repetidamente alguma música, quando um enfermeiro chega perto dele e diz: “você vai parar ou quer que eu pegue a cordinha?”. A “cordinha” em questão seria realizar a contenção de um adolescente que não apresentava perigo para si e para ninguém naquele momento, apenas cantava. Esse fato ocorre em 2016, já então passados 15 anos da sanção da lei 10.216 e trago para refletir sobre como a lógica manicomial, ano após ano, não desaparece por completo junto ao fechamento dos manicômios, ela apenas sofre uma atualização em relação às formas de intervenção e silenciamento de nossa época.

Quando elegemos no presente trabalho o uso da necropolítica para compreender as dinâmicas de gestão do HCB, é sabido que este mesmo conceito alcança a história de diversas outras instituições e também outras realidades de abandono e negligência que não são necessariamente as que correspondem a questões sobre cuidados com saúde mental. Um exemplo disto é a pandemia ocasionada pela disseminação do SARS-CoV-2 (coronavírus) e a deplorável gestão realizada no Brasil para a contenção da contaminação e distribuição de vacinas. As quase 700 mil mortes ocasionadas por uma condução negligente da pandemia no país englobavam, em seu número, de acordo com o levantamento do Núcleo de Operações e

Inteligência em Saúde da PUC-Rio³ (BATISTA *et al.*, 2020), o fato de que pessoas pretas e pardas sem escolaridade representaram 80,35% dos óbitos, contra 19,65% que correspondiam a pessoas brancas.

Estes dados se traduzem no que Rodrigues (2022, p. 25) descreve sobre a necropolítica, que o conceito pode ser definido como uma “gestão da morte daqueles que não aparecem como vida viável nas sociedades contemporâneas, e essas vidas serão geridas como excedentes, em zonas de exclusão”. É isso que é feito com vidas que não importam para o Estado, elas são relegadas à morte ou às condições mais ínfimas e próximas ao óbito, e porque não também deixadas ao esquecimento. Podemos ver essa realidade estampada no cenário pandêmico no Brasil, na história do HCB ou Juqueri e, também, na insistência da lógica manicomial que ainda paira em muitas estratégias de “cuidado” com a saúde mental, assim como entre outras inúmeras cenas de poder de morte agindo sobre grupos incômodos (*unheimlich*) à sociedade.

Portanto, vemos, aqui, que o encaminhamento de nosso tema na presente pesquisa diz respeito a uma história do passado, mas que muito se alinha às histórias do presente; os anos mudam, as formas de aprisionar, negligenciar, excluir e matar se renovam, mas a finalidade – deixar sujeitos específicos no lugar de abjeto e passível de morte – permanece a mesma.

Para que seja possível dar conta das reflexões e provocações que este tema, acerca da exclusão de sujeitos em uma instituição psiquiátrica, abrange, faz-se importante traçar o método utilizado na pesquisa.

1.1 O percurso metodológico

Este trabalho abarca uma subdivisão pensada em encaminhar o leitor às reflexões e análises que pretendemos percorrer. No segundo capítulo – após esta introdução – encontra-se a descrição da história do Hospital Colônia de Barbacena, como surge e como se dava seu funcionamento, assim como as denúncias que foram relatadas em decorrência das condutas adotadas na instituição. Neste ponto também se vê quem eram os pacientes internados, suas características e como seus corpos eram marcados sob a lógica de higienização social de um país que ainda seria atravessado pelas consequências deixadas pela escravização da população negra. Além disso, o HCB foi uma instituição psiquiátrica que, curiosamente, abrigava em suas redondezas um cemitério próprio, para onde eram encaminhados a maior parte dos corpos produzidos pela gestão precária do local.

³ Disponível em: <https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf> Acesso em: 22 fev. 2023.

Desse modo, os capítulos 3 e 4 nos levam pelos conceitos que norteiam a leitura que foi possível realizar ao esmiuçarmos esta história. Começando pela necropolítica, com a qual podemos compreender a dinâmica mortífera do Hospital refletindo através da questão: por que corpos tão específicos são negligenciados e deixados em vias de morte? Depois, seguimos com o conceito de *unheimlich*, com a hipótese de que este termo explorado por Freud nos auxilia a compreender a relação repulsiva que se tinha com os sujeitos destinados ao HCB, assim como pensarmos o processo de recalçamento em paralelo com o afastamento dos pacientes do Hospital.

Além disso, algumas das perguntas iniciais que geraram o interesse em realizar a presente pesquisa foram: “como se mantém de pé, por tantas décadas, uma gestão como a do HCB?”, “qual é a parte da sociedade e do Estado neste jogo de convivência e omissão sobre a situação do Hospital?”. Estas indagações surgem, sobretudo, devido ao fato de que a existência do Hospital Colônia não era um mistério para a sociedade, de algum modo todos sabiam que pegar o trem com destino ao Hospital era uma viagem que não costumava ter retorno.

Assim, pensando uma possibilidade de encaminhamento desta investigação, apresenta-se aqui o nosso método. Tem-se como intuito analisar em materiais de registros históricos – documentos legislativos, reportagens publicadas na imprensa, livros e pesquisas – assim como em fontes obtidas na visita ao Museu da Loucura de Barbacena, a trajetória do Hospital Colônia de Barbacena. Procura-se investigar se esta história se alia ao conceito de necropolítica, pressupondo que este formato de gestão de morte pode ser derivado de um encontro da sociedade com seu *unheimlich*, um confronto com o retorno do seu próprio avesso, de onde emerge os ruídos do seu recalçado. Partimos, portanto, deste pressuposto de que haveria um modo muito comum de lidar com alguns sujeitos na sociedade, sendo eles tipos específicos que se apresentavam como algo que a comunidade não gostaria de lidar.

Com isso, empreendem-se aqui alguns objetivos, começando por: (1) uma compreensão da história do Hospital Colônia de Barbacena e acerca dos sujeitos lá internados, buscando (2) se há relação na história de negligência mantida no HCB com o conceito de necropolítica, e (3) observar se (e como) uma forma de gestão necropolítica se alia ao encontro com o *unheimlich*. Ademais, a escolha dos conceitos em questão se faz, pois, entende-se que ambos preveem a eliminação e/ou o afastamento do outro, ou seja, tanto na necropolítica como no fenômeno do *unheimlich*, é produzida a retirada de cena de uma ameaça, de um componente inapropriado, insuportável ou, ao menos, há a elaboração das condições para o seu aniquilamento. Além do uso de um conceito lido na psicanálise (*unheimlich*), a pesquisa segue um percurso

metodológico amparado na psicanálise, que será explicado em seguida, e seu uso justificado em consonância com as questões propostas neste trabalho.

1.1.1 A Psicanálise como método e a relação com conceitos fronteiriços

Acerca do uso da Psicanálise nesta pesquisa, entende-se que, por meio dela, faz-se um caminho de trazer à tona o que ficou omissos e recluso, aprisionado como os corpos confinados dentro de uma instituição. Retoma-se, portanto, o que Rosa (2004, p. 340) coloca: “Constata-se que, se na análise do sintoma deve-se escutar o não-dito do discurso dos sujeitos, cabe acrescentar a força de determinação dos não-ditos dos enunciados sociais”. Muito embora a Psicanálise seja comumente voltada para o singular, o trabalho da teoria não é dispensável, ao contrário, o âmbito teórico proporciona meios de descobrirmos fenômenos que não necessariamente se vinculam à nossa experiência, como explica Rosa (2004). Desse modo, “é nessa relação que é possível construir, ultrapassar o já dito, construção que não se sustenta em uma linearidade e em que teoria e prática não têm autonomia” (ROSA, 2004, p. 342).

Um dos esforços iniciais desta pesquisa é o de como apresentar os pontos de convergência entre conceitos que não se originam em uma mesma base epistemológica. Primeiramente, vê-se como importante trazer as justificativas necessárias do uso de um conceito apresentado por Freud em um ensaio de cunho clínico e estético – *Das Unheimliche* – para o campo do social, utilizando-o para a leitura e compreensão de um fato histórico na saúde mental do Brasil, que foi a existência do Hospital Colônia de Barbacena.

Para entendermos esse percurso que aqui se propõe, comecemos pela Psicanálise em extensão. Rosa (2004) nos apresenta uma definição muito precisa desta compreensão que se direciona pela via da ética e das concepções da psicanálise. Ela explica que a Psicanálise extramuros (ou em extensão) “diz respeito a uma abordagem [...] de problemáticas que envolvem uma prática psicanalítica que aborda o sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos, e não estritamente ligado à situação do tratamento psicanalítico” (ROSA, 2004, p. 331).

É possível alinhar este ponto colocado pela autora aos textos de Freud produzidos nas décadas de 1920 e 1930, produções estas que – debruçadas em questões relacionadas à sociedade, à cultura e à religião – são inevitavelmente atravessadas pela dimensão clínica e, portanto, a própria clínica também demonstra ser “atravessada, de ponta a ponta, por aquilo que se precipita das formas da vida social na vida psíquica do sujeito” (IANNINI; SANTIAGO,

2021, p. 36). Ou seja, entende-se que a linha divisória entre os textos “clínicos”, “metapsicológicos” e “sociais” de Freud se torna cada vez mais tênue.

No entanto, há problemas colocados frente às possibilidades da psicanálise em extensão, uma delas diz respeito “à prática de aplicação de concepções teóricas e metodológicas a objetos externos ao campo em que foram criados: o campo das descobertas freudianas” (ROSA, 2004, p. 331). Assim, preocupa-se que haja consequências na aplicação de concepções teóricas em objetos externos ao campo de criação e, com isso, recaia-se na generalização que, por sua vez, “projeta uma identidade indevida entre o individual e o coletivo” (ROSA, 2004, p. 331). Há, além disso, uma questão em relação ao campo do método, visto que a interpretação seria feita sobre um material que não é produto da associação livre, ou seja, não deriva do inconsciente, deixando a sua legitimidade a desejar e podendo passar por “selvagem”. Acerca disto, faz-se importante estar atento ao fato de que o uso da Psicanálise não perpassa meramente por uma interpretação aleatória de elementos culturais e sociais aos olhos da teoria, e sim por promover discussões aliadas a outros campos, mas sem deixar de seguir a ética psicanalítica. Ademais, também não se trata de uma mera aplicação dos conceitos com a finalidade de ilustrar a teoria que já é sabida nos estudos clínicos e sociais.

Diante disso, cabe destacar as dificuldades apontadas por Rosa (2004) e como elas nos levam a visualizar uma certa fragilidade no uso das concepções teóricas relacionadas a objetos externos, revelando também uma carência de fundamentos. A constatação de que “[...] a Psicanálise está indo além de seu campo de origem” diz respeito, sobretudo, ao caminho tomado pelo movimento psicanalítico mais do que sobre uma proposta inapropriada que seja externa ao campo (ROSA, 2004, p. 340). Desse modo, não se trata de sair do campo de origem da Psicanálise, mas sim de seguir uma direção tomada por ela mesma.

Para explicar este último ponto, em “Psicologia das massas e análise do eu”, encontramos compreensões realizadas por Freud de que não há dissociação entre a psicologia individual e a social. Assim, ele afirma:

Na vida psíquica do indivíduo, o outro é, via de regra, considerado como modelo, como objeto, como auxiliar e como adversário, e por isso a psicologia individual é também, de início, simultaneamente psicologia social, nesse sentido ampliado, mas inteiramente legítimo (FREUD, 2021 [1921], p. 137).

Portanto, o próprio precursor da psicanálise faz uso frequente da análise de fenômenos coletivos para compreender processos que são individuais (ROSA, 2004, p. 333).

É importante nos atentarmos para o fato de que a discussão não propõe que a psicologia individual seja necessariamente uma variação da social. A questão se debruça muito mais sobre o fato de que a psicologia individual não deve prescindir de pensar o fator social. Entende-se, dessa forma, que o alicerce primordial da construção conceitual da psicanálise, a dimensão clínica, “não se reduz ao psiquismo individual, como também os fenômenos sociais e institucionais não são abordados sem levar em conta o funcionamento psíquico do sujeito” (IANNINI; SANTIAGO, 2021, p. 44).

Outro ponto em que é demonstrado que Freud não pretendia deixar a Psicanálise restrita a um campo clínico, de acordo com Rosa (2004, p. 335), “é a frase a ele atribuída quando em viagem aos Estados Unidos: (eles não sabem que) estamos levando a peste”. A autora explica que Freud faz aqui uma adesão na construção da Psicanálise, propõe a inclusão da investigação dos fenômenos socioculturais e políticos, pretendendo assim desvelar as ilusões presentes na sociedade estadunidense. Segundo Rosa (2004, p. 340), “inúmeros são os modos como se pode desenvolver, dentro dos fundamentos éticos e teóricos da psicanálise, uma investigação dos fenômenos sociais”.

Nosso interesse, portanto, na psicanálise em extensão, se dá pelas suas características metodológicas, ou seja, por ela se tornar “um método de investigação que se vale justamente da metapsicologia e da técnica clínica como instrumento de investigação” (ESTEVÃO, 2018, p. 04). Além disso, de acordo com Rosa e Domingues (2010), faz-se importante entender que o método psicanalítico é também um caminho que se constrói pela escuta psicanalítica, mesmo que não necessariamente enfatize a interpretação ou a teoria por si só, mas que a envolve junto à prática e à pesquisa, construindo assim uma metapsicologia não isolada. Com isso, e pensando, sobretudo, acerca do *unheimlich*, ao ser explorado para além das margens de seu campo de origem, entende-se que “o conceito psicanalítico deve sair da própria trama sem se descuidar de como se afirma no solo da teoria. Não há um sentido único para cada conceito, e sim uma articulação com a trama teórica, com a prática, com os pares” (ROSA; DOMINGUES, 2010, p. 184). No caso, o ensaio de 1919, *Das Unheimliche*, apesar de ser um texto com cunho de investigação clínica e estética, nos aponta um caminho de possibilidades com seu uso em investigações acerca de fenômenos sociais.

Percebe-se que este movimento em direção ao social se trata de uma necessidade intrínseca à Psicanálise, algo do qual não se escapa ou se separa. A teoria, por sua vez, se alicerça enquanto saber sobre vários pilares, mas um deles diz respeito ao fato de que a Psicanálise “adquire consistência teórica e clínica na medida em que é capaz de responder questões que estão para além de seu campo” (ESTEVÃO, 2018, p. 01). Não se trata de macular

a teoria psicanalítica como algo que tenha a pretensão de resolver as faltas de outras áreas ou que tenha competência para tudo abordar, mas sim de nos utilizarmos da psicanálise para tensionar e interpelar outros campos, como, na presente pesquisa, busca-se fazer com os conceitos aqui dispostos, necropolítica e *unheimlich*. Desse modo, insere-se aqui o que Rosa e Domingues (2010, p. 187) explicam sobre a contribuição da psicanálise ao estudo do campo social e político, que não cabe à teoria “a pretensão de esgotar, por si só, o fenômeno: cabe-lhe esclarecer uma parcela dos seus aspectos, ainda que uma parcela fundamental”. Neste sentido, vê-se que a Psicanálise pode ser convocada como instrumento metodológico.

Ao tomarmos a psicanálise como método, é relevante compreender que ela possui uma dimensão própria de sujeito e de objeto, pela qual sua forma de pesquisá-los passa pelo desejo do pesquisador (ROSA; DOMINGUES, 2010), sendo esse um ponto crucial na investigação. Portanto,

Pautada pela dimensão do enunciado e da enunciação do discurso, a pesquisa psicanalítica produz conhecimento interceptando a transmissão de dogmas e de idealizações, mediante o conhecimento de uma série de contextos e histórias, acrescido de articulações fora da história oficial (ROSA; DOMINGUES, 2010, p. 182).

Além disso, é preciso também ter em vista algumas questões que acompanham a elaboração de uma pesquisa e de um saber. Em “As pulsões e seus destinos” (1915), Freud inicia seu texto apontando a falácia contida no pensamento de que uma ciência deve ser construída com base em conceitos claros e precisos, e que nem mesmo as ciências mais exatas são contempladas com esse feito. A descrição de fenômenos seria, portanto, o verdadeiro início da prática da atividade científica e, conseqüente a isso, abre-se um processo de agrupar, ordenar e realizar correlações. Como derivação dessa investigação – trazendo agora mais especificamente para o campo da Psicanálise – Freud (2020 [1915], p. 17) afirma que é possível apreender de modo mais preciso os conceitos científicos fundamentais e progressivamente modificá-los, tornando-os utilizáveis em larga medida e livres de contradição. Assim, compreende-se que, apesar de existir um alicerce na base de um conceito,

o progresso do conhecimento não tolera nenhuma rigidez nas definições. Como nos ensina de modo brilhante o exemplo da Física, também os ‘conceitos fundamentais’ firmemente estabelecidos passam por uma constante modificação de conteúdo (FREUD, 2020 [1915], p. 17).

Freud, por sua vez, nos leva à reflexão de que o pesquisador que se utiliza da Psicanálise como método, na medida em que emprega a teoria em seu caráter de extensão e realiza

intersecções com outros campos, deve também sustentar uma certa incompletude presente e inerente a qualquer saber construído por um pesquisador.

Para suportar esses furos, criam-se correlações entre conceitos que habitam um mesmo campo ou criam-se diálogos com conceitos que habitam em margens muito próximas à psicanálise. Define-se este ponto por meio do que Mezan afirma sobre a psicanálise ser “uma ciência como as outras, um corpo de conhecimentos coerente e subsistente por si mesmo, passível de ‘aplicações’ em territórios estranhos àquele em que se formam seus conceitos” (MEZAN, 2006, p. 165). No entanto, este movimento, apesar de criar suporte, não evita a produção de outros questionamentos dentro da pesquisa, sendo assim, o saber nunca pode estar completo. Assim, estas são características inevitáveis de um trabalho científico, pensando de acordo com o que Freud propôs acima no início de seu texto de 1915.

Desse modo, acerca do uso de um conceito suscitado por meio de investigações do campo da filosofia como a necropolítica, entende-se que, colocá-lo diante e em relação à concepção elucidada por Freud em torno do *unheimlich*, cria a possibilidade de trazer suspensões para as discontinuidades inerentes a ambos. A Psicanálise, ao se mostrar como um instrumento “invasor” dentro da leitura da história de um hospital psiquiátrico – aliado ao conceito que corre na fronteira com a teoria, que é a necropolítica – sendo “convocada por outros campos do saber a dar conta de problemas que aparecem nos furos destes campos, ela se sustenta obtendo estatura de um saber para além da clínica” (ESTEVÃO, 2018, p. 11). Além disso, nos utilizamos da psicanálise não só para dar conta de furos de outros campos, mas, a partir destes furos, buscar sustentar as próprias questões em que a psicanálise se encontra em falta, principalmente quando em relação a outras áreas do saber.

É o que se procura realizar na presente pesquisa, utilizando o *unheimlich* para além das investigações clínicas e estéticas e diante da mútua interpelação que é possível ser feita com o conceito de necropolítica. Fazer borda com outros campos, é o que se propõe aqui com o uso da teoria psicanalítica, seguindo também, de certo modo, o que Benjamin (2012, p. 7) nomeou como “escovar a história a contrapelo”, não cedendo à nenhuma verdade incontestável e implicando o pesquisador em relação ao seu objeto.

CAPÍTULO 2

Não precisa ir muito além dessa estrada

Os ratos não sabem morrer na calçada

É hora de você achar o trem

E não sentir pavor

Dos ratos soltos na casa

Sua casa

(Lô Borges e Márcio Borges, “Trem de Doido”)

2.1 A criação do Hospital Colônia de Barbacena

Uma das explicações mais frequentemente encontradas na literatura para a existência do Hospital Colônia em Barbacena é a de que a instituição funcionaria como um consolo ao município, que acabou não se tornando a capital de Minas Gerais após ser indicada como uma forte candidata para tal no início da República, em 1891 (SILVA, 2008, p. 23). Apesar de haver essa justificativa, existem também outras questões que confluem para a criação do antigo hospital no local que fora designado. Uma delas é o fato de que a cidade de Barbacena estaria posicionada de maneira estratégica, sendo um ponto de passagem entre o centro de Minas e o Rio de Janeiro, trajeto que depois vem a ter sua importância reforçada com a implantação de estradas e da malha ferroviária: “essas ferrovias serão muito importantes no transporte dos que eram considerados doentes mentais e que chegavam de todas as partes do Estado” (SILVA, 2008, p. 26).

O trem que fazia seu percurso levando inúmeras pessoas ao HCB foi chamado como “Trem de Doido”, sendo o mesmo nome que intitula a música escrita por Lô e Márcio Borges, para o álbum *Clube da esquina*, com a qual inauguramos este capítulo. Em Foucault (1978), pode-se encontrar um paralelo sobre este ponto quando o autor escreve sobre a “Nau dos Loucos”, em *História da Loucura*. Ele descreve a existência dessa navegação que carregava loucos, como um meio de levá-los para longe, torná-los, assim, prisioneiros de sua própria partida, concluindo que “a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último” (FOUCAULT, 1978, p. 16).

Ademais, ainda sobre as motivações que levaram à decisão da construção do Hospital na cidade de Barbacena, José Theobaldo Tollendal, que dirigiu o HCB entre os anos de 1969 a 1983, afirma ao repórter Hiram Firmino em uma entrevista de 1979 que a instituição foi criada especificamente naquele local por questões políticas:

Jamais foi considerado o aspecto médico-terapêutico dessa cidade que, a meu ver, deveria ter sido a última a ser escolhida para esse fim. Em vez de construir este hospital lá em Muriaé, em Carangola, uma região mais quente, eles preferiram aqui, por meros interesses pessoais. A preocupação não foi com a saúde de ninguém, e sim fazer disso aqui uma fonte de empregos, de votos para os senhores políticos da região. Basicamente é isso (FIRMINO, 2014, p. 64).

Por mais contraditória que possa parecer o Hospital Colônia vir a ser um prêmio de consolação, a criação do antigo hospital na região contribuiu para a entrada de investimentos na cidade, além de se tornar uma referência para a psiquiatria mineira na época, fatos que, por sua vez, corroboram a afirmação do diretor do HCB para a reportagem de Firmino.

Vale ressaltar que a psiquiatria no Brasil tem seu marco de início no princípio do século XIX com a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que trazia consigo os protestos médicos acerca da situação dos internados como loucos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia (MORETZSOHN, 1989, p. 05). Com isso, tem-se, no ano de 1841, a criação do primeiro “hospital destinado privativamente para o tratamento de alienados, com a denominação de Hospício Pedro II” (PACHECO; SILVA, 1940 *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 05).

