CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO – UNDB
CURSO DE DIREITO

NICOLE ELISA CASTRO DA COSTA

POLÍTICAS MANICOMIAIS, HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA E NECROPOLÍTICA: exclusão social, desumanização e morte.

São Luís
2026

NICOLE ELISA CASTRO DA COSTA

POLÍTICAS MANICOMIAIS, HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA E NECROPOLÍTICA: exclusão social, desumanização e morte.

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel(a) em Direito.

Orientador: Prof. Me. Ítalo Gustavo e Silva Leite

São Luís

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Costa, Nicole Elisa Castro da

Políticas manicomiais, hospital colônia de Barbacena e necropolítica: exclusão social, desumanização e morte. / Nicole Elisa Castro da Costa. __ São Luís, 2026.
71 f.

Orientador: Prof. Me. Ítalo Gustavo e Silva Leite.
Monografia (Graduação em Direito) - Curso de Direito – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2026.

1. Criminologia positivista. 2. Direitos fundamentais. 3. Manicômios. 4. Necropolítica. 5. Saúde mental. I. Título.

CDU 342.7:364:616.89(81)

NICOLE ELISA CASTRO DA COSTA

POLÍTICAS MANICOMIAIS, HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA E NECROPOLÍTICA: exclusão social, desumanização e morte.

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharela em Direito.

Aprovada em: 22/06/2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Ítalo Gustavo e Silva Leite (Orientador)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

Prof. Me. Igor Martins Coelho Almeida (Primeiro Examinador)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

Prof. Me. Carlos José Penha Everton (Segundo Examinador)

Avaliador Externo

Dedico ao meu avô.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pela saúde e a sabedoria que me deu para poder estudar, trabalhar e viver. Aqueles próximos de mim sabem que não sou religiosa, mas sabem que possuo fé, e foi essa fé, que me permite tentar. Não enxergo religião organizada com bons olhos, mas entendo a fé e a graça de Deus como algo que muito transcende as limitações de quatro paredes e um teto.

Em meus agradecimentos, não posso esquecer de minha mãe Claudia Elisa, nome conhecido por meus amigos pois não passo um dia sem mencioná-la para ninguém. Mãe-solo que sempre trabalhou fora, nos interiores da vida, mas nunca deixou nada me faltar. Mãe que todo início de semestre se esforçava para que pudéssemos manter minha vaga na faculdade apesar dos altos custos. Mãe que me buscava na universidade todas as noites. Que sempre perguntou se eu tinha um dinheirinho pra comer alguma coisa. Que sempre me ouvia reclamar toda vez que voltava para casa, seja por um motivo ou outro. E que sabe de absolutamente tudo o que acontecia na sala de aula só por minhas fofocas.

Deixo também meus agradecimentos à minha avó Deuzamar, apesar de muitas vezes nos desencontrássemos em nossas desavenças; e meu avô Raimundo, que contribuiu imensamente para minha educação e criação, sendo o pai que não tive e a maior perda em minha vida. Finalizando a listagem referente a meus familiares, menciono também os meus primos Lucas, Ian, Anny (prima-cunhada), e seus pais: minha tia Sandra Regina e meu tio Del que também foram essenciais em meu desenvolvimento.

Não posso esquecer-me de meus amigos que, apesar de ninguém ter se oferecido para elaborar toda a monografia para mim de graça, são incríveis. Maria Eduarda Pestana e Emanuelle Barros, com quem comemoro 11 anos de amizade em 2026 e que nem 5 anos em uma outra faculdade puderam nos distanciar (apesar do CEUMA ser praticamente do outro lado da Colares Moreira). Agradeço por nunca duvidarem de mim e por nunca me deixarem só.

Ana Gabriely Duailibe, Aline Josy, Juliana Pedrosa e Kassandra Amaral, que vivenciaram cada siricutico meu durante a graduação e me ajudaram muito mais do que podem imaginar, seja na preparação para a OAB, seja durante a produção desta monografia, deixando muita saudade de nossas tardes de terça-feira no Núcleo de Prática Jurídica com o Professor Murilo Salém. Agradeço também, muito e muito à Dra. Isabella Gaioso, que me deu imenso suporte profissional e acadêmico desde 2024 e é definitivamente uma das pessoas mais incríveis que já conheci. Agradeço também aos meus chefes (Dr. Cláudio Lira e Dr. Edilson Freitas) que me emprestaram o notebook do escritório para poder produzir esta monografia.

Agora, quanto aqueles que contribuíram efetivamente com o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, não posso deixar de agradecer meu orientador, Prof. Ítalo Leite, que com bastante entusiasmo me direcionou e auxiliou na produção desta monografia, além de ser um grande exemplo de criminalista e profissional. A ele, desejo muito sucesso em sua carreira e vida, e muita saúde e alegrias para seus familiares. Os mesmos votos se estendem à Prof. Aline Froes que deu imenso suporte à produção desta monografia, e ao Prof. Igor Almeida.

Aos demais membros da banca e ouvintes, deixo meus agradecimentos.

“Não haveria loucura suficiente para justificar tanto horror”. Daniela Arbex.