No entanto, fazendo um recorte em relação ao estado de Minas Gerais, sabe-se que anteriormente à criação do Hospital Colônia – até o final do século XIX – os sujeitos ditos alienados eram levados para instituições hospitalares como as Santa Casas de São João Del Rei e Diamantina, ou encaminhados para o Rio de Janeiro, e além desses locais outro destino possível para estas pessoas eram as cadeias públicas (MORETZSOHN, 1989, p. 09). Dessa forma, a criação de um hospital psiquiátrico em Minas Gerais demonstrou-se urgente, sobretudo, ao final do século XIX, quando as instituições já existentes que recolhiam “alienados” passam a não comportar mais a crescente demanda.

Inicialmente, havia no local que seria construído o Hospital construções que serviram a outras instituições. Posteriormente, a propriedade é comprada pelo governo de Francisco Silviano de Almeida Brandão, mais especificamente em agosto de 1900, por meio da sanção da lei n. 290 do mesmo ano. Esta, por sua vez, diz no artigo primeiro “Fica criada no Estado de Minas Gerais a Assistência de Alienados”, abrindo-se, então, a possibilidade da “instalação do hospício”, como descrito na lei. Além disso, o artigo terceiro nos mostra a descrição das instalações do local: “No prédio que for destinado ao hospício haverá, além das acomodações precisas, um pavilhão para observação dos indivíduos *suspeitos*, um gabinete eletro-terápico e oficinas, quando necessárias e a juízo do governo” (BRASIL, 1900, destaque da autora). Nesta última passagem nos chama a atenção o termo “suspeitos”, pois, revela-se um alinhamento

explícito entre loucura e periculosidade, trazendo questionamentos sobre o que se pretendia com uma estrutura de confinamento tão voltada para o isolamento e para a exclusão. Os muros altos são para proteger quem está do lado de dentro ou os do lado de fora?

Todavia, no que se refere ao território do hospital, tratava-se de uma antiga fazenda no Morro da Caveira, que fazia parte das terras do delator da Inconfidência Mineira, Joaquim Silvério dos Reis. As terras tiveram outros donos e usos antes de se tornarem o HCB:

em 1870, funcionava um sanatório para internação de tuberculosos; em 1889, hotel de veraneio e casa de repouso para ‘doenças nervosas’, uma espécie de sanatório particular; ao ser declarada a sua falência, foi comprado pelo governo do Estado de Minas que pretendia, num primeiro momento, constituir uma escola de artes e ofícios (SILVA, 2008, p. 28).

Dessa forma, apenas depois de sofrer alguns reparos na construção que já se encontrava na propriedade, por meio do decreto 1.579 de 21 de fevereiro de 1903: “fica criada, na cidade de Barbacena, a Assistência de Alienados, com uma colônia anexa que a completa, destinada a receber os habitantes do Estado que, por motivo de alienação mental, carecerem de tratamento” (MINAS GERAIS, 1903 *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 15).

Em seu início, mais precisamente entre os anos de 1903 a 1934, o Hospital era marcado pela sua imagem de modernidade e progresso, além de funcionar como um modelo de tratamento psiquiátrico, oferecendo – para os moldes da época – um atendimento satisfatório, mesmo que isso significasse condições nem sempre salubres, mas que eram condizentes com as orientações daquele momento. Com isto, abrigando tal instituição, Barbacena é colocada neste período da história como centro das atenções da psiquiatria mineira, como explica Kyrillos e Dunker (2017, p. 955), uma vez que a cidade acolhe a “primeira instituição específica para doentes mentais no estado de Minas Gerais”.

É a partir de 1918 que o terreno passa a ser expandido e agrega de fato a parte da colônia. De acordo com Firmino (2014, p. 91),

O hospital se limitava às instalações do antigo sanatório, no Morro da Caveira, até que, entre 1918 e 1922, foi construída a Colônia, onde os doentes passaram a desenvolver a agricultura, além de outras atividades a que já se entregavam anteriormente.

A colônia⁴, por sua vez, se localizava a quatro quilômetros do Azylo Central, mais especificamente na saída de Barbacena. É importante destacar que, apesar dos diferentes nomes que foram dados⁵, trata-se aqui de apenas uma única instituição, e foi a partir da década de 1920, uma época “caracterizada pela criação e inauguração de novos hospitais psiquiátricos” (DUARTE, 1996, p. 173), que a instituição viria a ser chamada de Hospital Colônia de Barbacena.

A partir da década de 1930 começa-se a ser cada vez mais evidente que a instituição não suportava, de modo adequado, o número de pessoas internadas. Esta superlotação, no entanto, não era proporcional às verbas destinadas às despesas, não sendo o suficiente e “necessitando, assim, de um investimento suplementar que poderia ser alcançado através dos trabalhos dos internos, além da valorização do trabalho como terapia, recorrente no período” (SILVA, 2008, p. 29). Sobre isso, Goffman (1974, p. 82) explica que “nos hospitais para doentes mentais, existe o que é oficialmente conhecido como terapia industrial ou laborterapia; os pacientes recebem tarefas [...] por exemplo, varrer as fornalhas, trabalhar na lavanderia”.

No entanto, apesar de os anos 30 terem sido marcados pelo início dos moldes de colônia pelas vias legais, esse formato já era aplicado aos internos classificados como indigentes. De acordo com Magro Filho (1992, p. 40), em 1916, o valor obtido pelo trabalho em oficinas, olarias e carpintarias já totalizava cerca de um terço do orçamento alocado à instituição, e vê-se que os internos indigentes eram os que exerciam estes serviços, diferentemente dos internos pensionistas. Ademais, os pacientes contribuintes tinham acesso – ao menos nos primórdios do hospital – a acomodações e alimentação diferentes de acordo com o tipo de classe à qual pertenciam, podendo dispor, até mesmo, de um quarto privado com mobília e um acompanhante pessoal (MORETZSOHN, 1989, p. 19). Estas dinâmicas, por sua vez, remetem ao que Basaglia afirma em seu texto “As Instituições da violência” (1985), acerca das distinções de tratamento. O autor afirma: “Um esquizofrênico rico internado numa clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto do de um esquizofrênico pobre, internado à força num hospital psiquiátrico público⁶” (BASAGLIA, 1985, p. 108).

⁴ Sabe-se, de acordo com Moretzsohn (1989, p. 115), que o HCB procurou seguir as recomendações do Congresso de Alienados de Paris (1889) que demandava a criação de Colônias Agrícolas anexas aos Asilos, afastadas dos centros urbanos e localizadas nas áreas rurais, assim como seguia a dinâmica de Franco da Rocha em São Paulo.

⁵ Assistência de Alienados, Azylo Central, Hospital Colônia de Barbacena e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

⁶ Apesar dos tratamentos de fato diferirem em relação aos indigentes, como assegurado pelas literaturas consultadas (MORETZSOHN, 1989; SILVA, 2008; ASSIS, 2021), é importante enfatizar que, acerca das clínicas particulares em Barbacena, é sabido que havia uma realidade não necessariamente melhorada em comparação ao HCB. Diversos hospitais privados foram criados por diretores do HCB que percebiam a loucura como um “bom negócio” (KYRILLOS ; DUNKER, 2017, p. 969). Isso porque ao comumente passarem pela “porta de entrada para o itinerário da loucura” (ASSIS, 2021, p. 56), o Hospital Galba Veloso (HGV), o paciente “prosseguia

Contudo, em relação às questões que envolviam a superlotação da instituição, vê-se que havia a prática recorrente da transferência de pacientes de outros hospitais para Barbacena – hospitais estes que foram construídos posteriormente ao HCB com o intuito de desafogá-lo das demandas, mas que acabavam eles mesmos também saturados e alimentando a lotação do Hospital Colônia. O Hospital Galba Veloso (HGV), por exemplo, inaugurado no ano de 1962 em Belo Horizonte, é descrito como um local, de acordo com Firmino (2014), no qual os pacientes, depois de saírem da instituição, ou voltavam eventualmente para o hospital em questão, “ou ficam fazendo uma via-crúcis altamente rentável nas clínicas particulares, até chegarem em Barbacena” (FIRMINO, 2014, p. 31). Outro exemplo de local que, inicialmente, foi construído para desafogar o HCB mas passa a lotá-lo com transferências de pacientes, foi o Instituto Raul Soares (IRS), que iniciou seu funcionamento a partir de 1922 também em Belo Horizonte:

O Instituto Raul Soares passou também a padecer dos mesmos problemas de Barbacena, principalmente da superlotação, contra a qual passou a se defender através do processo das “transferências”. Transferências mensais ou bimensais de dezenas ou centenas de pacientes para Barbacena, também sem a preocupação com a existência de vagas naquele nosocômio. Os pacientes eram transferidos em grupo de 40-60, de uma só vez, em precárias condições por via férrea, nas frias madrugadas belo-horizontinas em direção à mais fria, ainda, Barbacena (MORETZSOHN, 1989, p. 115-116).

Vale ressaltar que o Instituto Raul Soares era o “único refúgio, além de Barbacena”, segundo Firmino (2014), de “todos os loucos pobres do estado. Os mendigos e os bêbados sem instituto, nome ou endereço” (FIRMINO, 2014, p. 39).

Mesmo com as construções de novos hospitais em outras cidades, assim como a sucessiva construção de novos Pavilhões⁷ no Hospital Colônia, o número de pacientes era sempre maior do que as vagas existentes, segundo Moretzsohn (1989, p. 117). E sobre os sujeitos que vinham transferidos regularmente para Barbacena, eles compõem uma cena, no mínimo, impactante.

É um espetáculo deveras deprimente que a população de Barbacena assiste constrangida, a passagem de doentes pelas ruas, mal vestidos, estropiados e contrafeitos, como se fossem levas de gado tangidos para o curral, em demanda do

monetizando-se para as clínicas particulares que viviam dos convênios com o INAMPS” (ASSIS, 2021, p. 56), sigla para Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Dessa forma, os atendimentos não seriam menos precários neste setor privado, havendo uma longa permanência de internação, taxas de mortalidade expressivas (ASSIS, 2021, p. 66), revelando também um descompromisso com o tratamento adequado aos pacientes.

⁷ Foram sete pavilhões destinados aos pacientes homens e nove para mulheres, todos construídos no decorrer do período da década de 20 até o final dos anos 60 (MORETZSOHN, 1989, p. 117).

Hospital que dista 2 ou 3 quilômetros da estação (ALVIM, 1956 *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 116).

Com isso, pairam algumas questões inevitáveis neste ponto do presente trabalho: quem eram estas pessoas ditas insanas, indigentes, loucas ou alienadas? O que as levava a serem encaminhadas, aparentemente em grande quantidade, ao Hospital Colônia de Barbacena?

2.2 Quem são os “loucos”?

Por meio de imagens expostas pelo Museu da Loucura, além das cenas vistas no documentário *Em nome da razão* (1979) e nas fotografias de Luiz Alfredo para *O Cruzeiro* (1961), foi possível observar uma grande similaridade entre a estrutura do HCB com a de uma prisão. Nos registros analisados, via-se sempre muitos muros, a presença de celas, além de pavilhões, enfermarias, cozinha e pátios cimentados. Tal caracterização condizia, por sua vez, com as convicções daquele momento, pois os internos que ali se encontravam, muitos eram tidos como casos irreversíveis e passíveis de transmitir uma loucura incurável. Assim, estes sujeitos reclusos eram tratados como agressivos e inadaptáveis ao meio social, o que vinha a servir como justificativa da exclusão.

Por exemplo, no artigo 13 do Decreto número 206-A de 15 de fevereiro de 1890, tem-se uma das primeiras demonstrações desse respaldo instituído para a internação. Nele consta que:

Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranquillidade pública, offenderem a moral e os bons costumes, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a própria, deverão ser collocadas em asylos especiaes, exclusivamente destinados á reclusão e ao tratamento de alienados (BRASIL, 1890).

Com isso, é possível deduzir que – junto ao que consta em leis como a n. 290 de 1900, ou no decreto 1.579 de 1903 – o perigo cria corpo na figura das pessoas que importunam a noção de ordem social e que precisariam de controle e segregação. Não por acaso, encontra-se na figura do psiquiatra “aquele que, a partir do pressuposto de que as intenções objetivas e subjetivas são louváveis, aplicará as diretrizes contidas na legislação vigente de forma a obter a organização racional do espaço hospitalar” (KYRILLOS; DUNKER, 2017, p. 958). Além disso, pode-se dizer que havia também uma arbitrariedade⁸ do poder médico em relação ao

⁸ Pensa-se, aqui, esta postura arbitrária não no sentido de uma conduta casual, mas sim de uma conduta médica que classifica e “trata” de acordo com princípios mais alinhados aos preceitos morais do que aos científicos.

sujeito internado e os tipos mais recorrentes que perdiam de forma absoluta o domínio de si, eram os que se encontravam “totalmente à margem dos direitos de cidadania, perdendo de forma absoluta o poder sobre o próprio corpo”, como explica Engel (1991/1992, p. 72). Vê-se que a rotulação dada aos sujeitos “loucos” se construía como o reflexo de uma demanda criada pela sociedade que, cada vez mais, ampliava sua concepção do que era a loucura em relação a uma escala moral.

Desse modo, entende-se que, em sua maioria, os internos eram quase sempre classificados como indigentes ou indesejáveis na sociedade, assim como descreve Arbex (2013, p. 23):

Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos [...] 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.

Este trecho de Arbex (2013), por sua vez, é percebido como uma descrição muito próxima ao que Foucault (1978) já escrevia em *História da Loucura*, quando afirma que a “devassidão, prodigalidade, ligação inconfessável, casamento vergonhoso: tudo isso está entre os motivos mais numerosos do internamento” (FOUCAULT, 1978, p. 104).

Acerca dessa precária maneira de “diagnosticar”, faz-se aqui uma menção à experiência de Lima Barreto em um hospício, a qual ele deixou registrada em manuscritos que, posteriormente, se tornaram o livro *Diário do Hospício: O Cemitério dos Vivos*. Estes relatos – misturam a realidade a histórias ficcionais que criou a partir de sua rotina – datam do período de 25 de dezembro de 1919 a 2 de fevereiro de 1920⁹, quando o escritor foi internado no Hospício Pedro II no Rio de Janeiro. Nas primeiras páginas podemos nos deparar com essa passagem:

Não me incomodo muito com o hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim tenho certeza que não sou louco, mas devido ao álcool, misturado com toda a espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material há seis anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura: delírio (LIMA BARRETO, 1993 [1920], p. 23).

⁹ Apesar do autor já ter sido internado por cerca de 2 meses anos antes, em 1914, também por consumo de álcool (ENGEL, 1991/1992, p. 66).

É importante ressaltar que Lima Barreto era um homem mestiço e de origem pobre, que transitou no mundo das letras e da ciência, chegando a frequentar a Escola Politécnica do Rio, mas que nunca chegou a concluir. Este recorte nos remete ao que ele diz sobre não ser louco, e que o consumo do álcool misturado às dificuldades materiais da vida o levavam eventualmente a apresentar delírio, sinais de loucura. Comportamentos e práticas que poderiam, por um lado, ser o reflexo de uma sociedade que acabava de abolir a escravização, mas que, por outro, caminhavam em um passo bem alinhado aos ideais eugenistas. De qualquer modo, a figura de Lima Barreto não escaparia aos critérios racistas e higienistas da psiquiatria da época.

Assim, acerca da compreensão sobre as características dos pacientes do HCB, de acordo com Assis (2021, p. 234), entre os anos de 1903 a 1979, “a população de internados no CHPB era composta por 27.134 mulheres sendo 24.138 indigentes e 1.821 seguradas. Homens internos somavam 66.878 dos quais 2.848 eram segurados e 64.030 eram indigentes”. Sobre estes dados da internação de uma maioria classificada como indigente, tomamos a fala de Basaglia (1985) que percorre um pensamento que alia a segregação destes sujeitos à, primeiramente, sua condição social e econômica acima da existência de alguma doença de fato. Novamente, ele questiona se é possível, neste contexto, a abordagem de um diagnóstico clínico derivado de dados científicos, “ou, antes trata-se de uma simples etiqueta que, por trás da aparência de um julgamento técnico-especializado, esconde, mais ou menos veladamente, um significado mais profundo: o da discriminação?” (BASAGLIA, 1985, p. 108).

Além disso, é importante ressaltar que havia também pensionistas que, ao longo do tempo, eram abandonados por seus familiares ou tutores financiadores de seus tratamentos e, por isso, passavam a ser indigentes e eram incluídos aos moldes deste grupo, ou seja, trabalhavam nas colônias e deixavam as acomodações destinadas a pacientes contribuintes.

A partir dessas descrições iniciais, desenha-se um panorama de quem eram estes sujeitos. São eles que, de alguma maneira, provocaram incômodos no mundo fora dos muros, sendo essas perturbações utilizadas como justificativas para que as pessoas mais próximas os submetessem ao confinamento e à institucionalização.

De certo modo, pode-se perceber que qualquer pessoa poderia verificar a insanidade de alguém, sendo a “triagem” inicial deixada a cargo de segmentos não-médicos, como a família e a polícia, revelando assim a concepção de loucura que era adotada e que explicava e legitimava as internações. Podemos constatar esta conduta no decreto 1.579 de 1903, no qual o trigésimo sétimo artigo nos revela quem eram as pessoas “competentes para requerer a admissão”:

I.O conjugue;
 II.O ascendente;
 III.O descendente;
 IV. O tutor ou curador;
 V. O chefe da corporação religiosa ou beneficente, a que pertencer o enfermo;
 VI. Os parentes proximos.
 (MINAS GERAIS, 1903 *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 19).

Em outro material, uma entrevista ao jornalista Hiram Firmino, em 1979, o diretor do IRS – instituição à qual nos referimos anteriormente que transferia assiduamente diversos pacientes ao HCB¹⁰ – conta sobre como os pacientes chegavam até o local, ressaltando que recebiam inclusive pessoas de outros estados, como Bahia e Amazonas. Ele afirma:

Ou são seus próprios parentes ou os vizinhos os trazem. A radiopatrulha, os destacamentos policiais de cada região. Aqui, a toda hora chega uma ambulância do interior ou uma camionete fretada pelas prefeituras. A maioria só tem o trabalho de deixar o indivíduo na portaria e vai embora, sem dizer nada. A gente não sabe nem a procedência dos doentes (FIRMINO, 2014, p. 42).

Goffman (1974, p. 117), por sua vez, também nos explica esta questão acerca do poder da sociedade sobre a internação dos seus:

[...] um psicótico é tolerado pela mulher, até que esta encontre um namorado, ou por seus filhos adultos até que se mudem de determinada casa ou determinado apartamento; um alcoólatra é enviado para o hospital de doentes mentais porque a cadeia está muito cheia, um viciado em tóxicos é internado porque se recusa aceitar tratamento existente fora do hospital; uma jovem adolescente rebelde é internada porque já não pode ser controlada em casa e ameaça ter um caso com um companheiro inadequado; e assim por diante.

Em resumo, estas citações nos auxiliam a pensar sobre como os tipos de encaminhamentos implicados nas gestões manicomiais seriam considerados parte do esperado. Acerca dessa questão, Fanon (2020, p. 276) descreve precisamente este cenário de uma corroboração social no ato da internação de uma pessoa. Ele explica que “o louco é aquele que é ‘estranho’ à sociedade”, e é, além disso, um elemento anárquico do qual a sociedade escolhe se livrar, e que, assim, “o internamento é a rejeição, o alijamento do enfermo”. Portanto, “o grupo social decide *se proteger* e tranca o doente” (FANON, 2020, p. 276, destaque da autora).

Além disso, ao instaurar uma associação da ideia de periculosidade à loucura, esta última passa a ser vista e atestada pelo Estado como um “perigo iminente para a ordem publica ou para o proprio enfermo” (BRASIL, 1904), de acordo com o artigo 171, do Decreto número

¹⁰ O diretor do Hospital Colônia, na época da entrevista dada a Firmino em 1978, relata que “90% dos casos vem de Belo Horizonte, Instituto Raul Soares” (FIRMINO, 2014, p. 59).

5.125 de 01 de fevereiro de 1904, sendo este um dos motivos para a prevalência da internação e, também, da recusa da saída desse sujeito confinado, mesmo que esta retirada fosse solicitada por quem requereu a reclusão.

Desse modo, entende-se que a pessoa submetida à internação estaria também subjugada aos respaldos propostos por meio dos dispositivos legais, estes que davam poder à instituição para decidir sobre sua permanência como interno. Ou seja, este sujeito institucionalizado era destituído de direitos sobre si. Para darmos continuidade à compreensão sobre quem seriam estas pessoas classificadas em grandes níveis de periculosidade ou inapropriação para viverem junto à sociedade, observemos mais alguns dados.

No que tange à questão da separação por gêneros dos internos no HCB, Silva (2008, p. 38) mostra, de acordo com dados coletados em registros de 1907 a 1970, que 74% eram homens, sendo 26% pacientes mulheres, dados que a autora recupera também a partir de sua pesquisa nos livros de registro do hospital. Apesar da instituição ter sido inaugurada em 1903, é apenas em 1904 que ela passa a receber internas do gênero feminino, pois é neste momento que há a conclusão de uma adaptação realizada no antigo prédio do Sanatório, para comportá-las no local. No entanto, esse número discrepante de homens em relação à quantidade de mulheres pode encontrar outras causas, por exemplo, quando, a partir da década de 30, o Hospital Oliveira torna-se exclusivo para mulheres, fazendo com que seus pacientes do gênero masculino fossem enviados para Barbacena, colaborando para a superlotação da instituição (SILVA, 2008, p. 39). Em Assis (2021, p. 235) – que também extraiu seus dados dos livros de registros do HCB, mas entre os anos de 1903 a 1979 – tem-se uma corroboração dos dados anteriores, pois o autor constata a prevalência de internos do gênero masculino entre quase oito décadas de instituição.

Quanto à idade mais comum entre as pessoas que viviam no hospital, Silva (2008, p. 39) aponta que a média geral era de 33 anos, não fugindo muito do que era a média da idade dos homens e das mulheres, 34 e 32 anos respectivamente. Já em Assis (2021), “a faixa etária entre 21 a 30 foi a de maior incidência de pacientes. Seguem-se as de 31 a 40 e a faixa de 41 a 50” (ASSIS, 2021, p. 237), dados também muito próximos aos resultados encontrados por Silva (2008).

Além disso, houve uma atenção dedicada ao estado civil dos pacientes, sobre o qual a predominância era de solteiros (SILVA, 2008; ASSIS, 2021). No entanto, Assis (2021, p. 254) constata um recorte de gênero nos dados obtidos acerca do estado civil:

[em relação aos] pacientes segurados pode-se observar que o maior contingente de internos dessa categoria era constituído por homens solteiros. Quanto ao gênero feminino, eram casadas em sua maioria. Em não havendo nenhuma explicação clínica

para esse fenômeno, essa informação nos remete ao modo como eram tratadas as mulheres em nossa sociedade.

Pode-se dizer que, sobretudo quanto às mulheres, o fato de um homem – fosse ele um marido, irmão ou outro parente – as enviarem para o Hospital, poderia significar a manutenção dessa estadia durante sua vida inteira. Alguns relatos colhidos da visita ao Museu da Loucura, e também do documentário de Arbex e Mendz (2016), explicitam que havia recorrentes situações de homens que internavam suas esposas ou parentes por motivos diversos, inclusive para poderem manter casos extraconjugais, não assumirem uma gravidez indesejada ou, até mesmo, devido a questões de disputas de bens e heranças. Seria, portanto, a demonstração de uma época na qual havia muito menos constrangimento na manutenção da subordinação do gênero feminino¹¹.

Se, por um lado, o recorte de gênero como motivação para os internamentos no Hospital Colônia se fazia muito presente, por outro, considera-se também os traços de uma sociedade, que além de machista e patriarcal, mostrava-se evidentemente racista.

2.3 O retrato de uma loucura racializada

Havia também nos livros de registros de entrada do hospital um campo intitulado “sinais físicos e fisionômicos”, no qual encontrava-se descrito apenas a cor dos internos (SILVA, 2008). Nos dados coletados, vê-se que a maioria das internações eram de pessoas brancas e pardas, sendo a minoria classificada como pessoas pretas. De acordo com Assis (2021), obteve-se, em seu levantamento, resultados similares, observando a prevalência de brancos, sobretudo ao analisar os dados dos pacientes pensionistas. No entanto, ele realiza um recorte importante, constatando que, quanto às mulheres indigentes, “apesar de se manter o padrão dos segurados, diminui-se a proporção entre as cores com um ligeiro aumento entre as pacientes pardas e negras chegando a se observar a superação dos pardos em relação aos brancos nos anos de 1927 e 1928” (ASSIS, 2021, p. 249); e quanto aos homens indigentes, “observa-se que pardos superaram os brancos por um período considerável, principalmente na década de 40 e 60 do sec. XX, no restante do período, para os homens indigentes, pardos e negros estavam mais equiparados aos brancos” (ASSIS, 2021, p. 249). De todo modo, ambas as literaturas (SILVA,

¹¹ Pensa-se este ponto a partir do parâmetro de que ainda vivemos em uma sociedade em que existem disparidades de poder de acordo com o gênero, a classe e a raça. Entende-se, assim, que a lógica manicomial não escapa de amparar e reproduzir as violências presentes em nosso meio.

2008; ASSIS, 2021) afirmam resultados numéricos que demonstram a aparição de mais brancos.

Por outro lado, abre-se aqui a possibilidade para uma análise de que, somando a quantidade de pessoas classificadas como pardas e pretas, entende-se que a internação, de todo modo, ocorria majoritariamente com pessoas negras, tendo em vista este como um enquadramento possível na somatória para essas duas classificações de cor (pardas e pretas) (DAVID; VICENTIN, 2020, p. 117). Para isso, nos utilizamos também da perspectiva de Gonzalez (1988) acerca da formação sobre “uma América Africana cuja latinidade, por inexistente, teve trocado o t pelo d [...] América ladina [...] Nesse contexto, todos os brasileiros (e não apenas os ‘pretos’ e os ‘pardos’ do IBGE) são ladinoamefricanos [...]” (GONZALEZ, 1988, p. 69). Desse modo, propõe-se uma leitura em uma direção oposta à política de branqueamento revestida na roupagem dos projetos de higienização social, sobretudo quando abordamos o período do final do século XIX para o XX, recorte mais recorrente nesta pesquisa.

Nesse sentido, entende-se também que a existência de um número superior de pacientes negros se alinhava ao fato de que, naquele momento da história, a insanidade era acompanhada de convicções que afirmavam que “negros e, sobretudo, mestiços predispunham-se à loucura por serem povos degenerados por definição” (ENGEL, 1998/1999, p. 552).

Em visita ao Hospital Colônia de Barbacena, Firmino (2014) faz, em um trecho, a descrição do que vê ao visitar um pavilhão masculino da instituição, ele diz acerca dos internos: “Andam pra lá e pra cá como bonecos animados, sem opinião. *A maioria é de cor preta*. Todas as idades. Meninos, rapazes e homens velhos, de cabelos totalmente brancos” (FIRMINO, 2014, p. 67, destaque da autora).

Com isso, entende-se que o marcador racial na presente discussão é de grande relevância para a compreensão de como se dava a dinâmica de quais corpos eram aprisionados, uma vez que o Brasil carrega os impactos sociais da herança da escravização de pessoas negras, de modo que os rastros deixados são refletidos nas construções das instituições manicomial e nas direções dos tratamentos calcados na degeneração e na eugenia – que analisaremos adiante.

Historicamente, muito recente e próximo ao início das construções dos manicômios, o modelo de escravidão brasileiro tem sua abolição em 1888, mas segue colhendo frutos em outros moldes de segregação e violência por meio do racismo estrutural. Este último, por sua vez, se configura devido à própria formatação social, ou seja, o racismo vem “do modo ‘normal’ com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional” (ALMEIDA, 2019, p. 33).

Assim como vimos acima, a descrição sobre o que Firmino (2014) enxergava ao se deparar com o pátio de um pavilhão do HCB no final dos anos 70, no início do século XX, Lima Barreto já narrava o que via no Pedro II, uma denúncia do racismo perpetuado no Brasil. Ele escreve:

Na secção Pinel, num pátio que ficavam os mais insuportáveis, dez por cento deles andava nu ou seminu. Esse pátio é cousa horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. *O negro é a cor mais cortante*, mais impressionante; e contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento (BARRETO, 1993, p. 147, destaque da autora).

Desse modo, partimos da compreensão de que os critérios diagnósticos que respaldavam a internação de diversos sujeitos andavam de mãos dadas com o racismo e, por este motivo, é imprescindível *racializarmos* a história da loucura em nosso país (PASSOS, 2018, p. 17). Isso porque o recorte em torno do quesito raça/cor “é uma ferramenta que permite a mensuração e a apresentação dessas iniquidades” (DAVID; VICENTIN, 2020, p. 115), sobretudo quando se compreende que isto não está alienado ao fato de haver diferentes condições de acesso e tratamento à saúde para diferentes raças e que a realização destas distinções é estruturada historicamente.

Assim, Costa (2006) afirma que, para tornar verossímil a instalação de uma prevenção à incidência de doenças mentais, a instauração da ideologia eugênica se fez conveniente e, com sua repercussão de cunho “intelectual”, ofereceu voz a “ruidosas ideologias racistas, xenófobas e autoritárias, que exprimiam pura e simplesmente as aspirações políticos sociais de alguns psiquiatras” (COSTA, 2006, p. 09).

2.4 As políticas de higienização social

Inicialmente, é relevante pontuar que a concepção de loucura enquanto doença se institui como tal no Ocidente ao final do século XVIII e se consolida de fato no século XIX (ENGEL, 1991/1992, p. 66). Sobre a degeneração, Silva (2008, p. 23) explica que ela decorre de uma categoria elaborada por alienistas franceses ao final do século XIX que, por sua vez, muito influenciaram a psiquiatria brasileira. A categoria de degenerados surge como uma compreensão dos transtornos mentais, partindo da ideia de que haveria uma predisposição racial e hereditária como uma das principais causas da alienação, conferindo a qualquer episódio um indício de loucura e suspensão da razão, estando relacionado a “comportamentos desviantes”,

aliando-se à noção da época do que seriam comportamentos aceitáveis socialmente ou não. Dessa maneira, a definição médica da loucura é alargada devido às perspectivas da teoria da degenerescência e, assim, torna-se um instrumento eficaz para abrir espaço às políticas de higienização (ENGEL, 1991/1992, p. 66).

Cabe trazer uma aproximação com o que Foucault (1991) chamou de “a grande internação” que, em termos gerais, baseia-se em condutas¹² que produzem a segregação de sujeitos que atrapalhariam a ordem social de alguma maneira. A lógica da internação, diferindo dos moldes de aprisionamento da Idade Média, torna-se “uma criação institucional própria ao século XVII” (FOUCAULT, 1991, p. 89). Neste sentido, a instauração da internação, como medida de precaução sobre a ordem civil, passa a influenciar diretamente como as pessoas deixadas à margem econômica e social eram vistas. Assim,

na história do desatino, ela [a internação] designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (FOUCAULT, 1991, p. 89).

Desse modo, a grande internação englobava o confinamento de pobres, desempregados, pessoas em situação de rua, ou seja, “sujeitos fora da ordem” ao olhar das classes vigentes da época. Este sistema de exclusão já possuía, neste momento da história, funções aliadas à disciplina dos corpos e também à concepção da realização de trabalhos para a manutenção da instituição e da cidade. Foucault (1991) inclusive relembra e faz uma comparação com a finalidade dos antigos leprosários, que realizavam o confinamento em um sentido médico; e quanto aos métodos que giravam em torno das internações, “o gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais” (FOUCAULT, 1991, p. 61).

Faz-se relevante esta retomada da leitura foucaultiana, uma vez que, com isto, entende-se que ainda há semelhanças com os rumos escolhidos pela instauração da ideia de degeneração, dois séculos depois. As concepções de diagnóstico e tratamento utilizadas nos séculos XIX e XX – épocas que mais recorrem na investigação para este trabalho – ainda se mostram alinhados aos pensamentos do que Foucault designou como a grande internação¹³.

¹² Mais especificamente a partir de 1656 com o decreto da fundação do Hospital Geral em Paris e que, em um primeiro momento, “tratava-se apenas de uma reforma – uma reorganização administrativa” (FOUCAULT, 1991, p. 56).

¹³ Observa-se, a partir disto, a importância de identificar as sutilezas das repetições que aparecem nos dados históricos para que, assim, seja possível perceber a lógica manicomial atravessando o tempo e se atualizando em outros moldes.

Ao final do século XIX, – próximo de quando se dá início à construção do HCB – a degeneração mental se implicava como um diagnóstico dado por meio de uma observação médica minuciosa acerca das condições e da trajetória do sujeito e sua família, pois as causas da degeneração poderiam ser tanto naturais como sociomorais (CARRARA, 1998, p. 86). Sendo assim, a ideia de degeneração trazia uma considerável ampliação das possibilidades de enquadrar diversos tipos de comportamentos como sendo patológicos.

Diversas áreas e instituições como a medicina social, a conduta do alienismo, a engenharia, assim como a polícia, de acordo com Cunha (2022, p. 42), uniram esforços em direção à construção de uma cidade “higienizada”, e que, ao estar limpa, estaria também livre de perigos, um alcance que, por sua vez, indicaria o êxito das classes dirigentes.

Sobre este êxito, retoma-se que, com a abolição da escravatura no Brasil, ainda se impunha uma lógica de subordinação da população negra ao mito de uma superioridade branca, instaurada pelos brancos “para poder continuar explorando economicamente os negros” e isso se deu pela manutenção de uma falaciosa lógica de hierarquia biológica das raças (COSTA, 2006, p. 107). Assim,

A arianização do povo brasileiro era a tradução científica da ideologia do embranquecimento racial. Os intelectuais ao mesmo tempo que afirmavam a inferioridade biológica dos negros, preconizavam a miscigenação racial como meio de absorção das etnias inferiores (COSTA, 2006, p. 107).

Dito isto, os estudos que traziam para o campo da ciência justificativas para a contínua inferiorização de pessoas negras passavam pela análise de traços tidos como “constitutivos da personalidade do mestiço” (COSTA, 2006, p. 107). Aqui, observa-se um estudo da década de 30 que, supostamente, ilustraria estes pontos ditos como característicos de uma pessoa não-branca:

Assimetria moral e física; incoordenação e incoerência moral; falta de senso de continuidade; falta de energia do querer; falta de pertinácia, de vontade; falta de capacidade de espera; apatia e impulsividade; conduta zigzagueante, irregular, descontínua, imprevista; indiferença e quietismo; oscilação de apatia ao frenesi etc. (VIANA, 1933 *apud* COSTA, 2006, p. 107-108).

Estas atribuições, por sua vez, refletiam, na realidade, a desresponsabilização do Estado perante as populações degradadas pela sua gestão historicamente racista. A população negra estava legalmente livre do modelo da escravatura, mas também estava desamparada econômica e socialmente, sujeita a diversos sofrimentos psíquicos ocasionados pela histórica e contínua opressão e submissão. Havia, portanto, uma estigmatização que relacionava as pessoas negras

às doenças, pelo viés da predisposição genética e não pela via das consequências de uma cultura racista, produzindo-se, assim, diversos diagnósticos à revelia.

É dessa forma que este ponto reflete em um aumento do número de internamentos na Europa e, posteriormente, no Brasil. Como escreve Silva (2008, p. 23), a degeneração – assim como outras categorias semelhantes a ela e que a precedem – representam

o alargamento das fronteiras da anormalidade. Mesmo não sendo utilizadas em todos os padrões classificatórios produzidos, ou mesmo que não tenham promovido um consenso no meio psiquiátrico, essas duas categorias influenciaram ideologicamente a maioria das classificações nosológicas e dos internamentos psiquiátricos realizados ao longo do século XIX e até a primeira metade do século XX.

Já em 1923, Gustavo Riedel funda a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) que “sintetiza as concepções científicas e as posturas políticas que embalavam a questão psiquiátrica do Brasil no princípio do século XX” (SILVA, 2008, p. 59). Sendo a loucura e a degeneração metáforas da desordem, a psiquiatria seria, portanto, a propulsora da ordem e da estabilidade, como aponta Cunha (2022, p. 263) e, dessa forma, de acordo com Costa (2006, p. 17), se estabelece uma aliança científica entre a psiquiatria e as razões do Estado. Isso porque era conveniente e confortável para o Estado ter a possibilidade de se apoiar em “um conhecimento que permitisse à sociedade manter-se ordenada e que recolhesse seus membros desviantes, sejam loucos ou criminosos” (SILVA, 2008, p. 59), sendo todos afastados dos olhares públicos.

Se, por um lado, a psiquiatria seria a representação de um saber que deliberaria acerca do que é normal ou não, por outro, Engel (1991/1992) explica que a eficiência dos médicos brasileiros estaria atravessada pela presença de um “vício mental” que seria promovido por atitudes do entorno do profissional que o isentariam – nesta época – de qualquer questionamento sobre sua palavra, “atitudes estas cuja permanência seria assegurada pela tradição das academias e Universidades brasileiras [...]” (ENGEL, 1991/1992, p. 67).

De um modo geral, a LBHM visava à prevenção do alastramento das doenças mentais e, para isso, atuava no controle de diversas medidas, seriam elas em relação à reprodução humana, a exames pré-nupciais, controle de imigração, entre outros fatores elucidados que eram caracterizados como passíveis de intervenção, prevenindo (de acordo com o pensamento proposto na época) a incidência das doenças mentais, ao recorrer-se às noções de higiene psíquica e racial (COSTA, 2006, p. 09). Com isso, vê-se que a noção de superioridade de raça e degeneração permearam fortemente o discurso da LBHM e serviram como explicação e respaldos para suas ações e tratamentos.

O conhecimento estabelecido pela Liga se dava por meio da ideia de eugenia, sendo a base de seus fundamentos caucionada pelo corpo teórico da Psiquiatria organicista¹⁴ (COSTA, 2006, p. 26). Neste ponto de vista eugenista, a transmissão hereditária se fazia o meio pelo qual as doenças mentais eram passadas de um sujeito ao outro, sendo o extermínio, a esterilização e a segregação formas eleitas de prevenção (COSTA, 2006). Desse modo, também se demonstra que a prevenção eugênica se sustentava numa exigência cultural e não apenas pela teoria psiquiátrica em si (COSTA, 2006, p. 28).

Costa (2006) explica que, particularmente nos anos 30, a Psiquiatria brasileira aliava a prevalência de diversos tipos de transtornos mentais a uma especificidade étnica, cuja população negra seria “muito mais atingida por doenças mentais de origem toxinfeciosa (sífilis e alcoolismo)” (COSTA, 2006, p. 111) e, além disso, atribuía-se aos negros uma propensão ao alcoolismo devido a uma “herança racial” (COSTA, 2006, p. 112). Com isso, novamente, vê-se a isenção de responsabilidade social sobre as consequências que recaem em uma população violentada em diversos âmbitos, colocando-se, assim, causas biológicas aliadas à raça para que se respaldasse o argumento de higienização proposto pela LBHM.

Entende-se que a eugenia se incorporava ao discurso de proteção social, e é possível observar que esta ideia se dava também com a lógica de uma sociedade que procurava se proteger de partes de si mesma. Por exemplo, em uma mensagem emitida pelo então governador de Minas Gerais, Arthur da Silva Bernardes, dirigida ao Congresso Mineiro em 1920, há menção à reforma pela qual a Assistência teria de passar, além de afirmar que reconhece o “meritório” esforço do Estado até o momento na “protecção dos doentes mentaes e, *sobretudo, da sociedade*” (BERNARDES, 1920 *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 27, destaque da autora).

Resgata-se também o decreto 6.169 de 31 de agosto de 1922, realizado para reiterar a autorização da reforma do HCB, a então Assistência de Alienados. Nele constava no artigo primeiro o reconhecimento da instituição como um departamento da saúde pública e que, com isso, ela teria como principal finalidade “socorrer as pessoas que necessitarem de tratamento em consequência de alienação mental, *defender a sociedade contra os actos mórbidos das mesmas*, combater, pelos meios mais adequados, os factores psychopathologicos geraes [...]” (MINAS GERAIS, 1922 *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 31, destaque da autora).

Ressaltamos os trechos “sobretudo, da sociedade” e “defender a sociedade contra os actos mórbidos das mesmas”, pois, entende-se que seria por este viés que os discursos sobre as

¹⁴ Trata-se de uma das grandes vertentes aliadas ao saber psiquiátrico no Brasil no século XX e tinha como foco a busca de causas orgânicas para as doenças psíquicas.

ideias de degeneração e de eugenia eram difundidos, de modos diferentes, mas com este mesmo seguimento de que as ações de exclusão e negligência se validariam devido ao fato de que assim uma parcela da sociedade estaria protegida. Uma “proteção” que, por sua vez, se fundava em pensamentos racistas, machistas, capacitistas e realizada em prol de um grupo e em detrimento de outros.

A eugenia, portanto, pretendia discernir aquilo que não era belo ou compatível com o grau de civilidade que se buscava atingir, e tudo que fugisse aos padrões da época não cabia nas cidades. Dessa maneira, realizava-se um redimensionamento das políticas de controle social que influenciou diretamente na ampliação e na construção de locais que comportassem os corpos segregados e “não-cíveis”, instituições como os manicômios. Estes sujeitos indesejáveis ficariam – seguindo a lógica de higienização da época – longe dos olhares da sociedade, “tanto que um dos setores do hospital [Colônia de Barbacena] distava cerca de 6 km do centro da cidade, o que para os padrões da época era muito longe” (KYRILLOS; DUNKER, 2017, p. 961). Neste sentido, o distanciamento por meio da prática da internação designa, de acordo com Foucault (1991), uma nova maneira de reagir diante da miséria, ou seja, “um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência” (FOUCAULT, 1991, p. 64).

Adotando as bases das ideias eugenistas, a LBHM passa, então, a disseminar artigos e elaborações sobre educação e moral, e a atribuir também aos médicos a função de formadores e guardiões de uma sociedade salubre e saudável, isto quer dizer, uma sociedade livre dos sujeitos indesejáveis e incômodos. Assim, a tendência instaurada seria a de que uma simples característica do modo de agir de algumas pessoas traduzia-se, no entendimento psiquiátrico, como um indicativo de anomalia, sendo identificado como uma degeneração, de acordo com Engel (2001, p. 156). A partir desta lógica, associavam-se questões étnicas e culturais aos problemas psiquiátricos, pressupondo que as primeiras seriam problemas a serem eliminados, incorporando à LBHM preconceitos revestidos de um saber científico.

Preocupando-se cada vez mais com uma necessidade de prevenção constante da sociedade, é apagada a atenção com o sujeito em detrimento da preocupação ampliada para com a saúde do corpo social. Esta conduta encontrada nas bases do pensamento eugênico, difundida pela Liga Brasileira de Higiene Mental, faz-se relevante para pensarmos os mecanismos de exclusão e recalcamento no decorrer deste trabalho.

Em resumo, resgatar os preceitos da Liga nos ajuda a compreender suas influências na psiquiatria entre as décadas de 20 e 30, e como é possível vermos um paralelo entre o que passa a acontecer no Colônia a partir de 1934, “o início de uma crise”, como nomeado pela história

contada no Museu da Loucura. Ademais, sabe-se que o hospital teve condutas eugenistas, pois – para além do fato de ser um dos direcionamentos mais presentes naquele momento e ser “esperado” que se pensasse por este viés – há trechos que ilustram essa dinâmica, como este do decreto 6.169 de 1922 no artigo oitavo, parágrafo segundo: “Os directores dos estabelecimentos poderão instituir conferencias publicas, mensaes, sobre *assumptos de eugenia*, feitas em linguagem simples e destinadas a apurar as qualidades da raça, obstando sua degeneração” (MINAS GERAIS, 1922 *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 32, destaque da autora).

Retoma-se aqui o fato de que este período no HCB é marcado pelo aumento do número de pacientes e da progressiva escassez de condições e saneamento no Hospital, e acerca da superlotação da instituição, encontra-se a consequência do discurso disseminado pela LBHM, no qual o trabalho da prevenção e o medo da imprevisibilidade da loucura recaíam sobre o alargamento das fronteiras da anormalidade.