RESUMO

O presente trabalho analisa as políticas manicomiais brasileiras, o Hospital Colônia de Barbacena e a teoria da necropolítica, investigando de que forma o Estado brasileiro construiu e operacionalizou um modelo institucional de exclusão e gestão da morte de populações historicamente consideradas indesejáveis. A pesquisa teve como objetivo demonstrar que o alienado não constituiu uma categoria médica, mas uma construção moral e política voltada ao controle social, e que o Hospital Colônia de Barbacena representou a expressão mais acabada desse modelo no Brasil. A pesquisa adotou método dedutivo, de natureza qualitativa, partindo de referenciais teóricos consolidados nas áreas de filosofia política, criminologia e história para analisar o caso concreto do Hospital Colônia de Barbacena. Os resultados evidenciaram que interesses sociais dos séculos XIX e XX, aliados ao positivismo criminológico e à adoção do higienismo como norte teórico de instituições médicas forneceram legitimidade científica para a patologização do desvio moral e da pobreza, consolidando legislativamente uma política manicomial voltada à exclusão dos indesejáveis. No Colônia, dezenas de milhares de pessoas morreram em razão de abandono estatal deliberado, da violência institucionalizada e condições subumanas de existência. A aplicação da teoria da necropolítica ao caso demonstrou que essas mortes resultaram de uma escolha política estruturada, na qual o poder soberano exercia controle sobre a vida e a morte por meio da omissão sistemática. Concluiu-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, representou avanço normativo significativo, mas não rompeu integralmente com a lógica manicomial necropolítica, que persiste no instituto das medidas de segurança do Código Penal e no imaginário social que ainda naturaliza a internação compulsória, recaindo sobre o mesmo perfil racial e socioeconômico historicamente excluído.

Palavras-chave: criminologia positivista; direitos fundamentais; manicômios; necropolítica; saúde mental.

ABSTRACT

This study analyzes Brazilian asylum policies, the Hospital Colônia de Barbacena and the theory of necropolitics, investigating how the Brazilian State built and operationalized an institutional model of exclusion and death management of historically undesirable populations. The research aimed to demonstrate that the concept of the "alienated" did not constitute a medical category, but rather a moral and political construction directed at social control, and that the Hospital Colônia de Barbacena represented the most complete expression of this model in Brazil. The research adopted a deductive method, qualitative in nature, drawing on consolidated theoretical frameworks in the fields of political philosophy, criminology and history to analyze the concrete case of the Hospital Colônia de Barbacena. The results showed that social interests of the nineteenth and twentieth centuries, combined with criminological positivism and the adoption of hygienism as the theoretical foundation of medical institutions, provided scientific legitimacy for the pathologization of moral deviance and poverty, legislatively consolidating an asylum policy aimed at the exclusion of undesirables. At Colônia, tens of thousands of people died as a result of deliberate state abandonment, institutionalized violence and subhuman living conditions. The application of necropolitics theory to the case demonstrated that these deaths resulted from a structured political choice, in which sovereign power exercised control over life and death through systematic omission. It was concluded that the Brazilian Psychiatric Reform represented a significant normative advance but did not fully break with the necropolitical asylum logic, which persists in the security measures institute of the Penal Code and in the social imaginary that still naturalizes compulsory hospitalization, falling upon the same historically excluded racial and socioeconomic profile.

Keywords: positivist criminology; fundamental rights; asylums; necropolitics; mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF/88	Constituição Federal de 1988
CHPB	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CPB	Código Penal Brasileiro
ECTP	Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FUNDAC	Fundação Municipal de Cultura de Barbacena
HCB	Hospital Colônia de Barbacena
HPII	Hospício de Alienados Pedro II
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MS	Medidas de Segurança
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
PL	Projeto de Lei
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216/2001)
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNB	Universidade de Brasília
UNDB	Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco
UNESP	Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
2 AS POLÍTICAS MANICOMIAIS E SEGREGACIONISTAS NO SÉCULO XX 13
2.1 O surgimento dos manicômios no Brasil e a construção social do "alienado" 13
2.2 A ciência a serviço da segregação social 17
2.3 A influência do higienismo e do darwinismo social na legislação manicomial 21
3 O HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA 29
3.1 As Primeiras Décadas do Colônia 29
3.2 A Indústria da Morte do Hospital Colônia 35
3.3 O começo do fim de Barbacena e a Reforma Psiquiátrica 37
4 A NECROPOLÍTICA E O CASO BARBACENA 44
4.1 Achille Mbembe, Michel Foucault e necropolítica 44
4.2 Aplicabilidade da Necropolítica na Análise da gestão do Colônia 49
4.3 As novas perspectivas manicomiais e necropolíticas no Brasil 54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 62
REFERÊNCIAS 62

1 INTRODUÇÃO

O Decreto nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890, originou a "Assistência Médica e Legal de Alienados", um programa assistencial estatal que buscava oferecer tratamento médico para aqueles que, em razão de alienação mental adquirida ou congênita, perturbassem a tranquilidade pública, ofendessem a moral, os bons costumes, ou atentassem contra a sua vida ou a de outrem. O decreto estabeleceu que todos deveriam ser recolhidos em asilos especiais destinados à reclusão e ao tratamento de alienados.