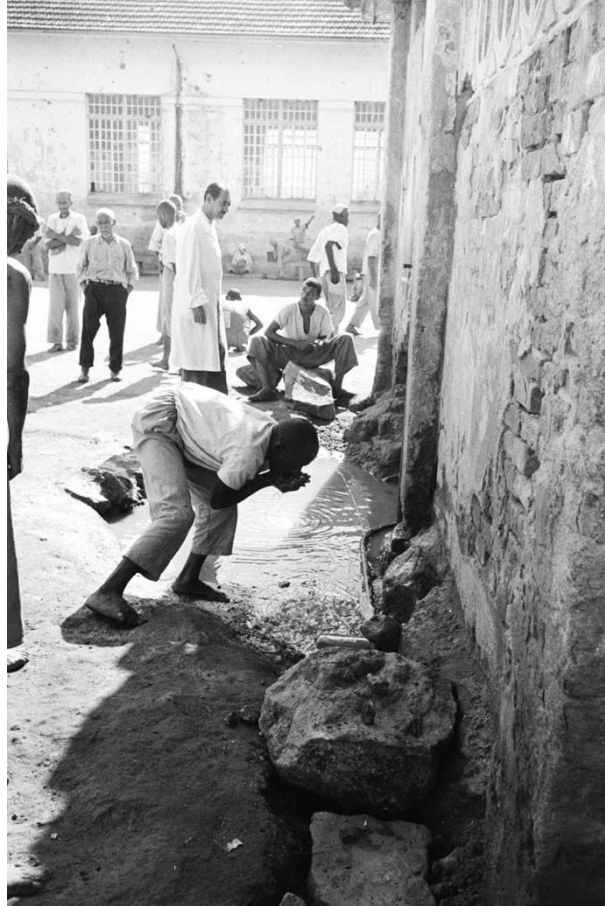
Em outras palavras, a ação empreendida pela ideologia eugenista, por meio da Liga, limpava uma sociedade que buscava se ver livre de determinadas pessoas, ao mesmo tempo que lotava os pavilhões de instituições como o Hospital Colônia. Sobre esta questão, Foucault (1978) nos explica acerca do sentido do internamento, dizendo que “se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos, há apenas um passo” (FOUCAULT, 1978, p. 90) e conclui que o internamento seria o modo eleito para eliminar o “a-sociais”.

Assim, como já foi debatido, a ampliação da classificação diagnóstica e, conseqüentemente, o crescimento do número de internações refletiam em crises institucionais no HCB. Viu-se, inclusive, que por volta da década de 30, sua capacidade física e orçamentária passava a não comportar adequadamente os internos que lá viviam. Dessa forma, começam a ser notadas as conseqüências desta internação ininterrupta de pessoas na instituição. Tem-se como um dos reflexos disto, em 1959, a substituição de camas por capim, oficialmente proferida por José Consenso Filho, chefe do Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica de Minas Gerais (ARBEX, 2013, p. 25). Não bastando a adoção deste sistema no HCB, ainda segundo a autora, o modelo de leito-chão foi recomendado pelo Poder Público para outros hospitais mineiros.

À medida que os internamentos aumentavam, as condições de higiene do Hospital tornavam-se mais precárias. No artigo de José Nicolau de 1961 na revista *O Cruzeiro*, que pôde ser consultado por meio da citação de Magro Filho (1992), compreende-se que o impacto do cenário ao chegar na instituição, era indescritível, o mau cheiro impregnava o pátio do local,

assim como corredores e galpões. Havia encanamentos arrebitados que deixavam escapar detritos de esgoto, os quais os internos acessavam (MAGRO FILHO, 1992, p. 139).

Figura 2 – Foto de um paciente acessando o esgoto do Hospital



Fonte: Compilação da autora¹⁵.

Desse modo, pensando nas características e condições vividas diariamente pelos sujeitos internos no HCB, se faz relevante compreender as formas de saída do hospital. Silva (2008, p. 45) constata que 2% dos pacientes saíam da instituição, pois eram transferidos; 3% não registravam motivo de saída; 4% por evasão; 10% devido à alta licenciada; 13% por alta a pedido; 21% por alta hospitalar e 47% saíam mortos. Já em Assis (2021), realizou-se a extração dos dados com um recorte e resultados um pouco diferentes, mas igualmente interessante para a presente pesquisa. Ele descreve que, entre os anos analisados, 1903 a 1979, o HCB recebeu 91.905 pacientes e, entre esse total, obtiveram-se os seguintes dados:

1. Pacientes sem diagnóstico – 20.712 (30%);
2. Altas a pedido – 13.616 (14,5%);

¹⁵ Autoria de Luiz Alfredo (1961). Disponível em: <https://testemunhaocular.ims.com.br/2022/05/21/luiz-alfredo/>
Acesso em: 11 ago. 2023.

3. Altas licenciadas – 10.242 (11%)
 4. Altas hospitalares (curado) – 15.216 (16,5%);
 5. Evasões – 7.511 (8%);
 6. Reinternações – 41.843 (44,5%);
 7. Óbitos – 18.802 (20%).
 8. Dados Ilegíveis – 4.477 (5%);
 9. Crianças Nascidas no CHPB – 465 (0,35%)
 - 9.1 Óbitos de Crianças – 230 (49%)
 - 9.2 Crianças Retiradas do CHPB – 235 (51%)
- (ASSIS, 2021, p. 229).

O que nos chama a atenção, a princípio, são as taxas de óbitos que diferem consideravelmente entre ambos os autores. Este fator pode ser atribuído a alguns contextos, como: diferentes recortes temporais para as análises apresentadas, métodos distintos para o processamento dos dados em suas pesquisas e também devido à ausência de diversos dados nos livros de registros do Hospital¹⁶. De todo modo, os números em Silva (2008) e Assis (2021) mostram-se expressivos, sendo considerados altos para um Hospital que se propunha a cuidar de transtornos mentais. Nessa perspectiva, este dado acerca dos óbitos, de alguma forma, faz sentido quando pensamos que a instituição se tratava de um hospital que possuía em seu domínio um cemitério.

Com isso, faz-se uma reflexão acerca da significativa quantidade de reinternações, pois este número remete a uma realidade de manutenção incessante de diversos sujeitos em um âmbito de exclusão que – como vimos até o momento – não oferecia condições favoráveis para que existisse qualquer qualidade de vida. Além disso, a taxa de pacientes sem diagnóstico pode nos revelar – além da possibilidade da ausência de constância no preenchimento correto dos dados dos pacientes – uma impossibilidade de adequação aos tratamentos aconselhados (ASSIS, 2021, p. 270). Assim,

Tendo em vista o contingente de pacientes na situação sem diagnóstico podemos deduzir que esse quesito legal não se aplicava com a presteza necessária. Os pacientes eram acolhidos ao tratamento, venciam o prazo de observação e mesmo assim permaneciam sob a tutela institucional (ASSIS, 2021, p. 270).

2.5 As denúncias e a reforma psiquiátrica

¹⁶ Sobre este último fator, houve a possibilidade de contato com a Coordenação do Núcleo de Pesquisa do CHPB – local que é responsável pelos antigos livros de registros do Hospital, atualmente tombados – e foi informado que os dados são recorrentemente faltantes. Não havia um registro coeso de cada paciente, podendo às vezes conter apenas o nome do interno, mas não as datas de entrada, saída ou reinternações. Além disso, também de acordo com a coordenação, havia casos em que os familiares registravam os parentes internos com outro nome para não serem identificados e também outras situações em que os pacientes chegavam à instituição sem saber sua origem e eram apelidados com nomes comuns – como “Maria” – pelos próprios funcionários do HCB.

Diversos jornalistas e pesquisadores fizeram o papel de contar sobre a realidade da instituição. A primeira denúncia teria sido feita em maio de 1961, quando a cidade de Barbacena vem a ser chamada como “Sucursal do inferno” na revista *O Cruzeiro*, pelo repórter José Franco, uma reportagem que era acompanhada de fotografias feitas de dentro do Hospital por Luiz Alfredo Ferreira, surpreendendo a sociedade com as denúncias e as imagens das condições desumanas nas quais sobreviviam os internos no HCB. O então governador do estado de Minas Gerais, Magalhães Pinto, encaminhou, em 1962, uma mensagem à Assembleia Legislativa sobre a repercussão do que acontecia em Barbacena, na qual dizia:

O que ocorria no Hospital Colônia de Barbacena, divulgado pela imprensa de Minas e do País, estremeceu a opinião pública: pacientes, na mais deprimente promiscuidade, superlotavam pavilhões e pátios, sem as mínimas condições de higiene. Faltavam-lhes o vestuário, dormiam sob montes de capim junto aos insanos tuberculosos ou leprosos. Expostos a todos os tipos de doenças, com deficiência de alimentação e sem assistência médica, ressentiam-se da falta de medicamentos (MAGALHÃES PINTO, 1962 *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 107).

No entanto, segundo Bergamini (2020, p. 27), tal repercussão foi esquecida, não gerando mais discussões por quase 20 anos, fato que se deu, provavelmente, devido às construções de outros hospitais psiquiátricos na época em Montes Claros, Uberaba, Varginha e Leopoldina. Apesar da reconhecida superlotação dos hospitais de Belo Horizonte, Barbacena, Oliveira e até mesmo do recém-inaugurado Hospital Galba Veloso, o investimento na construção de mais instituições de exclusão era visto como “melhoramento”, de acordo com o antigo governador de Minas Gerais em uma outra mensagem, de 1963, também proferida à Assembleia Legislativa:

A assistência aos psicopatas beneficiou-se com os melhoramentos introduzidos nos antigos hospitais de Belo Horizonte, Barbacena e Oliveira, bem assim com a conclusão das obras e início de funcionamento do novo Hospital Galba Veloso [...] Continua premente o problema da superlotação dos hospitais psiquiátricos [...] até o novo Galba Veloso já se acha com sua lotação completa. Para obviar à deficiência, faz-se indispensável o prosseguimento das obras dos hospitais regionais de Montes Claros e Uberaba, para os quais foram obtidos recursos federais, e também das iniciadas em Varginha e Leopoldina, bem como da ampliação da casa de saúde localizada em Oliveira (MAGALHÃES PINTO, 1962 *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 108).

Figura 3 - Páginas da reportagem “Hospício de Barbacena: Sucursal do Inferno”



Fonte: elaboração própria (2021).

Já em setembro de 1979, uma série de reportagens intituladas “Nos porões da loucura” são publicadas no jornal *Estado de Minas*, pelo repórter Hiram Firmino; nelas, ele descreve as atrocidades sofridas pelos internos. Com isso, no mês seguinte a essas publicações, o cineasta Helvécio Raton realiza seu documentário *Em nome da razão*, no qual podemos ver as imagens de um cotidiano de negligência e maus-tratos.

Apesar do enfoque deste trabalho ser feito no recorte da história do Hospital Colônia de Barbacena, vale ressaltar que outras instituições psiquiátricas no Brasil também foram denunciadas, pois demonstravam um percurso muito similar ao HCB no que diz respeito às más condições colocadas aos pacientes. Silva (2008, p. 72) explica que o Hospital Pedro II, o Juquery e o Azylo Central de Barbacena (o HCB) foram todos criados com o propósito de atender às demandas que as Santas Casas de Misericórdia e prisões não suportavam mais. Há, inclusive, também nos anos 30 – assim como foi relatado nessa mesma época no Hospital Colônia – uma crise institucional no Juquery, sendo alvo de denúncias por condições degradantes nas quais viviam os internos (SILVA, 2008, p. 72). Essa questão, que nos leva a pensar brevemente sobre a não exclusividade do HCB em ser uma instituição insalubre que foi denunciada por diversos momentos, também nos guia à compreensão de como se inicia o

processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Acerca deste movimento que se levanta contra os moldes das instituições de tratamento da saúde mental, vê-se que

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 151).

Esta movimentação surge dentro de um momento, como diz Amarante (1995), de redemocratização, no qual a estratégia autoritária da ditadura passa a defrontar-se com o seu fim e o afrouxamento da censura torna mais transparente as insatisfações sociais e a participação política dos cidadãos que, por sua vez, colocam em questão a estrutura e a organização do poder, além das políticas sociais, econômicas e as condições de trabalho. Ainda de acordo com o autor, “nesta conjuntura, crescem os movimentos sociais de oposição à ditadura militar, que começam a demandar serviços e melhorias de condições de vida” (AMARANTE, 1995, p. 154).

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica brasileira nasce como um processo que se inicia, principalmente, por meio do surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), “que desempenha, durante um longo período, o principal papel, tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas” (AMARANTE, 1995, p. 152).

Neste momento começa-se a pensar criticamente sobre a natureza e a função que as práticas psiquiátricas, e também psicológicas, tinham sobre a sociedade. Portanto, é a partir destas organizações que surgem, gradativamente, ao final da década de 70 e durante os anos 80, as denúncias de violência e negligências, assim como a consciência da “utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante” (AMARANTE, 1995, p. 155).

A Reforma Psiquiátrica, então, nascendo como movimento, se posicionava pela desconstrução da institucionalização e contra o papel normalizador das instituições, não apenas pela “desospitalização” (AMARANTE, 1995, p. 164) que, apesar de ser um fator incluso nas premissas do processo de mudanças, é importante ressaltar que não se fazia o único, nem a solução principal.

O início da desinstitucionalização é marcado pelo I Congresso Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, é nele que “é tomada a decisão de realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, em dezembro do mesmo ano, quando é

construído o lema 'por uma sociedade sem manicômios'" (AMARANTE, 1995, p. 161). Nesta direção, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, além do início dos primeiros processos de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, da criação de Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e, também, elabora-se o Projeto de Lei 3.657/89 (AMARANTE, 1995, p. 161). Com isso, faz-se um cenário da construção de um novo projeto de cuidado da saúde mental no Brasil.

Assim, carregando diversas denúncias, em paralelo às situações similares encontradas em outras instituições psiquiátricas no país e as mudanças que estavam sendo desenhadas, vê-se um cenário no HCB ser colocado em xeque. As denúncias e as movimentações que progressivamente tomavam forma, em conjunto, pressionavam o governo na época. Juntamente a essas organizações, vale notar que a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia foi também “responsável pela projeção internacional da revelação daquelas condições desumanas” (BERGAMINI, 2020, p. 107). Como propõe Silva (2008):

Com certeza a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia foi muito importante para essa divulgação, além do que, em 1979, o movimento internacional de luta antimanicomial já possuía raízes fortes e um considerável alcance aos veículos de informação públicos (SILVA, 2008, p. 69).

Mas foi apenas em 2001 – com o passar de quase 40 anos desde a primeira denúncia sobre o HCB nos anos 60 – que foi promulgada a Lei Federal número 10.216, baseada no projeto do deputado federal Paulo Delgado. Esta lei, após passar por uma tramitação de 12 anos, instaura a regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, assim como o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos, proibindo a construção deles e vetando também o financiamento estatal de leitos em hospitais privados, nesta modalidade (BERGAMINI, 2020, p. 109).

Em resumo, com as significativas mudanças ocorridas com a reforma, o Hospital Colônia passa a, gradativamente, ser desativado, sendo encontradas outras formas de abrigar e tratar os pacientes que ainda dependiam da instituição¹⁷. Com isto, passa-se a ser cada vez mais

¹⁷ Com o surgimento das denúncias, sabe-se que, em 1980, o governo do estado de Minas Gerais implementou o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Pública (BERGAMINI, 2020, p. 116), mas nada mudou em relação às internações abusivas, práticas violentas e ausência de regulação da instituição. No entanto, com o crescimento da vigilância sobre o Hospital, vê-se que, ao longo dos anos, os números de pessoas internadas caíram gradativamente com a criação da rede de serviços compostos pelos Centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas e a habilitação do Programa De Volta Para Casa. Vale ressaltar que em meio às transformações, a instituição passou a pertencer à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e também teve seu nome mudado para Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), funcionando até os dias de hoje em um complexo que se distribui em dois bairros da cidade, Grogotó e Floresta. Este complexo hospitalar comporta, segundo Bergamini (2020, p.115-116), o Museu da Loucura, o Hospital Regional de

questionado e problematizado o fato de haver na realidade do HCB (dentro e fora de seus muros) diversas testemunhas e atores de todas as atrocidades na história do Hospital, cabendo o questionamento de como e por que se faz e mantém tamanha omissão diante do aprisionamento e sofrimento de outros sujeitos.

Assim, propõe-se prosseguir com o presente trabalho por meio da compreensão da necropolítica em Mbembe (2018a). Como vimos, a trajetória da instituição – desde sua criação, até o momento do surgimento das inevitáveis denúncias – abarca uma série de questões importantes que nos remetem a um modo de gestão que passa pela exclusão e pela eliminação de corpos específicos na sociedade. As condições nas quais diversas pessoas eram mandadas e mantidas no HCB dizem de uma configuração que desenha o tipo de poder que submete o sujeito a um modo mínimo de viver, delegando-o a espaços em que a produção da vida é muito alinhada à possibilidade de morte.

Barbacena (inaugurado em 2005) e também módulos residenciais destinados aos internos mais antigos que demonstram casos mais agudos e que não têm contatos próximos ou familiares. Inclusive, ao visitar o Museu da Loucura, foi possível saber por meio do guia que alguns desses pacientes antigos às vezes aparecem correndo pelo terreno do CHPB, às vezes nus, e logo algum funcionário vem para buscá-los.

CAPÍTULO 3

*Se é livre para viver a própria vida somente quando se é
livre para morrer a própria morte.*
(Achille Mbembe, “Necropolítica”)

De acordo com Silva (2008), sabe-se que, nos períodos mais quentes do ano, a maior parte dos falecimentos se dava por diarreia, o que explicitava as condições sanitárias precárias nas quais os internos viviam, propiciando uma maior probabilidade de adoecimento. No entanto, nos períodos mais frios – que são especialmente bem rigorosos na região do Colônia – “a broncopneumonia era frequente devido à falta de vestuário e cobertores que, num clima frio como o de Barbacena, são essenciais” (SILVA, 2008, p. 69). A temperatura da cidade, de acordo com o diretor entrevistado por Firmino em 1978, chegava a cair a zero, algo que apenas um “vestuário pobre” como uma “roupinha de brim” e um “cobertozinho” não resolviam (FIRMINO, 2014, p. 64).

Com a construção do Hospital, em 1903, construiu-se também, perto desta época, o Cemitério da Paz, para o qual eram enviados os corpos dos pacientes mortos na instituição. A área pertence à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) até o momento atual, mas foi desativado no final da década de 1980. O psiquiatra e ex-diretor do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), Jairo Toledo, explica no documentário de Arbex e Mendz (2016) que o cemitério foi desativado, pois não absorvia mais a demanda, o terreno não comportava mais a quantidade de restos mortais e o mau cheiro passou a incomodar a vizinhança¹⁸.

A dinâmica de carregamento de cadáveres para o cemitério era aparentemente frequente e também assistida pelos moradores da região. Outro entrevistado do documentário (2016), Isaías da Silva, relata que havia uma carrocinha que era conduzida por pacientes e nela carregavam-se os corpos para serem enterrados no cemitério. Não havia identificação em suas

¹⁸ Até hoje o local se encontra abandonado, com depredações e muito mato. Desde o final de 2007, a prefeitura de Barbacena, com o apoio do Instituto Estadual do Patrimônio Histórico e Artístico de Minas Gerais (Iepha), planeja a revitalização do Cemitério da Paz em um Memorial das Rosas, – fazendo referência também à atividade econômica do município, a exportação de rosas (ARBEX, 2013, p. 70) –, mas até hoje a transformação não foi realizada. De acordo com o contato feito com a Coordenação do Núcleo de Pesquisa do CHPB, sabe-se que a própria gestão encarregada do terreno do cemitério tem dificuldades em obter informações precisas acerca da quantidade de pessoas que foram enterradas no local, uma vez que os registros dessas mortes são precários – como havíamos mencionado anteriormente, alguns pacientes nem mesmo tinham ciência de seus próprios nomes ao chegarem no HCB. Já houve tentativas de projetos que realizassem a contabilização das ossadas presentes no cemitério, no entanto, a coordenação explica que não renderam muitas respostas devido ao grande número de material.

covas, nem cerimônias, muitas vezes não havia contato com a família para que ela viesse buscar o corpo, e havia também as famílias que não possuíam condições financeiras para irem atrás de buscar o paciente após seu óbito (ARBEX, 2016).

Uma das medidas adotadas para lidar com estes falecimentos, devido ao alto número, foi a elaboração de convênios entre as faculdades de medicina e o Hospital Colônia, assim, “nos arquivos da instituição encontram-se os cadernos que controlavam a venda de corpos para as faculdades” (SILVA, 2008, p. 46). Estima-se, de acordo com Arbex (2013, p. 81), que 1.823 corpos foram vendidos pelo HCB para 17 faculdades de medicina do país entre 1969 e 1980.

Os corpos dos transformados em indigentes foram negociados por cerca de cinquenta cruzeiros cada um. O valor atualizado, corrigido pelo Índice Geral de Preços (IGP – DI) da Fundação Getúlio Vargas, é equivalente a R\$ 200 por peça. Entre 4 e 19 de novembro de 1970, foram enviados para a Faculdade de Medicina de Valença quarenta e cinco cadáveres negociados por 2.250 cruzeiros o lote. Corrigido pelo IGP – DI, o lote saiu a R\$ 8.338,59. Em uma década, a venda de cadáveres atingiu quase R\$ 600 mil, fora o valor faturado com o comércio de ossos e órgãos (ARBEX, 2013, p. 81-82).

Vale ressaltar que esta dinâmica de venda ocorria em contradição ao decreto 6.169 de 1922 que diz no artigo centésimo décimo sexto, parágrafo único: “Os cadáveres de indigentes falecidos no Instituto neuro-physiatrico, por cujo enterramento ninguém se interesse, poderão ser *cedidos* á Faculdade de Medicina para trabalhos anatômicos” (MINAS GERAIS, 1922, *apud* MORETZSOHN 1989, p. 45, destaque da autora). Este mesmo trecho se repete no regulamento¹⁹ da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais anos mais tarde, em 1934. Apesar de em 1971 deputados mineiros terem denunciado na Assembleia Legislativa o comércio de cadáveres entre o Colônia e algumas faculdades de medicina, outro encaminhamento se deu para o problema acerca desta produção de corpos mortos, de acordo com Firmino, foram cancelados todos os convênios “macabros” existentes, e assim criou-se “um outro, onde os cadáveres dos loucos teriam de ser trocados por medicamentos, alimentos e roupas para os internos (vivos) de Barbacena” (FIRMINO, 2014, p. 86).

Esse recorte dentro da história do Hospital Colônia acerca das condições mortíferas destaca uma quantidade expressiva de óbitos, ou seja, uma realidade que se encaminhou para as mais diversas resoluções, quase todas mantendo a tradição de uma desumanização do sujeito e seu corpo, uma vez que poderiam tornar-se mais um em um terreno de cadáveres sem identificação, ou mais uma peça de venda e troca num acordo entre instituições²⁰.

¹⁹ Aprovado em acordo com o artigo 14 do decreto 11.276 de 5 de novembro de 1932.

²⁰ Sobre este ponto acerca da gestão dos cadáveres produzidos no HCB, faz-se uma possibilidade de análise por meio do que Franco (2021) elucida com o conceito de necrogovernabilidade. Ele explica – considerando o percurso

Destarte, enfatiza-se que o HCB era uma instituição não apenas produtora de cadáveres, mas, sobretudo, de condições de vida tão ínfimas, que impelia seus internos a estarem, quase que constantemente, confrontando a iminência da morte. O antigo diretor do Hospital relata em entrevista a Firmino (2014) que, por falta de equipamentos básicos, como o aparelho de abreuografia, as doenças que acometiam os pacientes não se detectavam facilmente:

Uma vez, por falta de exame, descobrimos um pavilhão de 200 pacientes tuberculosos. A doença já tinha contaminado todos eles [...]. Aqui não se faz pesquisa alguma. A gente nem sabe de quê os doentes morreram. Às vezes, tem um paciente conversando com você e, de repente, ele cai pra trás, morto. A gente vai ver ele estava com Doença de Chagas. *Isso é muito comum* (FIRMINO, 2014, p. 62-63, destaque da autora).

Este destaque realizado na fala do diretor “isso é muito comum” abre espaço para pensarmos sobre como a morte e o deixar morrer tornam-se parte da dinâmica da instituição a partir do momento que, incessantemente, aplica-se uma gramática de negligência em relação aos sujeitos internados. Um dos pacientes do Colônia, que Firmino entrevista ao visitar o pavilhão Crispim Jacques, fala sobre a expectativa deste óbito “comum”. Ele diz: “[...] me colocam aqui pra nunca mais saberem de mim. Daqui, a gente só sai morto. Olha esse pessoal aí, *procê vê*. Eles só estão esperando a morte” (FIRMINO, 2014, p. 67). Nem mesmo as crianças do HCB seriam exceção desta lógica, pois, ainda de acordo com o jornalista, ao conhecer a ala das que eram diagnosticadas com algum tipo de transtorno, viu que elas permaneciam em berços que pouco comportavam o tamanho de seus corpos, sendo suas idades variáveis entre dois a seis anos de idade. Devido a esta cena, Firmino relata seu diálogo com a funcionária do setor. Ele questiona:

- Mas essas crianças não têm família, parentes?
 - A gente nem sabe quem são, como chamam, de onde vêm [...]
 - Mas elas não crescem? Não saem daqui?
 - Crescem, sim. Mas só vão até os 18, 19, 20 anos. Não passam disso.
 - E o que acontece com elas?
 - Morrem.
- (FIRMINO, 2014, p. 70).

de Mbembe com a necropolítica – que “A negrogovernabilidade se ocupa de governar a morte em seus mais ínfimos detalhes, desde o recolhimento dos corpos, passando pela produção institucional do morto, com seus registros e atestados, até o sepultamento do cadáver” (FRANCO, 2021, p. 84), o que, por sua vez, é possível de ser visto nesta dinâmica, um hospital que é acompanhado de um cemitério e de um comércio de mortos, que faz, de certa forma, a gestão das condições de vida do sujeito internado, assim como das condições dispostas em sua morte.

Tem-se, com isso, um paralelo com o que Lima Barreto já havia dito ao identificar a situação dos excluídos dentro de um hospício como um “cemitério dos vivos” e descreveu a “rotina” em locais como este como um espetáculo parecido:

[...] com os célebres cemitérios de vivos, que um diplomata brasileiro, numa narração da viagem, diz ter havido em Cantão, na China. Nas imediações dessa cidade, um lugar apropriado de domínio público era reservado aos indigentes que se sentiam morrer. Dava-se-lhes comida, roupa e o caixão fúnebre em que se deviam enterrar. Esperavam tranquilamente a Morte” (BARRETO, 1993, p. 148).

Não podemos afirmar que no Hospital Colônia de Barbacena esperava-se tranquilamente pela morte, mas de qualquer modo pode-se assumir que essa visão limiana acerca da configuração da instituição psiquiátrica – um local onde são enterrados os vivos – muito se aproxima ao que se propõe discutir no próximo item.

3.1 O poder de morte: matar e deixar morrer

Para começar a traçar a análise que pretendemos, faz-se necessário partir da construção do conceito de necropolítica em Achille Mbembe (2018a). O autor camaronês desenvolve o ensaio no sentido de pensar a relação entre a soberania e a violência e, assim, parte dos impactos do colonialismo sobre a população negra, pensando a construção dessa dominação por meio da instituição de desigualdades e escravização. Portanto, ele explica que, com os efeitos de uma ocupação colonial, emerge a produção de uma ampla reserva de imaginários culturais que direcionam a imposição de direitos diferentes, para diferentes categorias de pessoas, para fins diferentes no interior de um mesmo espaço (MBEMBE, 2018a, p. 39).

Outro fator crucial de seu ensaio é o fato de que Mbembe (2018a, p. 18) entende que o pensamento de raça “foi a sombra sempre presente no pensamento e na prática das políticas públicas do Ocidente, especialmente quando se trata de imaginar a desumanidade de povos estrangeiros – ou a dominação exercida sobre eles”. O autor ainda retoma em Hanna Arendt a compreensão de que a política da raça está diretamente relacionada à política de morte, o que nos leva ao conceito foucaultiano de biopoder que, na leitura de Mbembe (2018a), explicita o fato de que, neste sistema, “a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado” (MBEMBE, 2018a, p. 18). Tem-se, assim, um respaldo, uma aceitabilidade no fazer morrer de determinados corpos, uma vez que estes são marcados pelo exercício da soberania como descartáveis e incômodos.

Desse modo, Mbembe inicia as primeiras páginas do ensaio partindo da explicação do que seria a implicação de uma expressão máxima de soberania, a qual reside,

em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder (MBEMBE, 2018a, p. 05).

O autor analisa que esta descrição poderia ser resumida pelo biopoder em Foucault, “aquele domínio da vida sobre o qual o poder estabeleceu o controle” (MBEMBE, 2018a, p. 05-06). Com este conceito descrito pelo filósofo francês, Mbembe explora sua relação com as noções de soberania, suscitando uma série de questionamentos ao longo do ensaio.

Para Mbembe, o entendimento de biopoder se articula mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer e afirma que, tendo em vista essa operação na divisão entre vivos e mortos,

tal poder se define em relação a um campo biológico – do qual toma o controle e no qual se inscreve. Esse controle pressupõe a distribuição da espécie humana em grupos, a subdivisão da população em subgrupos e o estabelecimento de uma censura biológica entre uns e outros (MBEMBE, 2018a, p. 17).

No entanto, algumas reconsiderações são realizadas a partir do momento em que se nota que o conceito de biopolítica não é suficiente para sustentar a explicação “das formas contemporâneas de submissão da vida ao poder da morte. Em algumas espacialidades o poder de morte que subjuga a vida está para além do racismo de Estado²¹ pensado por Foucault” (NEGRIS, 2020, p. 98). Isto porque, ainda de acordo com Negris (2020, p. 91), a biopolítica foucaultiana seria um poder de administração sobre a vida, um regulamentador que opera na gestão populacional, agindo para nela intervir, ou seja, em “como” fazer viver, intuindo a função de aumentar ou prolongar a vida. Dessa forma, vê-se que este tipo de poder não recai sobre a morte, sendo assim,

a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder. Ela está do lado de fora, em relação ao poder: é o que cai fora do seu domínio, e sobre o que o poder tem domínio não é a morte, é a mortalidade. [...] A morte vai ser, ao contrário, o momento em que o indivíduo escapa a qualquer poder, volta a si mesmo e se ensimesma, de certo modo, em sua parte mais privada. O poder já não

²¹ O racismo do qual Foucault fala é um mecanismo do sistema político centrado no biopoder. Ele opera com base na divisão entre vivos e mortos, sendo um poder que é definido de acordo com um campo biológico; deste ele toma o controle e nele se inscreve, de acordo com Mbembe (2018a, p. 17). Assim, “esse controle pressupõe a distribuição da espécie humana em grupos, a subdivisão da população em subgrupos e o estabelecimento de uma censura biológica entre uns e outros” (MBEMBE, 2018a).

conhece a morte. No sentido estrito, o poder deixa a morte de lado (FOUCAULT, 1978, p. 296).

Portanto, para dar conta das formas atuais de relação de submissão da vida ao poder da morte, o autor camaronês explica que a necropolítica se dispõe a compreender as diversas maneiras em que as “armas de fogo” são instrumentos da destruição de corpos, auxiliares na criação de “mundos de morte”, sobre os quais ele define que são “formas únicas e novas de existência social” em que “vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o estatuto de ‘mortos-vivos’” (MBEMBE, 2018a, p. 71).

Assim, entende-se que Mbembe segue um percurso elucidando o conceito de necropolítica para dar conta de explicar dinâmicas nas quais a morte se encontra como um mecanismo que reconfigura as relações e opera dentro de gestões, ou seja, o autor “volta seu olhar aos espaços de exceção em que o investimento do poder se endereça à destruição progressiva dos corpos” (FRANCO, 2021, p. 34).

Segundo Franco (2021, p. 34), pode-se dizer que Mbembe promove um enfoque nas tecnologias de governo que recaem sobre o corpo, sobre o sujeito, pondo em risco as condições de sua existência, “cadaverizando-o em vida”. Não por acaso essa “morte em vida” nos leva a refletir sobre a situação encontrada dentro dos muros do Hospital Colônia de Barbacena.

Vê-se que a imposição de um limiar muito tênue entre a vida e a morte na existência dos pacientes do HCB produz um incessante “fazer morrer” – deixar em condições de morte – uma vez que, na necropolítica, a morte não é baseada apenas na execução ou na aniquilação abrupta da vida do sujeito. Por isso, Mbembe elucida o fato de que faz parte dos processos das “tecnologias necropolíticas gerir o sofrimento dos corpos, fragmentando a morte em uma miríade de pequenas mortes, um morrer a conta-gotas, com o qual a dominação se intensifica e se perpetua” (FRANCO, 2021, p. 34).

3.2 Uma colônia de incômodos

No primeiro capítulo deste trabalho descrevemos que a criação do Azylo Central de Barbacena não nasce logo de início junto à construção do modelo de colônia. Este último vem a ser elaborado alguns anos após a inauguração da instituição, sistematizando as atividades de produção, funções estas que eram desempenhadas pelos internos com o respaldo de que seriam parte do tratamento. Retomando esse fato, infere-se que, não obstante, há no HCB, para além da formação da colônia de produção, a colonização de corpos, a institucionalização de sujeitos.

Esta questão, por sua vez, nos permite resgatar a compreensão de Mbembe (2018a, p. 39) acerca do conceito de soberania, em que há uma gramática bem delineada a partir dos efeitos de uma ocupação colonial, ou seja, há a produção de possibilidades de existir no mundo que se mostram diferentes para corpos marcados e relegados à uma terceira zona localizada entre o estatuto de sujeito e de objeto.

O autor também explica que este movimento de segregação e estabelecimento de hierarquias produz um norte para a construção dos sistemas de opressão e, neste caso, produz-se também a possibilidade de definição sobre quais corpos são passíveis de serem deixados à margem dentro de um sistema e quais não, sendo a soberania capaz de discernir a relevância de um sujeito (MBEMBE, 2018a).

O discernimento da importância de uma pessoa na sociedade define também a relevância de sua vida, ou, dentro da noção mbembiana, define a relevância da sua morte no espaço que habita. Perseguindo esta lógica, vê-se o acontecimento da morte do sujeito na instituição e, neste caso, não seria aquela em decorrência de doenças, de insalubridade ou por ausência de estruturas adequadas, abre-se aqui a questão da morte do sujeito a partir do esvaziamento da sua subjetividade. Sobre isso, podemos pensar sobre quando Hiram Firmino (2014) relata a fala de um paciente com o qual se deparou na visita ao Instituto Raul Soares – que compartilhava da realidade do Hospital Colônia em termos de estrutura e tratamento –, o interno dizia: “Eu não sei das minhas coisas. *Aqui eles somem com tudo da gente*” (FIRMINO, 2014, p. 48, destaque da autora). Este fragmento ressaltado na frase nos remete à reflexão sobre esta dinâmica de esvaziamento. Sabe-se que, provavelmente, o paciente referia-se a seus pertences que ficaram retidos a partir da sua entrada na instituição, mas cabe aqui uma leitura para visualizarmos o que se retira para além dos bens, das roupas e objetos, *somem com tudo*, inclusive com a subjetividade, com suas formas e possibilidades de existir.

Estes fatores que delineiam os limites de existência de uma pessoa institucionalizada são ilustrados também por meio do artigo quinquagésimo quinto do decreto 1.579 de 1903. Nele há a demonstração dessa forma de controle e privação do sujeito ao meio social, além de constatar o poder da instituição, por meio da figura do diretor do hospital, exercendo seu cerceamento:

Como meio de tratamento e para manutenção da ordem entre os enfermos, poderá o Director recorrer:
 1º. À privação de receberem visitas, passeio e quaesquer outras distrações;
 2º. À reclusão solitária;
 3º. Ao collete de forças e á cellula.
 (MINAS GERAIS, 1903 *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 20).

Com a subordinação dos internos às condições e aos limites do hospital, outro fator de precarização da existência de um sujeito dentro da instituição era o fato de ela quase sempre estar, ao longo de seu funcionamento, com a lotação acima de sua capacidade. Como vimos anteriormente, a superlotação era um problema desencadeador de diversas outras negligências, como a falta de alimentação, saneamento, vestimenta e dormitórios adequados.

Alguns relatos de ex-diretores diziam haver 4.000 pacientes, ao mesmo tempo que outros funcionários relatavam números próximos a 2.500 (SILVA, 2008, p. 68). Arbex (2013, p. 25) escreve que o Colônia chegou a ter 5 mil pacientes em um local projetado para 200 pessoas. Em 1978, o então diretor do hospital, o psiquiatra José Tollendal, ao ser entrevistado por Firmino, revela que naquele momento estavam internadas na instituição 717 mulheres, 640 homens e 38 crianças, totalizando quase 1.400 pessoas (FIRMINO, 2014, p. 59).

No entanto, uma informação era de comum acordo entre as descrições encontradas, a de que os internos permaneciam sempre amontoados nos pavilhões do Hospital, não existindo camas suficientes para todos, deixando com que assim alguns ficassem espalhados pelo chão, sendo expostos a condições completamente insalubres (SILVA, 2008, p. 68).

Além disso, Silva (2008) explica que a limpeza do hospital era feita de maneira esporádica, apenas usando jatos de mangueiras “dirigidas indistintamente ao ambiente e aos corpos dos pacientes”. Já o corpo médico se fazia presente com sua assistência nos momentos de prescrever sedativos para os pacientes mais agitados, e recomendando o recolhimento em cela aos mais resistentes²². Havia, de acordo com o diretor José Tollendal, em 1978,

seis psiquiatras para atender a 1.360 doentes, em constante rotatividade. Um entra-e-sai de 120 doentes por mês [...]. Enquanto o Ministério da Saúde determina uma taxa mínima de um psiquiatra para cada 20 doentes agudos nas clínicas particulares, e um psiquiatra para cada 60 doentes crônicos, se tratados pelo Inamps²³, aqui temos só um médico para cada grupo de 200 doentes (FIRMINO, 2014, p. 60).

A alimentação, por sua vez, “consistia numa papa preparada através do cozimento conjunto, no mesmo panelão” (SILVA, 2008), como já dizia a canção de Sueli (que mostramos no início deste trabalho), o alimento “parece cola de colar balão”. O diretor do HCB também explica, em entrevista a Firmino (2014), que os alimentos eram todos triturados e misturados

²² Neste contexto é importante ressaltar que, até o início dos anos 1960 no Brasil, ainda não existia tratamento com psicofármacos nas instituições psiquiátricas.

²³ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

ao arroz e feijão para que não fosse necessário dar aos internos garfos e facas, apenas colheres. O psiquiatra afirma: “Eles os usariam para outro fim. Se matariam!” (FIRMINO, 2014, p. 60).

O tratamento dado a uma pessoa pelo Estado diz de que serve este sujeito à sociedade. Entender a dinâmica de uma vida subjugada a estes moldes que foram descritos até aqui nos leva a pensar que este corpo detido dentro dos muros do hospital se faz outro. De acordo com Basaglia (1985, p. 121), o sujeito internado adere a um novo corpo, que é, na verdade, o corpo da instituição. A ele será negado os desejos, as ações e as aspirações autônomas que os fariam sentir vivo e sentir-se ele próprio; a partir da internação o paciente “torna-se *um corpo vivido na instituição, pela instituição*, a ponto de ser considerado parte de suas próprias estruturas físicas” (BASAGLIA, 1985, p. 121, destaques do autor).

Em síntese, descreve-se aqui uma última cena que nos permite inferir o HCB como um local gerido por um poder de morte. Firmino (2014), ao visitar o pavilhão Crispim Jacques, explica o que via:

Duzentos e sessenta homens reunidos em um pátio de apenas 300 metros quadrados. Dividido em uma parte aberta, cercada por muros intransponíveis. E outra, um galpão escuro, fétido. Umas mesas compridas de pedra, eles almoçando. Todos os 260 pacientes nus e sujos. Muitos machucados, sangrando, com feridas pelas pernas, pelos braços. Uma comida de aparência horrível. Esbranquiçada, servidos em pratos de lata. Apenas colheres. A maioria comendo com as mãos mesmo, de toda maneira. Obedecendo às atendentes como se fossem meninos (FIRMINO, 2014, p. 66-67).

Ao realizar uma contextualização acerca do processo de colonização, Mbembe (2018a) também compreende que este movimento de segregação e estabelecimento de hierarquias produz um norte para a construção dos sistemas de opressão atualizados no capitalismo e, neste caso, produz-se também a possibilidade de definição sobre quais corpos são descartáveis em um sistema e quais não, sendo a soberania capaz de discernir, portanto, “quem importa e quem não importa” (MBEMBE, 2018a, p. 41).

Pode-se dizer que existe na dinâmica do Hospital Colônia um apagamento do sujeito de sua dimensão política, há um esgotamento não só material, mas também da história e da subjetividade (ALMEIDA, 2021, p. 7). Entende-se, assim, que na ocorrência das perdas de contatos sociais a partir do momento que uma pessoa é colocada dentro das condições de uma instituição de exclusão, fica em jogo a possibilidade da existência do sujeito em sua singularidade, adquirir laços, coisas, compromissos, autonomia, entre outros. Por isso, partimos do ponto de que o fazer desaparecer é a implicação do apagamento de alguém dentro de uma sociedade.

Com isso, colocam-se algumas questões levantadas por Basaglia (1985, p. 107) quando ele reflete acerca do número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, interpelando se realmente seria a “doença” o motivo responsável pelo “grau de objetivação em que se encontram” os internos. A partir disso ele passa a outro ponto, o de que seria mais adequado admitir que estes sujeitos são justamente aprisionados por serem quem são, socioeconomicamente insignificantes, vítimas de um jogo de violência de nosso sistema social, jogados à margem da produção e da vida em sociedade (BASAGLIA, 1985). E, assim, ele chega a uma questão que muito nos interessa: “não seriam eles, definitivamente o refugio, os elementos de desordem desta nossa sociedade que se recusa a reconhecer-se em suas próprias contradições?” (BASAGLIA, 1985, p. 108).

Ademais, Basaglia (1985, p. 108) conclui que há um poder destruidor, institucionalizante, “des-historificante” em todos os processos do pensamento manicomial, o mesmo poder que “aplica-se unicamente àqueles que não tem outra alternativa que não o hospital psiquiátrico”. A construção desta dinâmica, no entanto, de quem é mandado ou não às instituições como o HCB, não é feita ao acaso. Basaglia (1985, p. 101) afirma que o que a caracteriza é a divisão que há entre os que detêm poder e os que não o possuem, e é a soberania junto a essa subdivisão das funções que instalam a produção de opressão e violência. Estas últimas, unidas, criam exclusão. Assim, “a violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade” (BASAGLIA, 1985, p. 101).

Retomando o autor que traz o conceito central deste capítulo, vê-se que o terror – um efeito aliado à dinâmica de exclusão que Basaglia descreve – é convertido em uma marca no corpo político, tornando o sujeito deste corpo uma aberração, um estranho incômodo. A política, por sua vez, “é lida tanto como a força móvel da razão quanto como a tentativa errática de criar um espaço em que o ‘erro’ seria minimizado, a verdade, reforçada, e o inimigo, eliminado” (MBEMBE, 2018a, p. 23).

Assim, Mbembe (2018a) explica, por meio de David Bates, que o exercício do terror, – como as cenas descritas da realidade do Hospital Colônia de Barbacena (MORETZSOHN, 1989; SILVA, 2008; ARBEX, 2013; FIRMINO, 2014) – é respaldado por ser uma expressão de soberania contra as ações do dito inimigo.

Apesar da necropolítica ser um conceito que, até o momento, muito nos auxilia na compreensão da dinâmica de confinamento e tratamento em um manicômio, entende-se que na psicanálise encontram-se possibilidades complementares de fazer tensionar esse tema para o campo psíquico. Assim, faz-se relevante retomar os caminhos metodológicos do presente trabalho que, pensando nos encaminhamentos possíveis de uma psicanálise extramuros, vê-se

uma abertura interessante em analisarmos a gestão necropolítica do HCB do ponto de vista do *unheimlich* freudiano, acerca do que este conceito – que diz também do encontro com o estranho – tem a oferecer ao ser interpelado, vislumbrando a possibilidade de fazermos laço com as discussões obtidas nesta investigação.

CAPÍTULO 4

Parecia coisa de invento de muita distância, sem piedade nenhuma, e que a gente não pudesse imaginar direito nem se acostumar de ver; e não sendo de ninguém. Para onde ia [...] era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe.

(Guimarães Rosa, “Sorôco, sua mãe, sua filha”)

Tendo em vista as reflexões realizadas até este ponto, uma questão se faz inevitável: e a sociedade que assistia às condutas segregadoras e negligentes causadas pela existência do Hospital Colônia de Barbacena durante décadas? É verdade que a propagação e as denúncias da situação em que se encontravam os pacientes no HCB não seriam feitas com a mesma facilidade e agilidade que os meios de comunicação atuais permitem fazer – e de fato, anos se passaram até que as primeiras denúncias da imprensa fossem levadas a acarretar alguma mudança mais significativa no Hospital –, no entanto, havia diversos espectadores (além de autores) da realidade mantida na instituição. Sobre essa omissão, Magro Filho (1992, p. 143) escreve que:

Diversos textos fazem referências aos valores mineiros. Ao longo dos tempos construiu-se toda uma argumentação em torno do espírito, do jeito das montanhas, da família, da tradição. [...], entretanto, devo acrescentar a esta história um pouco do que me foi dado a conhecer sobre ela, ou seja: na lenta construção da mineiridade, ao lado de temas tão nobres, corre no fundo do rio uma realidade de exclusão e intolerância.

Nesse sentido, esse modo omissivo da comunidade em lidar com a dinâmica encontrada dentro do HCB apenas reforça um desdobramento da questão inicial: não seria, na verdade, o fato de que a sociedade nada fazia quanto à realidade do Hospital Colônia, pois, em sua perspectiva, nada havia para ser feito? Aos olhos de quem achava esse modelo asilar normal, não havia problemas nessa configuração. E, entre outros motivos, isto se daria também pelo fato de haver um engendramento muito comum, a pressuposição de uma certa hegemonia em relação à população, um ideal de como se configurariam os sujeitos que se adequam ou pertencem e os que desviam da norma.