Verificou-se assim que a legislação que instituiu a Assistência ao Alienado no Brasil, que o histórico da legislação manicomial brasileira foi altamente influenciado por uma construção social da loucura. A legislação não tão somente tutelava sobre aqueles mentalmente instáveis, mas englobava toda uma diversidade de personagens que talvez não possuíssem doença, mas aqueles que, de uma forma ou de outra, desafiaram os costumes da época.

As políticas manicomiais brasileiras promoveram um modelo de gestão sobre os indesejados pela sociedade que perdurou por quase dois séculos até a promulgação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No entanto, de 1890 até 2001, o método de tratamento psiquiátrico de recolhimento dos considerados “alienados” foi utilizado no Brasil. O Hospital Colônia de Barbacena (HCB) foi um dos manicômios mais famosos do país por este exato motivo, visto que chegou ao marco de 60 mil mortes de pacientes desde sua criação, se destacando pela laborterapia análoga ao trabalho escravo e a comercialização dos restos mortais dos internos.

Foi justamente para analisar as práticas do HCB que se propôs, na presente monografia, a chave teórica da necropolítica, uma teoria pós-colonial formulada por Achille Mbembe. O filósofo político propôs que a expressão máxima da soberania consistiria no poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer, operando através da estratificação social e desumanização de determinados grupos (Mbembe, 2018). Daí surgiu o problema central desta monografia: em que medida a teoria da necropolítica permite compreender o funcionamento do HCB e a lógica manicomial brasileira que o fundou?

Adota-se, como hipótese de trabalho, que a teoria da necropolítica de Achille Mbembe constituiria a chave teórica adequada para compreender o funcionamento do Hospital Colônia de Barbacena e as primeiras políticas brasileiras de saúde mental, configurando-se Barbacena não como desvio de gestão isolado, mas como expressão mais clara de um modelo necropolítico que organizou as políticas manicomiais brasileiras.

O estudo se restringiu à legislação manicomial brasileira, desde o Decreto nº 82/1841 e até a Lei nº 10.216/2001 (com seus devidos saltos temporais), ao caso concreto do HCB e à teoria de Mbembe. Para alcançá-lo, foram estabelecidos três objetivos específicos: apontar as bases jurídicas, científicas e morais que sustentaram a institucionalização da loucura no Brasil pré-Reforma Psiquiátrica; reconstituir a história do HCB, da fundação em 1903 ao encerramento em 2026 e examinar a teoria da necropolítica, situando-a em relação ao biopoder de Foucault, verificando a aplicabilidade da teoria ao caso do HCB quanto à institucionalização do necropoder, identificando as continuidades necropolíticas-manicomiais contemporâneas.

A relevância da pesquisa se manifestou em três planos, sendo estes o científico, social e pessoal. No plano científico, se justificou pelo fato de que ainda é pouco explorada a leitura jurídico-filosófica das políticas manicomiais pela chave da necropolítica. Sob a perspectiva social, a pesquisa revelou-se essencial diante da persistência de dinâmicas de exclusão, estigmatização e invisibilização de grupos vulneráveis, de forma que a análise realizada buscou permitir melhor compreensão em como determinadas populações foram historicamente submetidas a processos de desumanização e abusos. Em nível pessoal, a escolha decorreu de uma reflexão crítica e do compromisso ético e intelectual com a problematização de estruturas históricas de opressão.

Ademais, a abordagem metodológica adotada nesta pesquisa foi através do método dedutivo, de cunho qualitativo, partindo de premissas teóricas amplas como a necropolítica de Mbembe e afunilando até a aplicação dessas teorias ao caso particular do Hospital Colônia de Barbacena (Prodanov; Freitas, 2013). Para entender melhor o caso, foi feito o levantamento de informações já existentes sobre a temática, e analisando de forma crítica, as políticas manicomiais do século XIX a XX, e como a necropolítica se demonstrou presente. No que se refere aos procedimentos técnicos, adotou-se uma abordagem bibliográfica e documental.

A monografia está organizada em introdução, três capítulos de desenvolvimento e considerações finais. O segundo capítulo tratou das políticas manicomiais e segregacionistas no século XX, examinando o surgimento dos manicômios no Brasil e a construção social do alienado, a ciência a serviço da segregação social e a influência do higienismo e do darwinismo social na legislação manicomial.

O terceiro capítulo foi dedicado ao Hospital Colônia de Barbacena, reconstituindo suas primeiras décadas, a indústria da morte instaurada na instituição e o seu desmonte no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. E o quarto capítulo articulou a teoria da necropolítica ao caso Barbacena, apresentando a teoria de Mbembe, demonstrando a

aplicabilidade da necropolítica à gestão do Colônia e projetando as continuidades necropolíticas nas políticas manicomiais brasileiras atuais e futuras.

2 AS POLÍTICAS MANICOMIAIS E SEGREGACIONISTAS NO SÉCULO XX

O presente capítulo aponta as bases jurídicas, científicas e morais que sustentaram a institucionalização da loucura no Brasil. O primeiro subcapítulo, numerado 2.1, examina em que contexto que se deu a abertura do primeiro hospício brasileiro e o modelo de tratamento utilizado, através de Venancio e Cassilia. O subcapítulo 2.2 demonstra como a ciência foi utilizada a serviço dos ideais segregacionistas através da interseção do saber médico com a criminologia positivista, se ancorando em Foucault, estudos de Cesare Lombroso e a leitura moderna de Schecaira e Batista.