Pensando sobre os limites entre o normal e o patológico (ou anormal), tem-se em vista o que Canguilhem (1966/2009) explica acerca desse limiar. Para ele, não haveria fato que seja, em si, normal ou patológico, sendo assim, o dito anormal não seria também ele mesmo

patológico. O autor, portanto, explica que a anomalia e a mutação – o que escaparia à norma – na verdade

exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores — quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida — às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes — no mesmo meio — ou superiores — em outro meio —, serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida (CANGUILHEM, 2009 [1966], p. 46).

Seguindo pela perspectiva canguilhemiana, percebe-se que esta dinâmica de classificação do que está dentro ou fora do campo da normalidade, na realidade, corresponde a um jogo do que é parte da norma em relação ao que é normativo em nosso âmbito. Portanto, os parâmetros de uma sociedade que se alinha a formas de cuidado e tratamento respaldados em ideais eugenistas, buscando uma homogeneidade, traduzem sua lógica do que é normal e patológico na exclusão de diversos sujeitos por meio de uma conduta racista, moralista e violenta. Tudo isso, como visto anteriormente, em um funcionamento que “fazia sentido”, ou seja, estaria dentro do esperado e da normativa vigente.

Por meio da explicação de Basaglia sobre o “ato terapêutico”, o autor nos auxilia a compreender as nuances desse jogo de exclusão, revelando uma redução do conflito “entre o excluído e o excludente através da confirmação científica da inferioridade original do primeiro relativamente ao segundo” (BASAGLIA, 1985, p. 102). Isto, por sua vez, se faz o produto da ação discriminatória de uma ciência que cria normas para se defender, e a infração delas implica sanções que ela própria prevê (BASAGLIA, 1985).

O HCB, dessa forma, era um dos artifícios eleitos para que fosse possível afastar os incômodos, os inconvenientes – os desviantes da norma – por meio de condutas que eram cientificamente reconhecidas pelo modelo de tratamento da época. Um recorte interessante que demonstra a dinâmica da sociedade e sua convivência com o modelo de internação tal como oferecia o Hospital Colônia de Barbacena, é um trecho em que Firmino (2014) descreve que, ao saírem as primeiras notícias pela imprensa sobre a situação mórbida e insalubre à qual os internos do HCB eram submetidos,

Em vez de se conscientizar daquela realidade próxima e desumana, e exigir das autoridades uma solução imediata, a população brasileira se viu chocada. Por incrível que pareça, vários setores importantes da sociedade manifestaram-se *contrários* à continuidade das reportagens (FIRMINO, 2014, p. 84, destaque da autora).

Com isso, entende-se que a conduta adotada por parte das pessoas para lidar com o incômodo causado pela repercussão da realidade do Hospital Colônia diz sobre uma sociedade que – de diversas formas – se vê refletida nestes corpos expostos pela imprensa, uma identificação insuportável que precisa se manter afastada, recalcada e mantida assim pela divisão de um muro ou pela imposição de uma distância que não coloque à vista o estranho. São postos em prática os meios possíveis que tornem essa (in)familiaridade mais obtusa, menos visível.

Freud (1921/2021), em *Psicologia das massas e análise do eu*, propõe uma interpretação das repulsas que, por sua vez, nos auxilia a introduzir essa etapa da presente pesquisa. O autor explica que nestas aversões que emergem “contra estranhos que estão próximos” reconhece-se também a expressão de um amor por si mesmo, “um narcisismo que anseia por sua autoafirmação e que se comporta como se a ocorrência de uma irregularidade em suas formações individuais trouxesse consigo uma crítica a elas e uma convocação a reconfigurá-las” (FREUD, 2021 [1921], p. 175).

Freud (1921/2021) ainda admite que, apesar de não saber ao certo o porquê da eclosão de uma sensibilidade tamanha perante o aparecimento da diferença, não é possível prescindirmos de concluir que há na conduta humana uma disposição ao ódio. Sobre isto, infere-se que o abalo proporcionado pelo confronto com a diferença se constituiria justamente na ameaça da identificação²⁴, da eminência do *heimlich*. Faz-se relevante enfatizar que partimos dessa formulação, pois o próprio autor já havia reconhecido a ambivalência da identificação: “ela pode tornar-se expressão tanto da ternura quanto do desejo de eliminação” (FREUD, 2021 [1921], p. 178).

Desse modo, o sujeito internado é o estranho à sociedade que se torna objeto da violência institucional, e seus atos serão, assim, definidos de acordo com os limites da patologia que lhe foi atribuída, acompanhados também dos limites impostos à sua subjetividade a depender de sua cor, classe, gênero e/ou orientação sexual. Neste ponto é importante ressaltar que havia na composição do HCB uma variedade de personalidades e casos. Havia sujeitos com algum transtorno mental ou físico, e havia também outros que não os tinham. De todo modo, todos, de alguma maneira, teriam ultrapassado os “limites sociais”.

²⁴ A identificação à qual nos referimos aqui é a que Freud descreve como a manifestação de ligação afetiva mais antiga já conhecida. Seria ela que realiza o papel crucial na pré-história do complexo de Édipo: “O menininho dá mostras de um interesse particular por seu pai, gostaria de ficar com ele, de ser como ele e de tomar seu lugar em todos os aspectos” (FREUD, 2021 [1921], p. 178).

Ao abordarmos a questão do paciente de uma instituição como o HCB ser o objeto ao qual se investe uma violência, considera-se todo o tratamento e as condições de existência dadas a este sujeito, como foi observado, sobretudo, no segundo capítulo. Por um lado, é inegável a constatação de que esta realidade seria o reflexo dos conhecimentos dispostos na época de vigência do hospital. No entanto, sabe-se que tal compreensão não anula o fato de que a progressão dos tratamentos e conhecimentos científicos eram pautados em uma herança racista e intolerante a diferenças, como também foi visto ao abordarmos a lógica da higienização social. Portanto, reconhece-se nesta dinâmica um intuito de exclusão, eliminação – uma gestão necropolítica de corpos – e, dessa forma, se reconhece também a implicação de condutas violentas.

Freud (1930/2021, p. 363) aborda os direcionamentos da violência, uma vez que ele admite o ser humano como passível de não ter uma natureza somente pacata, mas também que, entre suas habilidades pulsionais, inclui-se uma inclinação à agressão:

Essa agressão cruel aguarda uma provocação, ou coloca-se a serviço de algum outro intuito, cuja meta também poderia ser alcançada por meios mais suaves. Em circunstâncias que lhe são favoráveis, quando foram excluídas as forças anímicas contrárias que costumam inibi-la, ela se manifesta, até mesmo espontaneamente, revelando o ser humano como uma besta selvagem, alheia à tendência de poupar a própria espécie.

Acredita-se que este ser humano descrito por Freud foge à tendência e não poupa a própria espécie justamente porque algo é deixado no recalçamento, impossibilitando a admissão da identificação, de algo do eu neste outro *unheimlich*.

Assim, atribui-se a estes sujeitos os efeitos de um incômodo na comunidade e, com isso, entende-se aqui o que Basaglia afirma sobre o paciente confinado não ser apenas caracterizado pela degradação, objetivação e aniquilamento, mas também – e antes de tudo – ele é “o produto da ação destruidora de uma instituição cuja finalidade é proteger os sãos dos assaltos da loucura” (BASAGLIA, 1985, p. 112-113). Ou, até mesmo, – como analisaremos adiante – proteger a sociedade de sua própria estranheza.

4.1 Das *unheimliche*: um estranho incômodo

Para adentrarmos esse campo da dinâmica proposta, de uma sociedade lidando com sua infamiliaridade, faz-se necessário, primeiramente, compreendermos as origens do conceito, o *unheimlich* de Freud, proposto no texto “*Das unheimliche*”, de 1919. Antes de tudo, implica-se a problemática do uso da tradução. De acordo com Iannini e Tavares (2020, p. 7), para a

construção desse ensaio, Freud se utiliza de uma palavra usual e comum na língua alemã, emprestando-lhe um estatuto conceitual, transportando-a por diversos âmbitos linguísticos e filosóficos, “examina a experiência literária que melhor a engendra, escrutina a vivência real que ela recorta, para, ao final, devolver a palavra à língua, mas desta vez com o selo perene da psicanálise” (IANNINI; TAVARES, 2020, p. 07).

Esta análise realizada por Freud modifica e acresce sentido ao termo não apenas no sentido usual do alemão, mas também difunde para diversas outras línguas, por meio da psicanálise, um novo significante intraduzível (IANNINI; TAVARES, 2019, p. 08). O vocábulo na perspectiva freudiana, por sua vez, passa a apresentar tantas traduções e variações que, o que se chama aqui de “intraduzível”, tem muito a ver com o fato de que “o intraduzível não é o que não pode ser traduzido, mas o que não cessa de (não) traduzir” (CASSIN, 2018, p. 17 *apud* IANNINI; TAVARES, 2020, p. 08).

Nesse sentido, segundo Dolar (2018), também se compreende que a psicanálise não inaugura uma forma melhor ou inovadora de interpretação do *unheimlich*, ela, na verdade, mantém o conceito como o próprio limite de sua leitura: “sua interpretação tenta circunscrever o ponto em que a interpretação falha, no qual nenhuma tradução ‘mais fiel’ pode ser feita [...] a psicanálise difere de outras interpretações por sua insistência no nível formal do estranho, e não em seu conteúdo” (DOLAR, 2018, p. 184).

No tocante às traduções para o português, sabe-se que o texto de 1919 foi traduzido inicialmente no Brasil pela editora Imago, em 1996, como “O estranho”; em 2010 pela Companhia das Letras como “O inquietante”; e em 2020 pela Autêntica como “O infamiliar”. Mais recentemente, em 2021, foi lançado a versão de “*Das Unheimliche*” como “O incômodo”, com a tradução realizada por Paulo Sérgio de Souza Jr., pela editora Blucher.

Assim, sobre a leitura do termo, Freud explica que se trata de uma palavra alemã, sendo ela, por conseguinte, “o oposto de ‘*heimlich*’ [cômodo], *heimisch* [acomodado] e *vertraut* [familiar], sendo evidente a conclusão de que algo é aterrador justamente por *não* ser conhecido e familiar” (FREUD, 2021 [1919], p. 50). Ademais, *heimlich* possui o significado que se desdobra em uma ambivalência, coincidindo com *unheimlich*, sendo este último – o incômodo – além de seu contrário, também uma espécie de cômodo, de acordo com Freud (2021 [1919], p. 64). Iannini e Tavares (2020, p. 11) apontam para algo em destaque no texto freudiano que nos remete justamente a isso, o fato de que, o que produz mais inquietação é o *heimlich*, o familiar, o que é íntimo e secreto. E aqui cabe essa constatação de Marguerite Duras, na qual ela diz: “é numa casa que a gente se sente só. Não do lado de fora, mas dentro” (DURAS, 1994,

p. 13). O incômodo seria, portanto, “uma espécie de elemento aterrador que remonta ao que é há muito conhecido, ao que há tempos é familiar” (FREUD, 2021 [1919], p. 49).

Diante disso, é importante enfatizar que nem tudo que é desconhecido ou pouco familiar é assustador, para Freud, “[a]quilo que é novo e pouco familiar é preciso, antes acrescer algo que o torne incômodo [...] Na verdade, o incômodo seria sempre algo em relação ao qual, por assim dizer, nós não conseguimos nos situar” (FREUD, 2021 [1919], p. 50).

Como observa Penha (2021, p. 375), a palavra “incômodo” associa-se a um sentimento de que há algo fora do lugar, estrangeiro ao ambiente, à situação. Além disso,

Faz também alusão importante do aspecto *sigiloso*, guardado dentro (incômodo), como aquilo que, de tanto se fazer segredo e esconder, tornou-se algo que incomoda e perturba o silêncio. O incômodo freudiano é exatamente o retorno daquilo que deveria ter ficado reprimido, mas retornou.

Não por acaso também nos utilizamos desta tradução para *unheimlich*, uma vez que o termo “incômodo” alia-se com a ideia de “estar incomodando” alguém ou incomodado com algo, apontando o sentimento muito similar aos que encontramos nas definições de Freud, de intolerância e revolta, como escreve Penha (2021, p. 397). O autor ainda explica que esta tradução em específico é interessante, “uma vez que contempla a relação contrastante do ‘incômodo’ e enquanto o ‘não-cômodo’”, e isto sem perder a polissemia “na qual o ‘incômodo’ também é algo que está reservado “dentro-do-cômodo”” (PENHA, 2021, p. 397). Faz-se, assim, a relação com o *heimlich* – o que está dentro –, este que é o identificado ou familiarizado é, também, quem dita o caminho ao sentimento que incomoda.

Entende-se que este traço de identificação seria algo presente na margem entre o sujeito e um outro, um elemento que é próximo à intimidade deste sujeito a tal ponto que passa ao formato de recalçado, emanando, assim, a experiência do estranho no seu encontro, na eminência de sua familiaridade. Isto, por sua vez, nos leva a assumir que o *unheimlich*, ao retomar uma reminiscência, revisita a angústia produzida pela castração e, com isso, reconhecendo este incômodo como o retorno do recalçado, compreende-se que este retorno também pode ser visto como uma ameaça à subjetividade, o que faz com o que o sujeito se depare com a formulação “ou eu ou ele, não há lugar para nós dois” (BARTIJOTTO, 2021, p. 05).

Tendo em vista esta breve introdução acerca do *unheimlich*, passaremos a aprofundar a sua definição e também nossa análise sobre o conceito, partindo, a princípio, da ótica do processo de recalque, que seria, de acordo com Freud (1914/1996), “a pedra angular sobre a

qual repousa toda a estrutura da psicanálise”. Isso porque será observado um papel importante do recalque na dinâmica do *unheimlich* e, a partir deste ponto, tomando o recalque como um mecanismo que o sujeito (ou sociedade) estabelece como condição para realização de uma ordem (BARTIJOTTO, 2021, p. 10), é vislumbrado um desdobramento possível para nossa investigação no tocante ao próprio afastamento dos internos do HCB da “consciência” social.

4.2 Sobre o recalque e o seu retorno

Após elucidar as pulsões e seus destinos, Freud escreve em seu texto sobre o recalque, de 1915, que este seria um dos fins possíveis para a pulsão, o que encontra resistências, o que busca tornar a *motion pulsionelle* inoperante (FREUD, 2010 [1915], p. 62). O recalque é, portanto, “um estágio preliminar da condenação, é um meio termo entre a fuga e a condenação” (FREUD, 2010 [1915], p. 63) e, ao questionar-se do porquê uma pulsão sucumbiria a este destino especificamente, Freud explica que, apesar de uma satisfação pulsional ser sempre prazerosa, haveria a necessidade também de suportar a ocorrência de algumas particularidades, como o fato de que, diante do prazer, um processo ocorre transformando-o também em desprazer.

Desse modo, entende-se que a satisfação pulsional seria viável mesmo submetida ao recalque, assim como prazerosa, mas seria também inconciliável com outras exigências, “produzindo prazer num lugar e desprazer em outro” (FREUD, 2010 [1915], p. 63). Com isso, torna-se condição para o recalque que “o motivo do desprazer adquira um poder maior que o prazer da satisfação” e que, nesse sentido, a essência do recalque seria, de acordo com Freud (2010 [1915]), “rejeitar e manter algo afastado da consciência”. No entanto, o êxito na realização do seu processo não impede que o representante pulsional deixe de “prosseguir existindo no inconsciente, de continuar se organizando, formando derivados e estabelecendo conexões” (FREUD, 2010 [1915], p. 63).

Sobre a representante da pulsão, ao sofrer o recalque, compreende-se que ela se desenvolve de maneira mais substancial em outro local longe da influência consciente, proliferando no escuro, como descreve Freud (2010 [1915], p. 64). Estas expressões, “ao serem traduzidas e exibidas para o neurótico, não só lhe parecem inevitavelmente estranhas, mas também o assustam com a imagem de uma extraordinária e perigosa força instintual” (FREUD, 2010 [1915])²⁵. Não por acaso veremos que Freud compreende a ocorrência do fenômeno do

²⁵ Apesar da citação dizer de uma “força instintual”, optamos por manter as traduções como “pulsão” ao invés de “instinto” e “recalque” no lugar de “repressão”.

unheimlich relacionada ao processo de recalçamento, pois, entre a produção das experiências proporcionadas pelo incômodo, os mecanismos que envolvem o recalque e seu retorno não apenas são inegavelmente presentes, como o *unheimlich* se apresenta como o próprio retorno do recalçado.

Mas, antes de compreendermos esse retorno, pode-se dizer que, do que é relativo ao material recalçado, sempre permanece um resto ou um rastro. Por isso Freud (1915/2010) constata “não ser correto que a repressão mantenha afastados do consciente todos os derivados do reprimido primordial” (FREUD 2010 [1915], p. 65)²⁶. No que concerne a estes derivados não recalçados, ocorre ainda a representação de uma energia mínima e, mesmo seu conteúdo sendo o suficiente para despertar um atrito, o que ocorre é que “o fator quantitativo se revela decisivo para esse conflito; tão logo a ideia, no fundo repugnante, fortalece-se além de determinada medida, o conflito se torna atual, e é justamente a ativação que traz consigo a repressão” (FREUD, 2010 [1915], p. 67).

Quanto ao destino dado ao fator quantitativo do representante pulsional, este pode vir a ser sua supressão total, sua aparição como afeto ou a sua transformação em angústia (FREUD, 2010 [1915], p. 68). Assim, é por meio dos resultados obtidos do processo de recalçamento que o seu próprio mecanismo se torna acessível, portanto, se dá na produção de uma formação substitutiva e também de sintomas, sendo estes os indícios de um retorno do recalçado (FREUD 2010 [1915], p. 69). Sobre este ponto, Garcia-Roza (2009) constata que é pela via da transformação do afeto que há a essência do processo de recalçamento, sendo o seu retorno realizado “sob a forma de sintomas, sonhos, atos falhos etc.” (GARCIA-ROZA, 2009, p. 92). Neste sentido, apesar da inacessibilidade do recalçado à consciência, ele opera incessantes efeitos, como os citados por Garcia-Roza. Na produção destes derivados, destas formações do inconsciente, produz-se também um ganho à dinâmica do recalçado, mesmo que realizado pelas vias do desconhecimento.

Ainda de acordo com Garcia-Roza (2009), o retorno do recalçado baseia-se na hipótese de Freud acerca da impossibilidade de destruição dos conteúdos inconscientes, fazendo com que os representantes recalçados não apenas mantenham-se indestrutíveis, como também permaneçam na insistência pelo acesso ao pré-consciente, “obrigando este último a um

²⁶ O “reprimido primordial” é entendido aqui como “recalque originário”, a primeira fase do processo de recalque, ao qual é negado à representante da pulsão o acesso ao consciente fazendo com que, assim, ela permaneça fixada, inalterada e ligada à pulsão (FREUD, 2010 [1915], p. 64). Já quanto ao segundo estágio do recalque (o recalque propriamente dito), tem-se a formação de um vínculo associativo ao recalçado por parte dos derivados psíquicos da representante recalçada, sofrendo um mesmo destino que o recalque originário (FREUD, 2010 [1915]). O terceiro momento desse processo seria o retorno do recalçado que abordaremos ao longo do texto a fim de buscarmos sua relação com o *unheimlich*.

dispêndio constante de energia para fazer face à ameaça que tais conteúdos representam (GARCIA-ROZA, 2009, p. 167). Assumindo essa indestrutibilidade do recalçado, entende-se que este não se trata de um esquecimento propriamente dito, estaria, na verdade, mais alinhado a um processo em que é esquecido o esquecimento, sobre o qual também se produzem reatualizações e dissimulações, permanecendo pulsante a memória esquecida e, ao mesmo tempo, inacessível à consciência.

Acerca das noções que se tem de consciência e memória, pode-se ressaltar a perspectiva proposta por Gonzalez (1984) em que ela explica que é no âmbito da consciência que se depara com a alienação, o encobrimento e até o esquecimento do saber, sendo por meio dele que se faz presente o discurso ideológico. Ademais, Gonzalez define a memória como o local de um não-saber, que corresponde a uma emergência da verdade, em que orbitam as inscrições de uma história não registrada. Portanto, ela conclui que

Consciência exclui o que memória inclui. Daí, na medida em que é o lugar da rejeição, consciência se expressa como discurso dominante (ou efeitos desse discurso) numa dada cultura, ocultando memória, mediante a imposição do que ela, consciência, afirma como a verdade (GONZALEZ, 1984, p. 226).

Assim, tendo em vista a compreensão dos processos que envolvem o recalçamento, retoma-se duas observações de Freud. Na primeira, ele explica que, se a afirmação de que todo afeto de uma emoção – independentemente do tipo –, para a psicanálise, é metamorfoseado em medo com a ação do recalçamento, “então deve haver um grupo, entre os casos do que é medonho, no qual se possa mostrar que, ali, medonho é algo do recalçado que retorna. Esse algo medonho seria justamente o incômodo” (FREUD, 2021 [1919], p. 93).

A segunda observação que Freud faz é a de que se é de fato a natureza do incômodo esse medo que foi produzido pelo recalque,

então compreendemos que o uso linguístico faça o cômodo transicionar para o seu oposto, o incômodo, já que esse incômodo não é realmente nada de novo ou alheio, e sim algo familiar à vida anímica desde tempos imemoriais, que dela apenas foi alienado pelo processo de recalçamento (FREUD, 2021 [1919], p. 93).

A partir dessa relação com o retorno do recalçado, trazemos aqui a citação do filósofo alemão Friedrich Von Schelling, utilizada por Freud em seu ensaio, na qual diz que *unheimlich* “é o nome de tudo o que deveria ter permanecido secreto e oculto, mas veio à luz”, uma reflexão que ilustra que o incômodo é, enfim, algo que deveria ter permanecido dissimulado e veio à tona.

Esta definição de Schelling, por sua vez, nos remete ao que Lacan (2005 [1962], p. 86) descreve acerca do conceito em questão. O autor francês define que o “magistral *unheimlich* do alemão, apresenta-se através de clarabóias” e que o termo também pode ser associado ao:

‘Súbito’, ‘de repente’ - vocês sempre encontrarão essas expressões no momento da entrada do fenômeno do *unheimlich*. Encontrarão sempre em sua dimensão própria a cena que se propõe, e que permite que surja aquilo que, no mundo, não pode ser dito (LACAN, 2005 [1962], p. 86).