O último subcapítulo, o 2.3, investiga a influência do higienismo e do darwinismo social na legislação manicomial, oferecendo parâmetros de segregação social entre os "normais" e "anormais" que foram reproduzidos na legislação voltada aos alienados. Se deu ênfase na criação da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu norte teórico eugênico. Principais bases teóricas foram de Engel, Kyrillos Neto e Dunker, assim como Bolsanello e Coscioni. Os três subcapítulos sustentam a tese central de que o "alienado" não foi uma categoria estritamente médica, mas uma construção moral e política voltada ao controle dos indesejáveis.

2.1 O surgimento dos manicômios no Brasil e a construção social do "alienado"

Inicia-se o presente estudo com uma organização de tabuleiro: a norma que ditou as regras do jogo e como surgiram os primeiros estabelecimentos psiquiátricos, com ênfase na psiquiatria francesa. A escolha deste plano europeu se baseia no fato de que o primeiro hospício brasileiro abriu suas portas em 1852, no Rio de Janeiro/RJ, seguiu métodos franceses de tratamento (Andrade, 2018).

Antes disso, é fundamental entender o panorama da saúde mental no Brasil no período prévio a chegada do auxílio psiquiátrico, através do primeiro asilo para alienados construído no Brasil data de meados do século XIX, como anteriormente exposto. Antes disso, em geral, estes alienados eram recolhidos às enfermarias das Santas Casas de Misericórdia ou cadeias públicas, ambos espaços que não se demonstraram equipados para promover a cura ou o devido tratamento destes alienados (Andrade, 2018).

Durante o período colonial, muito antes do momento de instalação do hospital psiquiátrico foco da presente pesquisa, mediante a vinda da Família Real para o Brasil em 1808 e a consequente independência do Brasil de 1822, muitos foram os estímulos para a criação de espaços urbanos semelhantes às metrópoles europeias. Logo, houve uma crescente busca pela

formação de centros urbanos modernos, principalmente na então capital do Rio de Janeiro (Holanda, 2015).

Portanto, os alienados que vagavam pelas cidades, conforme apontado no início do presente subtópico, foram objeto de grandes pressões das elites cariocas, a fim de coibir a livre circulação destes, no intuito de garantir a manutenção da ordem do espaço urbano e estabelecimento de padrões sociais elevados perante a tentativa de equiparar-se à Europa. O Dr. Juliano Moreira (2011) ao discutir o panorama da assistência psiquiátrica no Brasil daquele período, destacou como a própria sociedade também clamava por ações públicas para confinamento dos "desocupados e desordeiros". Se vê que não havia distinção entre os supostos desocupados e os doentes mentais, ambos agrupados na denominação de alienados:

> Atravez todo o periodo colonial, os alienados, os idiotas, os imbecis foram tratados de accordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranquillos, eram tratados em domicilios e ás vezes enviados para a Europa quando as condições physicas dos doentes o permittiam e nos parentes, por si mesmo ou por conselho medico, se afigurava efficaz a viagem. Se agitados punham-nos em algum commodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos vagueavam pelas cidades, aldéas ou pelo campo entregues ás chufas da garotada, mal nutridos pela caridade publica (Moreira, 2011).

Relatos desenham um cenário de descontrole, ao ponto que Andrade (2018) dispõe que era quase impossível andar pelas ruas do Rio de Janeiro no início da década de 1830 sem se deparar com alienados vagando por becos e vielas, situação que não cabia à tentativa de apresentar o Brasil Imperial como um estado moderno diante dos olhos atentos de Portugal e da Europa. Moreira (2011) também faz referência ao gosto pelo luxo da Côrte de D. João VI, fator que liga ao aumento na luta pela vida e que resultou no relativo aumento de casos de alienação mental. Com mais alienados, formou-se um panorama de superlotação das prisões e das enfermarias da Santa Casa de Misericórdia.

> Os agitados eram recolhidos ás cadêas onde barbaramente amarrados e peormente alimentados muitos falleceram mais ou menos rapidamente. A therapeutica de então era a de sangrias e sedenhos quando não exorcismos catholicos ou fetichistas. Excusado é dizer que os curandeiros e ervanarios tinham tambem suas beberagens mais ou menos desagradaveis com que promettiam sarar os enfermos (Moreira, 1905).

Em meados de 1830, discussões acerca da situação dos alienados mentais que vagavam pela capital carioca ganharam relevo na Côrte de Pedro II, ato que mobilizou membros da elite imperial, principalmente aqueles ligados à Academia Imperial de Medicina e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que se mobilizaram pela criação de um estabelecimento adequado ao tratamento dos alienados, visto à ausência de condições médicas de tratamento na Santa Casa de Misericórdia (Engel, 2001).