Observa-se, então, que a vivência do *unheimlich* pode ser suscitada por um retorno ao material recalçado, que nos endereça às marcas pulsionais camufladas na consciência, ou como explica Freud: “o incômodo vivencial²⁷ consuma-se quando complexos infantis recalçados são reavivados por uma impressão ou quando convicções primitivas superadas parecem reafirmar-se” (FREUD, 2021 [1919], p. 107). Além disso, sendo o incômodo algo que no passado fora bem acomodado e posto como um lugar familiar, ele é também, ao mesmo tempo, marcado pela insígnia do recalçamento, o prefixo *in-*²⁸ (FREUD, 2021 [1919], p. 101). Portanto, entende-se a possibilidade de haver algo de incômodo no encontro com as diferenças no outro, pois nisto haveria também o barulho que ecoa de nosso próprio avesso.

4.3 O retorno de quem sempre esteve aqui

Em “Por que a guerra?” (1933/2021), Freud escreve em resposta a Einstein que um conflito não encontraria resolução ao subjugar uma das partes, mas sim com a instauração de uma transformação social que alcance não só o grupo vitorioso como também o grupo excluído – em nossa leitura pode-se dizer de um grupo *unheimlich*. Isso porque, fazendo um paralelo ao elemento recalçado, vê-se nele algo que também sempre retorna, seja como um sintoma ou como “uma nova onda de violência” (ROSA; DOMINGUES, 2010, p. 184). Desse modo, o excluir e manter excluído não transforma o fato desse grupo existir – assim como o elemento recalçado –, o sujeito que é deixado à margem, que é confinado ou negligenciado, não deixa de ocupar algum lugar que, em algum momento, se mostra evidente, retorna. Sujeito ou elemento recalçado, ambos não deixam de ressoar algo apenas porque foram delegados a outro local de “existência”.

²⁷ Ao final do ensaio, Freud (1919/2021) define dois desdobramentos do *unheimlich*, o incômodo vivencial – apresentado nessa citação – e o incômodo ficcional, que, por sua vez, trata-se da experiência incômoda que “apenas se imagina ou a respeito da qual se lê” (FREUD, 2021 [1919], p. 104).

²⁸ No alemão seria o equivalente ao *un-*.

Esta reflexão, por sua vez, pode nos remeter ao que Freud propõe quando faz uma relação entre Roma e o ser psíquico. Na vida anímica nada perece ou desaparece, de alguma forma, mesmo que não esteja manifesto, tudo se conserva (2020 [1930], p. 311). Deste mesmo modo Freud faz essa alusão aos fragmentos da Roma antiga, que estariam eles dispersos nos emaranhados da grande cidade, mesmo atualizada, reformada em diversas de suas construções, os fragmentos anteriores permanecem, não se dissipam por completo (FREUD, 2020 [1930]).

Faz-se então uma analogia ao pensarmos sujeitos – como os pacientes do Hospital Colônia de Barbacena – que, ao aparecerem, ao saltarem aos olhos da sociedade, ao proporcionarem à sociedade a experiência do incômodo, são destinados ao estado de exclusão e confinamento. No entanto, ocupando este lugar proposto como fora e distante, não deixam de causar algum ruído, uma pontada na ferida narcísica de outrem, furam a fantasia de uma sociedade eugenista e moralista.

Ao falar sobre a neurose cultural brasileira²⁹, Lélia Gonzalez (1984) também retoma a dinâmica que descrevemos até o momento, o que, por sua vez, vem a respaldar a presente construção proposta acerca da possibilidade de uma relação entre exclusão e delegação de um corpo a outro campo em relação ao recalque. A autora afirma:

Ora, sabemos que o neurótico constrói modos de ocultamento do sintoma porque isso lhe traz certos benefícios. Essa construção o liberta da angústia de se defrontar com o recalque. [...] No momento em que fala de alguma coisa, negando-a, ele se revela como desconhecimento de si mesmo (GONZALEZ, 1984, p. 232).

Assim, acerca dos paralelos possíveis à realidade dos pacientes do HCB, retoma-se a perspectiva de Schelling, resgatada por Freud. Ambos, o conceito de *unheimlich* em Freud e os internos, ressoam algo que deveria ter permanecido dissimulado, mas que surge realizando o seu efeito, produzindo uma experiência incômoda, infamiliar. No entanto, relembando a discussão já elucidada acerca da convivência do Estado e da sociedade com a configuração do Hospital, indaga-se aqui o que haveria de *heimlich* no sujeito incômodo perante o sujeito incomodado? O que haveria de “in-cômodo”, dentro da comodidade do meio social, para findar no aprisionamento de pessoas consideradas insanas e degeneradas?

Para estas indagações, acredita-se que no processo de recalque e seu retorno encontram-se algumas explicações do que de mais obscuro num sujeito retorna para que haja uma autorização de si ao cerceamento do corpo de um outro. Dolar (2018), apresentando o

²⁹ Gonzalez (1984) apresenta a neurose cultural brasileira como caracterizada pelo racismo como mecanismo sintomático na história do país.

unheimlich na figura do monstro, explica – por meio de Moretti (1983) – que esse “pode defender tudo o que nossa cultura tem de reprimir: o proletariado, a sexualidade, outras culturas, modos alternativos de viver, a heterogeneidade, o Outro” (MORETTI, 1983 *apud* DOLAR, 2018, p. 182) e, com isso, nasce a experiência que aflige a sociedade com algo da ordem do insuportável:

O surgimento desse sujeito impossível é o surgimento do olhar, a abertura de um buraco na realidade que é também o que vem imediatamente a preenchê-lo com uma presença insuportável, com um ser mais ser do que o ser, *vacuum* e *plenitudo*, tudo ao mesmo tempo, a plenitude como consequência direta do vazio (DOLAR, 2018, p. 184).

Ao abordar a questão da pulsão de morte em sua resposta a Einstein, Freud (1933/2021) explica que essa opera em cada pessoa almejando uma condução da vida ao estado de matéria inanimada, sendo por esse motivo a sua denominação. No entanto, a pulsão de morte pode tornar-se pulsão de destruição e isso ocorre “na medida em que, com a ajuda de órgãos especiais, é voltada para fora, contra os objetos. O ser vivo preserva, por assim dizer, sua própria vida destruindo a vida alheia” (FREUD, 2021 [1933], p. 436). Esta observação de Freud, apesar de ter sido formulada em um contexto de guerra, não escapa, por sua vez, de nossa leitura, de que há no *unheimlich* algo de muito incômodo que abala as possibilidades de manter os padrões de normalidade instaurados, um alguém a ser aniquilado, eliminado do convívio.

Pode-se dizer que o incômodo cerceia a comunidade que se insere e dita as regras desse “normal”, uma vez que ela enxerga algo de si mesma naqueles que ela julga como loucos e indesejados. Como destacamos na explicação de Freud (1919/2021): para algo que ressoa *unheimlich* em nós, há, em paralelo, a ligação com algo de muito familiar e conhecido à vida anímica. É o que Katz e Dunker (2020, p. 42) irão chamar de “irrupções do estrangeiro” que seria, em outras palavras, “aquilo que perturba e ameaça nosso narcisismo, incluindo-se o narcisismo das pequenas diferenças, a paranoia sistêmica e as perturbações discursivas do laço social” (KATZ; DUNKER, 2020, p. 42).

O incômodo associa-se ao fato de que há algo fora de lugar, um estrangeiro no ambiente, no entanto, lembremo-nos da função do *heimlich* neste processo, a parte do conceito que indica que não é de fato o que o outro possui de alheio que provoca o incômodo e sim a ameaça da identificação. Seria, portanto, a experiência do *unheimlich* algo que permeia o que ocorre a partir do encontro com a inquietação provocada pela diferença, uma diferença no outro que encontramos em nós mesmos, que produz a angústia e busca resolvê-la na própria imposição da distinção, negando algo de si no corpo hostil.

A negação, por sua vez, se faz relevante neste processo, pois atravessa a nossa discussão, sendo um guia que aponta o caminho do elemento recalçado até a consciência, desde que esteja na condição de negado. Freud (2020 [1925], p. 142) descreve o conceito da seguinte forma: “A negação é uma maneira de tomar conhecimento do recalçado; na verdade, é já uma suspensão do recalçamento [*Verdrängung*], mas evidentemente não é uma admissão do recalçado”. Assim, depara-se com o recalçado, mas nem por isso este se faz admitido, ele é o elemento familiar que não é bem-vindo em casa e que ao mesmo tempo se instala. É, portanto, a negação que denuncia sua estadia.

Outro fator relevante que Freud (1919/2021) aponta e complementa a presente discussão, é que a experiência do incômodo emana da existência de um duplo, “uma formação atinente aos primórdios anímicos superados – que, à época, certamente tinha um sentido mais amistoso” (FREUD, 2021 [1919], p. 82) e que se torna uma cena atroz, “assim como os deuses tornam-se demônios após a queda de sua religião” (FREUD, 2021 [1919]). Sendo assim, o entendimento freudiano de um duplo compõe a ideia de que há o não reconhecimento por parte do sujeito em sua identificação.

Com isso, pode-se compreender a produção da angústia por meio da duplicidade que aparece e torna propícia a aparição do sentimento *unheimlich*, inclusive quando abordamos sobre a experiência do incômodo vivida na relação entre sociedade e sujeito impelido ao campo da exclusão. Esta sociedade, portanto, é confrontada com seu duplo, com sua própria imagem “e esse despedaçamento da realidade ao qual o sujeito está acostumado, esse estilhamento das bases de seu mundo, produz uma terrível angústia” (DOLAR, 2018, p. 169).

Neste sentido, o fenômeno da angústia é suscitado pela aparição deste estrangeiro que surge no enquadramento, mas em algum momento antes já esteve ali:

É o hóspede, dirão vocês. Em certo sentido, sim, é claro, o hóspede desconhecido, que aparece inopinadamente, tem tudo a ver com o que se encontra no *unheimlich*, mas é muito pouco designá-lo dessa maneira, pois, como lhes indica muito bem o termo em francês, assim, de imediato, esse hóspede [hôte], em seu sentido comum, já é alguém bastante inquietado pela espera (LACAN, 2005 [1962], p. 87).

Para Lacan (1962) não é o *heimlich* o habitante da casa e sim o hostil, o *unheimlich*, aquele que nunca passou pelas “peneiras do reconhecimento”. E, dessa forma, retornamos à conclusão que havíamos demonstrado com Freud anteriormente, que seria a aparição do *heimlich* nesse engendramento que representaria a angústia, que aponta o caminho para a experiência do incômodo. Assim, o *unheimlich* produz um laço social assentado no sentimento de infamiliaridade, na angústia do (re)encontro com o estranho. Vale ressaltar, portanto, que é

justamente por meio da dinâmica do *unheimlich* se dispor entre o cômodo e o estrangeiro, que Lacan (1962/2005) produz a formulação de que na experiência da angústia “manteve-se Unheimlich, não menos habituável do que não habitante, menos inabitual do que inabitado” (LACAN, 2005 [1962], p. 87).

Sobre este laço entre angústia e *unheimlich* na perspectiva lacaniana, Dolar (2018) nos auxilia a compreendê-lo partindo do fato de que, neste contexto, a angústia em Lacan difere de outras teorias, uma vez que ela

não é produzida por uma falta, perda ou uma incerteza, não é a angústia de perder algo (o firme suporte, a orientação etc.) Pelo contrário, é a angústia de ganhar algo em demasia, de uma presença muito próxima ao objeto. O que se perde com angústia é precisamente a perda — a perda que tornou possível lidar com uma realidade coerente. ‘A angústia é a falta de suporte à falta’, diz Lacan; a ‘falta’ falta, e isso acarreta no estranho (DOLAR, 2018, p. 173).

Entende-se, então, que, no fenômeno ocorrido no encontro com o *unheimlich*, ao depararmos com a identificação dessa semelhança repulsiva e negada, se faz afastar aquilo que importuna a ordem social, mantendo o retorno do recalcado fora de alcance. No entanto, sabe-se, por meio de Freud (1915/2010), que o recalcado não cessa de tentar retornar. O estrangeiro no qual nos pautamos aqui é o que aparece como uma pedra no sapato da sociedade que nele se vê refletida e é nesta aparição que este *unheimlich* pode se tornar o sinônimo de corpo hostil.

Outro fator propulsor deste estranho incômodo é, de acordo com Dolar (2018), o reaparecimento de uma parte perdida a partir da aparição do sujeito, ou seja, “a interseção entre o ‘psíquico’ e o ‘real’, o interior e o exterior [...]. Então, o que é estranho é novamente a recuperação da perda: a parte perdida destrói a realidade, ao invés de completá-la” (DOLAR, 2018, p. 178). Isto, por sua vez, converge com a nossa leitura de que a vivência do *unheimlich* em uma sociedade – ao invés de suscitar questionamentos sobre si e sua parte familiar nesse encontro – ameaça a sua realidade instaurada e, na ameaça de uma destruição da realidade, encontra-se o amparo para defesa em sua suposta definição de normalidade em bases excludentes e homogeneizantes.

Sobre isto, também se pode dizer que, histórica e culturalmente, deixam-nos marcas daquilo que constitui um “louco”. Ele é comumente o imprevisível, o amedrontador e quem não cumpre os protocolos e acordos de convívio social, é o inimigo da norma. O próprio Freud (1919/2021) menciona as “sensações incômodas” proporcionadas pela “epilepsia e pela loucura”, definindo que “o leigo vê diante de si a manifestação de forças das quais não havia

suspeitado em seu semelhante, mas cuja moção ele é capaz de perceber vagamente nos confins de sua própria personalidade” (FREUD, 2021 [1919], p. 97-98). Portanto, assumindo que o *unheimlich* é um elemento que emerge no particular, mas, também, numa dimensão coletiva (BARTIJOTTO, 2021, p. 15), faz-se importante reconhecer que somos criados com medo da insanidade, incomodados com ela. Para afastar esse sentimento, confinou-se quem o causa, colocando-os em um estado mínimo de vida, submetendo diversos sujeitos à exclusão, a uma gestão necropolítica de suas vidas. Inclusive, entende-se como uma das tecnologias de manutenção dessa segregação o uso de discursos “psi”, pois são eles que também

produzem e reproduzem práticas sociais hegemônicas silenciam algumas formas de sofrimento, nomeiam outras e atribuem valor moral ou indexadores de classe ou gênero para determinados sofrimentos, tudo isso por intermédio da transformação histórica sofrida. Essas considerações nos mostram a maciça presença da ideologia na definição de loucura (KYRILLOS NETO; DUNKER, 2017, p. 957).

É a partir também do entendimento dessa lógica que podemos observar os limites construídos ao longo da história em torno dos critérios de normalidade, e como, apesar das transformações realizadas nas políticas de saúde mental, ainda são vistos os vestígios de uma lógica manicomial³⁰. Tal lógica, por sua vez, respalda o aprisionamento de sujeitos que têm corpo, cor e classe já definidos. Foi o que aconteceu no Hospital Colônia de Barbacena, tornou-se o destino dos incômodos, o lugar dado por quem define a normatividade.

Este incômodo, que é confrontado e com o qual se acredita não haver identificação, pode ser entendido como produto de formações ideológicas, cuja eficácia é validada na materialização do discurso e que, portanto, prevê uma atribuição imaginária dos sujeitos a determinados lugares, efetuando uma designação do que se estabelece como meu local e o local que deve ser ocupado pelo outro (BARTIJOTTO, 2021, p. 10). O *unheimlich*, assim, seria

³⁰ De acordo com Passarinho (2022), nos últimos anos, diversos artigos apontam a adoção de condutas controversas no campo da saúde mental no Brasil. Estes apontamentos, segundo o autor, se referem “à publicação de uma série de documentos normativos que indicam de modo inequívoco uma alteração no rumo que vinha sendo tomado pelo Ministério da Saúde (MS) nas últimas décadas” (PASSARINHO, 2022, p. 66), e que até o momento seriam – ou deveriam estar sendo – orientadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). O autor aponta que seria a partir de 2010 que uma maior inflexão começa a aparecer em relação ao fomento dos serviços substitutivos. É nessa linha que, a partir de 2011, vê-se a introdução das comunidades terapêuticas na RAPs (PASSARINHO, 2022, p. 66) e, que em 2015, abrem-se condições mais favoráveis a este tipo de processo, uma vez que o cenário político é tomado, em boa parte, por um espectro conservador (PASSARINHO, 2022), e é neste mesmo ano em que temos a última publicação do Saúde Mental em Dados, que se tratava de um quadro atualizado desde 2006 que apresentava um panorama geral sobre os principais dados da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS, dados que tinham como objetivo auxiliar a gestão e a identificação de desafios na garantia da qualidade dos serviços da RAPS, funcionando como uma bússola para o campo da saúde mental. Além disso, pode-se citar a inclusão das Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por meio da Portaria n. 1.482 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), permitindo a estes locais um caminho mais facilitado ao financiamento por meio de recursos públicos.

aquilo que recusa a entrada no discurso, sendo posto no local da exclusão, portanto, fora do laço social. A imposição do cabimento deste corpo estranho se faz, pode-se dizer, por meio de nomeações que passam pelo significante da loucura, para que, desse modo, atribua-se um sentido à ocupação desse sujeito no lugar do afastamento. No ato de nomear como louco, perigoso, violento e entre outros modos de adjetivar alguém, cria-se uma barreira – inclusive literal – entre o eu e o sujeito *unheimlich*.

Em síntese, o termo suscitado por Freud (1919/2021) nos dá a possibilidade de compreender a lógica do incômodo ao depararmos-nos com o diferente a nós mesmos, mas que muito de familiar nos apresenta. Faz com que retomemos a pergunta inicial deste capítulo acerca da postura da sociedade diante das condições vigentes de tratamento no Hospital Colônia e nossa constatação permanece a mesma: por muitas décadas nada foi feito, pois nada haveria a fazer dentro de uma lógica em que o confronto com a infamiliaridade, com o corpo que escapa ao discurso hegemônico, se daria na suspensão desse sujeito incômodo a outro local. Em outras palavras, supõe-se que, no fenômeno ocorrido no encontro com o *unheimlich*, ao confrontarmos a identificação dessa semelhança repulsiva – no retorno deste recalcado – se faz afastar aquilo que causa transtorno à “ordem” social, para que o incômodo não retorne.

Gonzalez (1984), ao abordar o engendramento da mulata e da doméstica a partir da figura da mucama, faz uma constatação importante para este ponto do recalcamento em nossa discussão. Ao apontar a definição do termo “mucama” no dicionário, ela observa que “não é por acaso que, no Aurélio, a outra função da mucama está entre parênteses. Deve ser ocultada, recalcada, tirada de cena. *Mas isso não significa que não esteja aí, com sua malemolência perturbadora*” (GONZALEZ, 1984, p. 230, destaque da autora).

Assim, ao passo que o *unheimlich* é lido como aquele que está fora de lugar, vê-se um paralelo ao pensamento mbembiano, sobretudo quando o autor escreve acerca do colonizado que, aos olhos do colonizador, a “vida selvagem” deste sujeito estranho é uma “experiência assustadora, algo radicalmente outro (alienígena)” (MBEMBE, 2018a, p. 35) ou perturbadora, como citado acima em Gonzalez (1984). Entende-se, portanto, que o estranho é lido como amedrontador e radicalmente outro justamente pela presença da ameaça da identificação a essa figura desalinhada com a norma.

Este escape à hegemonia discursivamente construída, por sua vez, produz nos sujeitos – que não são inseridos no discurso hegemônico – uma redução a uma condição minoritária, de acordo com Katz (2022), sendo as consequências severas: “implicam na baixa condição de acesso a direitos e a políticas equitárias, e produzem barreiras sociais que impõem a redução de acesso ao espaço público e à circulação social” (KATZ, 2022, p. 210).

Com isto, o conceito de necropolítica em Mbembe (2018a), este que aponta uma gestão da morte de corpos específicos, proporciona à concepção do *unheimlich* um tensionamento, de modo que possamos inferir que, apesar do encontro com o sentimento incômodo derivar de remiscências, o pensamento mbembiano interpela o que há nessa construção do passado, aponta os contornos coloniais e excludentes que o retorno do recalcado suscita. Assim, vê-se a possibilidade de entendermos o corpo *unheimlich* como o que vem a ser um corpo necrogerido, construído historicamente como tal, através de uma lógica incessante de preconceitos que passam pela estigmatização de determinadas categorias de raça, classe e gênero, as não inclusas num discurso hegemônico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensei sempre que era estranho a esta cidade e que nada tinha a ver com vocês. Mas agora, que vi o que vi, sei que sou daqui, quer queira, quer não. A história diz respeito a todos nós.

(Albert Camus, “A Peste”)

Ao nos encaminharmos para as considerações finais da presente pesquisa, primeiramente, entende-se que o mecanismo de necropoder, ao operar na eliminação deste *unheimlich* que retorna e torna a ser recalcado, nos leva à percepção sobre como as possibilidades de relação entre conceitos da psicanálise e os conceitos de outras áreas são diversas. Recuperando o “Discurso de Roma” (1953), no qual Lacan apela para o “retorno à psicanálise” e seus conceitos fundamentais para o não desaparecimento da teoria, Rodrigues (2022, p. 26) aponta um outro rumo, dizendo: “a psicanálise corre riscos cada vez que pretende ignorar conceitos fundamentais desenvolvidos fora do seu campo”.

Compreende-se, portanto, que esta pesquisa e as reflexões propostas não seriam possíveis se não houvesse essa abertura a outras formas de intersecção entre psicanálise e áreas de bases epistemológicas distintas, a psicanálise em si operando como estrangeiro em outro campo e sendo ela mesma interpelada por este outro (in)familiar. Realizar os enlaces conceituais, como o do *unheimlich* com a necropolítica, nos permite contestar as saídas que a racionalidade neoliberal³¹ nos impõe e pensar quais os tensionamentos que podem, e devem, ser feitos a partir disso.

Neste sentido, ao propormos a história do Hospital Colônia de Barbacena como objeto de nossa análise, buscou-se compreender se haveria na dinâmica de internação, ao longo das décadas de existência da instituição, mecanismos que se apresentassem como algo que pudessemos identificar como uma gestão necropolítica. Neste sentido, ao constatarmos a convergência entre o pensamento mbembiano acerca da eliminação de corpos e as condições presentes no HCB que, por sua vez, demonstravam essa premissa de “deixar em vias de morte”, vislumbramos a possibilidade de realizarmos uma nova intersecção que viesse a compor essa leitura de uma história de exclusão por meio do campo da psicanálise, com o conceito de *unheimlich*.