Moreira (2011) desta importante participação da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, encabeçada pelo seu relator Dr. Jobim, que reclamou por urgentes modificações na distribuição dos alienados e práticas de asseio dentro dos centros de recolhimento. O médico também clamou contra os maus tratos que afligiam os alienados, e deu ênfase na necessidade de criação de um asilo especial aos alienados, clamores que foram ainda mais firmemente ecoados por Comissão da Câmara Municipal do Rio de Janeiro que visitou tanto a Santa Casa de Misericórdia e as prisões públicas (Moreira, 2011). Somente passada a coroação do segundo imperador, em julho de 1841 e após inúmeras tentativas de instigar sua intervenção, D. Pedro assinou o Decreto nº 82:

> Desejando assignalar o fausto dia de Minha Sagração com a creação de um estabelecimento de publica beneficencia: Hei por bem fundar um Hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de - Hospicio de Pedro Segundo -, o qual ficará annexo ao Hospital da Santa Casa da Misericordia desta Côrte, debaixo da Minha Imperial Protecção, Applicando desde já para principio da sua fundação o producto das subscripções promovidas por uma Commissão da Praça do Commercio, e pelo Provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que Eu Houver por bem contribuir (Brasil, 1841).

Neste cenário, se promoveu a construção do Hospício de Alienados Pedro II, que ficou conhecido entre os cariocas como o "Palácio dos Loucos", com endereço na Praia da Saudade, fundado pelo Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841, subscrito por uma extensa lista de membros da elite médica do Brasil Império, e o próprio Imperador Pedro II, este que ofereceu fundos privativos a fim de garantir a execução do projeto, sendo este um ato comemorativo ao dia de sua coroação como Imperador do Brasil (Ribeiro, 2016).

Nasceu aí, segundo Andrade (2018), uma política pública de "envio" de alienados de todo o país para o Rio de Janeiro na esperança de que fossem recolhidos. Foi deste período de 1841 até 1889 que, através do protocolo de acolhimento do HPII, ocorreu a consolidação de uma opinião pública de que haveria potencial necessidade de reclusão e isolamento dos doentes mentais, uma vez que o hospício operava com base nos ensinamentos dos alienistas franceses Philippe Pinel e Jean-Etienne Esquirol, que recomendavam como tratamento o isolamento, o controle a vigilância (Andrade, 2018).

Bercherie (1989) faz ponte entre os ensinamentos de De-Simoni, Jean-Étienne Esquirol e Pinel, obras e métodos que marcaram a era do alienismo e higienização em hospícios, buscando a aplicação de tratamento relativos a garantir espaços amplos, bem arejados e bem divididos aos alienados. Há, então, a concretização da teoria de que os asilos e hospícios tinham como função o controle das cidades, sendo pontos de recolhimento e confinamento de indivíduos considerados inaptos para "existirem" na sociedade:

> Desde o final da década de 1970, o primeiro hospício do Brasil tem merecido destaque em algumas abordagens sobre a história da psiquiatria, pois teria representado a concretização do projeto de uma elite médica que tinha como objetivo o controle das cidades (Engel, 2001).

O HPII foi o pontapé para a consequente construção de inúmeros asilos e casas de recolhimento de alienados no Brasil no início do século passado, prática que era apoiada pela comunidade médica-científica como cumprimento de parte da cadeia de metas estipuladas no Congresso Internacional de Alienistas de Paris de 1889 (Andrade, 2018). A recomendação era, entre demais métodos de tratamento, a construção de colônias agrícolas anexas aos asilos, sendo o trabalho dos alienados e a criação de um contato com o poder laboral, um ponto decisivo para a cura que era almejada (Venancio; Cassilia, 2011).

A Polícia da Corte se destaca como a principal autoridade pública requerente de internações dos anos de 1842 à 1869, tornando mais cristalina a interação entre o papel de controle social dos hospícios e asilos de alienados, sendo este um demonstrativo sólido da então "função atípica" confiada às autoridades policiais de "caça" daqueles desviantes do ideal social (Ribeiro, 2016). Visto tal dado, não é surpresa para ninguém que o HPII, assim como a Santa Casa de Misericórdia, findaram por tornarem-se as novas cadeias públicas, e que qualquer indivíduo de comportamento desviante ou alienado.

Percebe-se assim que as políticas manicomiais no Brasil do século XIX e início do século XX, não se limitaram à criação de espaços de tratamento para pessoas diagnosticadas como alienadas. Mas, com o avanço da lógica de institucionalização, o escopo dos internamentos foi ampliado para abarcar também indivíduos considerados incômodos ou desviantes da ordem social, como mendigos, alcoólatras, prostitutas e pessoas em situação de rua. A justificativa é tão social quanto científica.

Conforme Ferreira (2019), foi a partir do século XIX que a medicina psiquiátrica teve seu ápice, reconhecendo a loucura como originada de uma faceta puramente moral, e não mais tão somente religiosa. E após demonstrada a nova função do HPII, inúmeros outros hospitais psiquiátricos surgiram no Brasil, fomentados pela demonstração de como poderiam agir como centros de controle social:

> O Hospício Pedro II abriu caminho para a criação de espaços semelhantes para o tratamento de doentes mentais pelas províncias do país, segundo a psiquiatra e historiadora da medicina Ana Maria Galdini Raimundo Oda, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp). Ao lado do psiquiatra Paulo Dalgalarrondo, também da FCM-Unicamp, ela estudou a história dos primeiros hospícios do Brasil. Verificaram que a institucionalização dos alienados durante o Segundo Reinado, entre 1840 e 1889, foi marcada pela atuação de políticos, intelectuais e filantropos, além da consolidação de uma opinião pública consensual

> quanto à necessidade da reclusão, mesmo que compulsória, dos doentes mentais (Andrade, 2018).

A partir deste momento, as instituições de tratamento começaram a ser reproduzidas no Brasil com mais afinco, uma vez que a elite reconheceu que os loucos ocupavam os postos de miseráveis e vagabundos, em razão de serem inaptos para a vida coletiva (Ferreira, 2019).

> Desde a Renascença, a questão da loucura teve esse viés de exclusão e de diferença, seja pela patologia ou até mesmo pelo sexo, pela classe social, pelas posturas morais etc (Ferreira, 2019).

Inúmeras outras instituições de semelhante caráter assistencial surgiram no Brasil neste mesmo período, fato que reforça que o século XIX teria sido a era de ouro da psiquiatria brasileira, apesar das falhas institucionais que serão tratadas em momento mais oportuno. Ora, o ponto principal da presente pesquisa não é apresentar fatores, relatos e provas de que a psiquiatria chegou ao Brasil com o pé esquerdo, muito menos invalidar as práticas médicas e de tratamento que, no período de sua aplicação, eram as mais modernas então conhecidas.

Busca-se, pelo contrário, demonstrar como o tratamento base adotado nas instituições psiquiátricas prévias coadunam com práticas que serão oportunamente discutidas, como a segregação social e a teoria da necropolítica. Não será, portanto, realizado um juízo de valor entre a psiquiatria do século XIX e a atual, mas sim serão traçados paralelos entre práticas institucionais e as teorias criminalistas a serem discutidas a posteriori, uma vez que a psicanálise no Brasil conviveu e ainda convive com um método voltado para o controle e "normalização" da população, fruto de sua associação ao movimento higienista.

A partir dos reflexos do HPII, a psiquiatria brasileira iria difundir ideais de segregação e higienia por mais de um século até a reforma psiquiátrica, transicionando os manicômios para muito além de sua função principal de instituições de tratamento médico, ainda que exercido de forma extremamente falha, passando os hospitais psiquiátricos a figurarem como peças centrais de um quebra-cabeças que formava o horizonte reluzente de uma política de controle social do indesejado. O modelo brasileiro, nascido de influências da psicologia francesa e necessidades próprias do Brasil Império, não demorou a repercutir, como já disposto, em demais estados que buscavam institucionalizar em normas aquilo que já se praticava na realidade dos hospícios cariocas.

2.2 A ciência a serviço da segregação social

Inicia-se a investigação acerca das origens do processo de criação de justificativas científicas para segregação social com uma abertura conceitual voltada aos avanços das ciências

médicas e criminológicas no século XIX, mesmo período em que teóricos da psiquiatria passaram a desenvolver o molde hospitalar e manicomial adotado no Brasil dos anos XX. Os avanços científicos não tão somente produziram conhecimento, mas geraram mecanismos de classificação social, criando e expandindo conceitos de identificação, nomeação e conseguinte separação dos considerados desviantes.

Conforme demonstrado no primeiro subcapítulo, os princípios morais e sociais eram determinantes para a "justificativa" do controle e da segregação de determinados indivíduos cujo comportamento ou existência destoava da comunidade. Esta pesquisa se volta àqueles que foram submetidos à internação em estabelecimentos psiquiátricos por seu comportamento ter sido erroneamente considerado análogo a moléstias mentais.

É neste ponto onde a pesquisa se finca: na interseção entre a loucura, o desvio dos padrões sociais e a segregação do desviante. Logo, a primeira fonte de análise é dos estudos de Foucault, que estabeleceu marcadores temporais interessantes e até hoje basais na história da loucura. O autor os fincou na linha do tempo da loucura com base nas constantes alterações acerca de quem seria o "louco" (Foucault, 2019).

Antes de ser classificada como patologia, a loucura obteve uma conceitualização individual na Europa do século XVII, assolada pela epidemia de lepra, momento em que surgem os primeiros movimentos de internação e controle social (Foucault, 2019). Trata-se de período histórico em que a loucura e a patologia dividem um espaço moral de exclusão, uma vez que a última esteve até então ligada a uma personificação caricata. Le Goff (2018) observou que a loucura era um fetiche para as pequenas comunidades rurais da Idade Média, inspirando os bobos da corte e os bufões dos senhores.

Dando prosseguimento, Foucault (2019) relaciona que com o fim do contato com centros da epidemia de lepra, os hospitais foram esvaziados, gerando espaços ociosos que passaram então a ser o lar dos loucos que restaram sozinhos naquele espaço moral de exclusão. A inexistência de patologias para preencherem os centros de reclusão se deu ao mesmo tempo em que o século das luzes passava a desenvolver teorias criminológicas.