³¹ Entende-se aqui o neoliberalismo para além do prisma da teoria econômica, um funcionamento “como uma matriz de produção de discursos que atravessa diferentes dimensões da cultura” (SILVA, PESTANA, ANDREONI *et al.*, 2021, p. 77). Portanto, atemo-nos ao sentido do termo em Foucault (1988), ou seja, pela compreensão de que esta racionalidade neoliberal passa pelas formas de subjetivação, sendo estas definidas por discursos e práticas, por meio das quais, nasce um sujeito (SILVA, PESTANA, ANDREONI *et al.*, 2021).

Quanto à retomada da trajetória histórica do Hospital Colônia de Barbacena, entende-se este ponto em específico de uma perspectiva traduzida por Benjamim da seguinte maneira: “Articular historicamente o passado não significa reconhecê-lo ‘tal como ele foi’. Significa apoderarmo-nos de uma recordação [*Erinnerung*] quando ela surge como um clarão num momento de perigo” (BENJAMIN, 2012, p. 06). Desse modo, pode-se dizer que, ao haver a percepção de que algo do passado e muito conhecido vem se repetindo atualmente em outras formas de gestão de poder aliado ao tratamento de saúde mental, faz-se necessário recorrermos às memórias que remontam e nos relembram o que de mais sombrio se perpetua na atualização dos moldes excludentes de confinamento.

Tem-se em vista que, na trajetória das mudanças de políticas e projetos no tratamento da saúde mental no país, a gramática da exclusão custa a sair de cena. E esta dinâmica, por sua vez, traz consigo as bases de uma lógica manicomial, eugenista, racista, LGBTQIA+fóbica, misógina, capacitista, entres outros marcadores de violências contra populações discursivamente não hegemônicas. Pode-se dizer, assim, que as pessoas enviadas a uma instituição como o Hospital Colônia carregavam a loucura como uma marca para não dizer de diversos outros “desvios” lidos como insuportáveis à sociedade.

Associa-se essa lógica acerca da internação de corpos incômodos à ideia de Mbembe (2018a, p. 20) de que a percepção da existência do Outro³² se faz como uma ameaça, um perigo e um atentado, sendo, então, apenas com a eliminação dele que se encontraria a possibilidade de reforçar o potencial de vida e de segurança. Destacando este ponto sobre a segurança, encontra-se – recorrentemente – o respaldo proposto para esta questão em documentos oficiais, como vimos alguns trechos nos capítulos anteriores, ao abordarmos sobre a ação eugenista pelo viés da urgência em prevalecer a segurança e prevenção nas ações da saúde pública. Como propõe Mbembe (2018a, p. 17), ao examinar as trajetórias pelas quais o estado de exceção e a relação de inimizade tornaram-se a base normativa do direito de matar – mas podemos ler também como excluir, eliminar da cena, colocar em vias de morte – “Em tais instâncias, o poder (e não necessariamente o poder estatal) continuamente se refere e apela à *exceção, à emergência e a uma noção ficcional do inimigo*” (MBEMBE, 2018a, p. 17, destaque da autora).

Sendo a rotulação da loucura alinhada à ideia de periculosidade na figura de uma pessoa que, por sua vez, estaria passível de ser confinada com o respaldo da lei e da sociedade, o amedrontador na imagem deste “inimigo ficcional” produz, pode-se dizer, este efeito muito paralelo à experiência do encontro com o *unheimlich*, retomando os rastros de um recalçamento,

³² Este “Outro”, começado por letra maiúscula, é posto aqui desta forma uma vez que é assim que Mbembe (2018a, p. 20) coloca o termo em sua escrita.

até então, preservado. Assim, a proposição do que seria a necropolítica nos leva a refletir sobre o que Freud concebia como *unheimlich*, pois ele observa nesta relação infamiliar algo que transita entre a alteridade e a identificação (TAVARES, 2022, p. 33). Nessa dinâmica do reconhecimento de algo familiar no estrangeiro se produz insegurança, um incômodo diante da aparição deste contraponto. Faz-se assim da figura estranha um corpo hostil (TAVARES, 2022, p. 34).

No entanto, como vimos ao longo do trabalho, não é o que no outro difere que produz o incômodo e sim o encontro com a familiaridade reconhecida neste outro, “a alteridade é aparentemente temida por nos ameaçar com a despersonalização” (TAVARES, 2022, p. 34). Desse modo, é na diferença que se opera o papel da angústia diante do incômodo e, assim, vê-se também outras formas de identificação do outro como ameaça por seguirem ou serem de outra maneira que não o regime homogeneizado. Essa dinâmica, por sua vez,

São questões que nos dias atuais se traduzem em termos de necropolítica da vida cotidiana pelos altíssimos e alarmantes números de ocorrências de feminicídio, homofobia, transfobia etc., e cujo caso mais flagrante, evidentemente, permanece sendo o do racismo estrutural, traduzido no descaso com as populações de maioria negra e parda residentes nas favelas (TAVARES, 2022, p. 34).

Pensando mais especificamente acerca dos reflexos do passado dos cuidados com a saúde mental na atualidade, Santos (2018) afirma que o Estado não determina apenas quem deve morrer e quem deve viver, mas o racismo de Estado também determina, por meio da assistência psiquiátrica, “os que devem ter saúde mental, e os que podem viver atormentados em seu sofrimento produzido pelas condições sociais” (SANTOS, 2018, p. 247). Com isso, de acordo com o autor, é também este mesmo Estado que dita em quais condições a população brasileira tem sua saúde mental tratada, por meio de quais abordagens e tipos de investimentos, o que, nesse contexto, se mostram como proposições determinantes para as possibilidades de vida (ou morte) dispostas para grupos específicos.

A formulação dada ao cuidado em saúde mental a algumas populações, portanto, se faz como um reflexo da degradação histórica de seus corpos. Acompanhados ou não da insígnia da loucura, a marca da eliminação se presentifica no modo como condições materiais de vida e tratamentos são oferecidos a essas pessoas. Assim, ao retomarmos os tipos de tratamento impostos aos pacientes do Hospital Colônia de Barbacena ao longo de oito décadas até o início da RPB, podemos dizer que ainda há a ocorrência de um retorno atualizado dos rastros do que historicamente é herdado, uma repetição, ano após ano, por meio de discursos excludentes no acolhimento de pessoas que precisam de cuidados em saúde mental, sobretudo quando estas

também são inclusas em marcadores discursivos não hegemônicos (raça, classe, gênero, orientação sexual).

Neste sentido, destas reminiscências – as articulações de como encaramos a loucura, o distinto, o avesso que nos proporciona identificação – emerge uma variação de repetições ainda comprometidas com modalidades como as de branqueamento, higienização social, “curas gays”, entre outros diversos caminhos produzidos e que podem ser vistos atualmente alinhados ao discurso de “cuidado”. É através da criação de uma emergência ficcional, de um inimigo comum – ou um *unheimlich* comum – como propõe Mbembe (2018a), que estas tecnologias de eliminação de subjetividades compõem continuamente em novas roupagens.

Em paralelo, infere-se que o processo do recalque, relacionado ao fenômeno de nos depararmos com o *unheimlich*, produz um sintoma social que se repete e se renova e, também, produz efeitos em derivação desse encontro com o incômodo. Alguns destes efeitos, pode-se dizer, seria a segregação, a negligência, a violência. Com isso, trazemos a indagação proposta por Kyrillos Neto e Dunker (2017, p. 970) – os quais também retomam alguns pontos de nossa introdução acerca da psicanálise extramuros – sobre a possibilidade de pensarmos acerca do sintoma num outro âmbito, num sentido ampliado para o social e, sobre isto, eles explicam, pensando o conceito de repetição: “consideramos que o sintoma social se manifesta por meio de práticas e discursos que se automatizam, independentes das estruturas de personalidade de seus agentes” (KYRILLOS NETO; DUNKER, 2017, p. 971).

A criação de leis e decretos, por exemplo, são algumas das maneiras que procuram assegurar – por vias materiais, geográficas e discursivas – o não-encontro com aquilo que amedronta. Um espaço, como o HCB, que coloca distância entre o incômodo e os incomodados diz muito sobre a preocupação dos incomodados sobre si mesmos, sobre sua inquietação provocada no encontro com o duplo. Isso, por sua vez, nos lembra algo de muito (in)familiar – uma repetição – que ocorre atualmente, que é a abertura, cada vez mais ampla, de Comunidades Terapêuticas (CTs), locais comumente construídos em chácaras, sítios, fazendas ou locais próximos aos limites das áreas urbanas e que repetem diversas das condutas próprias da lógica manicomial. Vale ressaltar que a lógica presente nas CTs, de acordo com Fossi e Guareschi (2015), é de um tratamento pautado na moralização, abstinência total e imposição da espiritualidade, é também muito comum a realização da laborterapia, uma rígida disciplina e do isolamento e exclusão dos sujeitos, além do fato de que “as visitas dos familiares são parcas e restritas e o contato com o mundo externo é inexistente, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais” (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 96).

A partir deste exemplo da atualização da lógica manicomial por meio das CTs, entende-se que “A psicanálise nos ensina que o trauma é, em si, intrusivo e estranho, mas enquanto permanece estranho é sempre reavivado e irrompe em forma de repetição, sem que se possa compreendê-lo” e que, desse modo, “podemos afirmar que quando a sociedade não consegue elaborar os efeitos de um trauma e opta por tentar esquecer o evento traumático, esse simulacro de recalque coletivo pode produzir repetições” (KYRILLOS NETO; DUNKER, 2017, p. 971). Compreende-se que aquilo que foi delegado a outro local retorna deste recalque social sob a forma de repetição, atualizado com os impulsos do passado, manifestando-se em diferentes modos de excluir e violar.

Assim, propõe-se que a presente pesquisa opere no sentido que Safatle (2021) nos aponta, da explicitação de uma dinâmica que se mantém implícita e, desse modo, age de diversos modos atualizados rompendo as mudanças política e a temporalidade. Ele explica:

Nenhuma sociedade tem apenas estruturas normativas explícitas, mas se assenta também em um conjunto implícito de disposições de conduta e de inflexão das normas enunciadas. Isso nos levaria então a imaginar que uma perspectiva crítica seria aquela capaz de explorar as contradições no interior do próprio sistema de normas através da explicitação do que precisa continuar implícito para poder funcionar (SAFATLE, 2021, p. 07-08).

Neste ponto, com esta explicitação, sobretudo quando abordamos a repetição de uma lógica de tratamento manicomial, pensa-se as saídas possíveis desse engendramento. A mais proeminente, em nossa compreensão (a partir das intersecções realizadas), é a de que é preciso repetir-se – no âmbito particular e também social –, todavia, essa repetição não se constituiria sendo a mesma, e sim repetindo de outro modo na invenção de um caminho que nos permita ser atravessados pela diferença. A partir de um outro lugar se funda também outra posição perante o encontro com o *unheimlich*, tensionando esse conceito para além da negação da identificação, voltado para uma interpelação do que do eu há no outro e o que no outro aponta a própria falta.

Assumindo os furos existentes na forma de gerir as vidas e mortes de determinados sujeitos, assume-se também nossas próprias falhas enquanto uma sociedade que continua a assistir atrocidades a corpos marcados, – como foi assistido no caso do Hospital Colônia de Barbacena – e, sobre este ponto, Mbembe (2018b) explica que o caminho de uma subversão da normativa se define pela “questão da produção, a partir da crítica do passado, de um futuro indissociável de uma certa ideia da justiça, da dignidade e do em comum” (MBEMBE, 2018b, p. 348).

Desse modo, partimos de uma posição que busca apreender nossa parcela de responsabilidade, enquanto sociedade, nesta *gestão de margens*³³ envolta a uma dinâmica de violência e omissão, para que, assim, não se perpetue um discurso de isenção de comprometimento e nem se dissimule nossa parte num Estado que deteriora os preceitos da RPb, que mantém populações em vias de eliminação e que violenta física e discursivamente grupos que escapam à hegemonia. Todavia, sabe-se que partir deste ponto de vista é complexo, sobretudo diante das formas vigentes de produção de vida sob o sistema capitalista, em outras palavras, pode-se tomar a questão posta por Guerra (2022): “Do corpo ao Outro e do Outro ao outro, como habitar o mundo em coexistência radical com a diferença, sem que ela se torne fonte de subalternidade, aniquilamento, epistemicídio e necropolítica?” (GUERRA, 2022, p. 09). Perante este tensionamento acredita-se que é possível encontrar algumas respostas (e, até mesmo, novas perguntas). Nas palavras de Mbembe (2018b, p. 348):

para chegar a esse mundo a cuja mesa todos são convidados a se sentar, ainda é preciso se ater a uma rigorosa crítica política e ética do racismo e das ideologias da diferença. A celebração da alteridade só tem sentido se ela se abrir para a questão crucial do nosso tempo, a questão da partilha, do comum e da abertura à exterioridade.

Em resumo, entende-se que o que passa pela reparação, pela saída em direção à ampliação do nosso senso de responsabilidade é também concebermos que, no encontro com o contraponto, a questão não é assumi-lo inteiramente semelhante ou identificado, mas, primordialmente, admitir que partimos das diferenças, “E são elas que, paradoxalmente, precisamos pôr em comum” (MBEMBE, 2018b, p. 350). Não há, portanto, uma relação com o eu que não seja atravessada pela relação com o outro em sua semelhança e simultânea diferença. Admitirmos esta premissa nos coloca como constituintes de um fazer subjetividades em si e em outrem, e também nos entrecruza com as múltiplas responsabilidades que carregamos conosco e com os nossos encontros *unheimlich*.

³³ Termo cunhado por Safatle (2021, p. 09).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen, 2019.

ALMEIDA, S. Prefácio. In: FRANCO, F. L. **Governar os mortos: necropolíticas, desaparecimento e subjetividade**. São Paulo: Ubu Editora, 2021.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

ARBEX, D. **O holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro. 50 anos sem punição**. Tribuna de Minas, 20 de novembro, 2011. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/20-11-2011/holocausto-brasileiro-50-anos-sem-punicao.html> Acesso em: 08 out. 2020.

ASSIS, E. **Exilados na pátria: o tratamento de “alienados” no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, 1903-1979**. São Paulo: Editora Dialética, 2021.

BARRETO, A. H. L. **Diário do hospício: o cemitério dos vivos**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Biblioteca Carioca, 1993.

BARTIJOTTO, J. Sobre o Unheimlich: entre a Literatura e a realidade da mídia. **Analytica: Revista de Psicanálise**, São João del-Rei, v. 10, n. 18, p. 1-20, jan./jun. 2021.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985

BATISTA, A. *et al.* **Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil**. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde, PUC-Rio. Nota Técnica 11, maio 2020. Disponível em: <https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf> Acesso em: 22 fev. 2023.

BENJAMIN, W. **O anjo da história**. Org. e trad. João Barrento. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

BERGAMINI, V. **Bárbaras Cenas: ecos do holocausto brasileiro após a reforma psiquiátrica nos discursos sobre a cidade dos loucos e das rosas**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2020.

BORGES, L.; BORGES, M. B. **Trem de doido**. Gravadora EMI: 1972.

BRASIL. Decreto n. 000206 a - de 15 de fevereiro de 1890. Aprova as instruções a que se refere o Decreto n. 142 A, de 11 de janeiro último, e cria a assistência médica e legal de alienados. Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados. Lex: Coleção das Leis Brasileiras. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Approva%20as%20instruções%20a%20que,medica%20e%20legal%20de%20alienados> Acesso em: 19 jun. 2023.

BRASIL. Lei n. 290 (1900, 16 de agosto). Cria no Estado a Assistência de Alienados e contém outras disposições a respeito. Belo Horizonte: Coleção das leis e decretos de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/290/1900/> Acesso em: 19 de mar. 2023.

BRASIL. Decreto n. 005125 de, 01 de fevereiro de 1904. Dá novo regulamento à Assistência às Alienados. Lex: Coleção das Leis Brasileiras. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5125-1-fevereiro-1904-503179-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 19 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde. Diário Oficial, Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html Acesso em: 30 jul. 2023.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. 3 ed. Campinas: UNICAMP/IFCH/CECULT, 2022.

DAVID, E.; VICENTIN, M. C. Relações raciais, uma questão antimanicomial. **Revista da ABPN**, v. 12, s/n. Ed. Especial, p. 108-137, out. 2020.

DOLAR, M. “Eu estarei com você em sua noite de núpcias”: Lacan e o Estranho. In: GONSALVES, R.; PENHA, D. **Ensaio sobre Mortos-Vivos: The Walking Dead e outras metáforas**. São Paulo: Editora Aller, 2018.

DUARTE, M. N. **Ares e luzes para mentes obscuras: o Hospital Colônia de Barbacena: 1922-1946**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, MG, 1996.

DURAS, M. **Escrever**. Trad. Rubens Figueiredo. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

EM NOME DA RAZÃO [Documentário]. Helvécio Ratton. Grupo Novo de Cinema e Associação Mineira de Saúde Mental, Barbacena, 1979. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Pgos7_-PCpo Acesso em: 08 out. 2020.

ENGEL, M. G. Imagens limianas da loucura e do hospício: elemento para uma reflexão. **Revista do Departamento de Psicologia**, Niterói, UFF, 3-4(1-2), p. 65-77, jan./dez., 1991/1992.

ENGEL, M. G. As fronteiras da “anormalidade”: psiquiatria e controle social. **História, ciências, saúde**, v. 3, n. 547-63, p. 552, nov. 1998 – fev. 1999.

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

ESTEVÃO, I. Sobre três eixos da pesquisa em psicanálise: clínica, teoria e extensão. In: FULGENCIO, L., BIRMAN, J. *et al.* **Modalidades de pesquisa em psicanálise: Métodos e Objetivos**. São Paulo: Zangodoni, 2018.

FANON, F. **Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos**. Trad. Sebastião Nascimento. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FERRANTE, E. **Frantumaglia: os caminhos de uma escritora**. Trad. Marcello Lino. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2016.

FIRMINO, H. **Os porões da loucura**. 3 ed. Belo Horizonte: Edições Ecológico, 2014.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FRANCO, F. L. **Governar os mortos: necropolíticas, desaparecimento e subjetividade**. São Paulo: Ubu Editora, 2021.

FREUD, S. A História do Movimento Psicanalítico (1914). In: FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Trad. Themira de Oliveira Brito, Paulo Henriques Britto e Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. **As pulsões e seus destinos (1915)**. Trad. Pedro Heliodo Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

FREUD, S. A Repressão (1915). In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. **O Incômodo (1919)**. Trad. Paulo Sérgio de Souza Jr. São Paulo: Blucher, 2021.

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: FREUD, S. **O mal-estar na cultura e outros escritos**. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

FREUD, S. A negação (1925). In: FREUD, S. **O infamiliar / Das Unheimliche, seguido de O Homem da Areia**. Trad. Ernani Chaves, Pedro H. Tavares e Romero Freitas. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

FREUD, S. O mal-estar na cultura (1930). In: FREUD, S. **O mal-estar na cultura e outros escritos**. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

FREUD, S. Por que a guerra? (1933). In: FREUD, S. **O mal-estar na cultura e outros escritos**. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo, Perspectiva, 1974.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, p. 223-244, 1984.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**. Rio de Janeiro, n. 92/93 (jan./jun.), p. 69-82, 1988.

GUERRA, A. Apresentação. In: GUERRA, A. (Org.). **O mundo e o resto do mundo: antíteses psicanalíticas**. São Paulo: n-1 edições e Psilacs, 2022.

HOLOCAUSTO BRASILEIRO [Documentário]. Daniela Arbex e Armando Mendz. Vagalume Filmes e HBO, Brasil, 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=139n1x24ILU> Acesso em: 02 mai. 2022.

IANNINI, G.; TAVARES, P. H. Freud e o infamiliar. In: FREUD, S. **O infamiliar / Das Unheimliche, seguido de O Homem da Areia**. Trad. Ernani Chaves, Pedro H. Tavares e Romero Freitas. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

IANNINI, G.; SANTIAGO, J. Mal-estar: clínica e política. In: FREUD, S. **O mal-estar na cultura e outros escritos**. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

KATZ, I.; DUNKER, C. I. L. Clínica do cuidado: Estrangeiridade, estrangeiro e estranhamento. **Calibán: Revista Latino Americana de Psicanálise**, v. 18, n. 1, p. 38-59, 2020.

KATZ, I. Infâncias contra hegemônicas para descolonizar a psicanálise. In: GUERRA, A. (Org.). **O mundo e o resto do mundo: antíteses psicanalíticas**. São Paulo: n-1 edições e Psilacs, 2022.

KYRILLOS, F.; DUNKER, C. I. L. Depois do holocausto: efeitos colaterais do hospital colônia em Barbacena. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 952-974, dez. 2017.

LACAN, J. **O seminário, livro 10: a angústia (1962-1963)**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

MAGRO FILHO, J. B. **A tradição da loucura - Minas Gerais: 1870/1964**. Belo Horizonte: Coopmed/Editora UFMG, 1992.

MBEMBE, A. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. Trad. Renata Santini. São Paulo: n-1 edições, 2018a.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. Trad. Sebastião Nascimento. São Paulo: n-1 edições, 2018b.

MEZAN, R. **Freud, pensador da cultura**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

MORETZSOHN, J. **A história da psiquiatria mineira**. Belo Horizonte: COOPMED Editora, 1989.

NEGRIS, A. Entre biopolítica e necropolítica: uma questão de poder. **Revista Ítaca**, Rio de Janeiro, n. 36, p. 79-102, 2020.

PASSARINHO, J. G. Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 49, p. 65-80, 2022.

PASSOS, R. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018.

PENHA, D. **Faces do horror em Freud**: palavras, gestos e imagens. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2021.

ROSA, M. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 329-348, set. 2004.

ROSA, M; DOMINGUES, E. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 180-188, 2010.

RODRIGUES, C. Necropolítica e psicanálise: uma oportunidade de atualização. **Revista Cult**, São Paulo, ano 25, n.288, p. 24-27, dez. 2022.

SAFATLE, V. Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In: SAFATLE, V.; SILVA JÚNIOR, N.; DUNKER, C. (Orgs.). **Patologias do Social**: Arqueologias do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SANTOS, A. Saúde mental da população negra: uma perspectiva não institucional. **Revista da ABPN**, v. 10, n. 24, p. 241-259, fev. 2018.

SILVA, M. C. B. **Repensando os porões da loucura**: um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2008.

SILVA, D.; PESTANA, H.; ANDREONI, L. Matrizes psicológicas da episteme neoliberal: a análise do conceito de liberdade. In: SAFATLE, V.; SILVA JÚNIOR, N.; DUNKER, C. (Orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

TAVARES, P. H. O infamiliar da necropolítica em nossa vida cotidiana. **Revista Cult**, São Paulo, ano 25, n. 288, p. 32-35, dez. 2022.