Batista (2011) vê a Escola Positiva da Criminologia como uma atualização dos esquemas classificatórios e hierarquizantes pós-colonização, utilizados para ordenar os pobres, os indesejáveis e as nações periféricas, e momento histórico onde a reclusão firmou-se no topo das penas mais importantes do mundo ocidental. É neste momento em que a revolução industrial, a demanda pela mão de obra e a ociosidade passam a tornar a concentração de pobres nos centros industriais em uma patologia, onde o trabalho torna-se medida ressocializadora (Batista, 2011).

Cria-se neste recorte histórico, alma divisão ainda mais firme entre os normais e os anormais, onde loucura e crime, em pé de igualdade, tornam-se novamente alvo de terapias sociais disciplinares de controle social (Batista, 2011). A publicação de O Homem Delinquente de Cesare Lombroso inaugurou a criminologia científica com um estudo anatômico sistemático de um grande número de encarcerados, traçando uma comparação entre os loucos e anormais e o criminoso, que criou a teoria de que os últimos são uma espécie de loucos que reproduzem características de seus ascendentes (Shecaira, 2020). Percebe-se, logo, uma conexão histórica entre a construção da figura do louco e da figura do criminoso, apresentando perspectivas de reclusão para ambos.

Lombroso (2008) examinou características fisionômicas de seus objetos de estudo, investigando desde o tamanho das mãos até a incidência de barba, arcada dentária, e tamanho do nariz e circunferência craniana, chegando à conclusão de que havia um perfil genético do criminoso, de forma que indivíduo já nascia pré-determinado às práticas delitivas. Nas palavras de Shecaira (2020), presidia a ideia de que o infrator era um escravo de sua genética, sendo, portanto, um doente de nascença.

Para Lombroso, o criminoso era uma espécie de fóssil, que carregava um gene corrompido em um corpo não evoluído, sendo neles inexistente uma humanidade plena e pura (Shecaira, 2020). Anos depois, unido a Gugliermo Ferrero, Lombroso publicou a obra "A mulher delinquente: a prostituta e a mulher normal", demonstrando que inexistia qualquer contenção genética masculina do gene criminoso, de onde surge o entendimento do crime como uma fato biológico-patológico e humano (Lombroso, 2008).

Ou seja, os estudos de Lombroso, estes que inauguraram a criminologia positivista, foram os responsáveis pela criação de uma teoria onde a carga hereditária era responsável por manifestações de cunho criminoso. Neste caso, o crime não era uma construção social e sim algo inevitável para determinadas parcelas da população, que seriam afetadas por uma patologia. É neste ponto, onde nasce a primeira semelhança entre os loucos e os criminosos: sendo ambos as vítimas de uma patologia, os métodos de tratamento (isolamento) passam a ser semelhantes e intercambiáveis.

Retornando para Lombroso, a fração social que ele catalogou e investigou, eram os pobres e os indesejados conduzidos às instituições de controle social, sendo estes os hospitais, os manicômios e as penitenciárias italianas (Shecaira, 2020). A partir disso, o positivismo passa a estudar o delito como um fenômeno natural, mediante a teoria do determinismo biológico (Batista, 2011). Ora, o portador da patologia, do gene criminoso era coincidentemente o isolado,

seja sua segregação social pautada na prática de crime (prisões), ou na existência de patologia mental (hospitais).

No Brasil, o maior expoente do determinismo biológico aplicável aos estudos criminológicos foi o baiano Raimundo Nina Rodrigues, que incorporou os estudos anatômicos e antropológicos de Lombroso ao social-darwinismo, produzindo conteúdo científico voltado à hierarquização das raças pré-abolição (Batista, 2009). Rodrigues teve como objeto central de estudo a escravidão e a vinda africana ao Brasil, encontrando justificativas para o controle social e a opressão através do discurso científico baseado no determinismo (Batista, 2011).

Batista (2011) concluiu que o positivismo não foi somente uma corrente de pensamento enraizada nas práticas sociais e políticas brasileiras, mas um retrato de um povo que sempre inferiorizou, patologizou, discriminou e criminalizou. Os estudos criminológicos positivistas validaram a exclusão social e a confusão entre patologia e crime, retirando do sujeito criminoso todo o viés social de sua origem, reduzindo a criminalidade a um código genético responsável por legitimizar a práticas de controle social.

Outro ponto interessante a ser tratado, é de como interseção entre a doença mental e o determinismo biológico de Lombroso tem início em seus estudos sobre como a epilepsia desencadeava a degeneração que "acordaria o gene criminoso dormente". A causa da degeneração que conduz o nascimento do criminoso seria a epilepsia que, em momento de crise, ataca os centros nervosos do homem, conforme Shecaira (2020):

> Tais ideias surgem, basicamente, de duas experiências vivenciadas por Lombroso. Ao autopsiar Villela, assaltante calabrês, verifica que este possuía uma fossa occipital igual à dos vertebrados superiores, mas diferente do homo sapiens. Aplica a teoria da degeneração de Benito Morel que o leva ao conceito de atavismo. Mais tarde, ao examinar os crimes de sangue praticados pelo soldado Misdea, constata que o ataque epiléptico, que causa convulsões, podia ser substituído por impulsos violentos, especialmente nas situações em que a pessoa fosse portadora da chamada “epilepsia larvar”. Com isso passa a explicar os impulsos criminosos (Shecaira, 2020).

Ou seja, supostamente a carga biológica da criminalidade poderia se manter latente por várias gerações, e o seu despertar se daria pela doença (epilepsia) que logo degeneraria o indivíduo. No entanto, não existem dúvidas que nem todo epilético comete crime, ou seja, houve uma sobreposição de fatores biológicos aos fatores sociais da prática de crime, ignorando o papel da sociedade na formação do criminoso e o reduzindo a um doente.

Essa aproximação entre epilepsia como justificativa para a degeneração e criminalidade, revela o modo pelo qual o positivismo operava por meio da patologização da diferença. Ora, ao admitir que uma enfermidade neurológica pudesse “despertar” uma predisposição hereditária, fundamenta-se uma base teórica para que portadores de condições

clínicas fossem percebidos como socialmente perigosos, o que resultou em um estereótipo de degeneração moral e ameaça à ordem, reforçando a conexão entre discurso médico e controle social.

Estes estereótipos concorrentes à criminalização eram baseados em diversas variáveis, majoritariamente associadas a atributos pertencentes a pessoas dos baixos estratos sociais, torna-os extremamente vulneráveis, além de outros fatores concorrentes, a uma maior criminalização (Batista, 2011). A presença de epiléticos entre os internados reforçou que a internação não estava restrita a pacientes com transtornos mentais, mas sim aos comportamentos interpretados como inadequados ou imorais (perigosos). A reclusão não decorria de moléstia mental, mas vontade de retirar do convívio social aqueles que perturbavam a aparência de normalidade que se pretendia preservar.

Como anteriormente discutido ao trazer para o plano nacional o pensamento positivista italiano através de influências de Cesare Lombroso nas obras de Raimundo Nina Rodrigues, houve uma apropriação pelos teóricos brasileiros, que influenciou uma política de exclusão. Ou seja, o desvio deixou tão somente de ser explicado, mas passou a ser administrado com políticas de organização da sociedade.

Foi neste momento em que a pobreza, a vulnerabilidade social, a expressão sexual, a alienação mental e demais comportamentos moralmente rejeitados passaram a ser tratados como sinais de degeneração social. E é a partir da busca de controle desses corpos indesejados nos centros social, que passa-se a investigar no presente subcapítulo como o discurso higienista-eugênico e influência do darwinismo social culminaram em uma política legal de segregação que foi amplamente aplicada no Brasil, influenciada também pelo higienismo e o darwinismo social.

2.3 A influência do higienismo e do darwinismo social na legislação manicomial

Aqui, o presente estudo passa a se voltar para a criminologia, vertente principal das discussões a seguir realizadas. Isso se dá em razão da íntima relação entre o então alienado e o criminoso. Entende-se, portanto, uma conexão histórica entre a construção do louco e a construção do criminoso, fundado na perspectiva das relações de poder que etiquetam aqueles desviados da norma moral que governava um período específico, neste caso, o Brasil do século XIX. Nas palavras de Shecaira (2020), considerava-se que “o infrator era um escravo de sua própria carga hereditária”, doente de nascença, imutável.

O "louco", seja considerado assim em vista de uma real moléstia psicológica, ou um comportamento destoante do socialmente aceito, tornou-se indesejado pela sociedade, refletindo o determinismo biológico que era o carro-chefe da escola positivista da criminologia, que considerava o infrator um prisioneiro de sua própria patologia, firmando a tese do determinismo biológico e ideias de higienização daqueles não sãos, com base em estereótipos (Baratta, 2002). E retornando a Foucault (2010), a loucura se construía a partir daqueles desviantes da ordem social, de forma que o doente passava a ser excluído por perturbar a ordem social, e o Estado passava a ser "proprietário" do louco.

Esta nova ideia de não pertencimento do louco, nem à sociedade, nem a si mesmo, fica clara nas disposições do Decreto nº 206-A de 15 de fevereiro de 1890, que utilizou-se de um rol exemplificativo para definir aqueles que, nas próprias palavras da norma, “deveriam ser colocadas em asilos especiais, exclusivamente destinados à reclusão e ao tratamento de alienados” (Brasil, 1890). Tal análise demonstra como o alienado foi moldado não apenas como um enfermo, mas como uma figura fronteiriça entre o doente e o criminoso, conforme se resgata de Foucault, bem como da legislação brasileira.

Ao se tornar propriedade estatal por demonstrar comportamento desviante, era esvaziado do alienado qualquer ideia de pertencimento social e de si. Foi assim que a internação compulsória de qualquer indivíduo cujo comportamento desviasse do que era socialmente aceito, passou de gesto terapêutico, para uma estratégia de reforço da ordem pública e suas ideias de higienização social.

Remontando ao HPII, este não era apenas a instituição formadora do alienismo brasileiro, mas uma instituição cujos interesses seguiam a lógica do Império, manipulando e equilibrando os mais diversos interesses da sociedade imperial brasileira, de maneira que o estabelecimento cumpria diversos papeis, adotando uma conduta "médica" que se alinhava mais a preceitos morais e sociais, do que os científicos (Ribeiro, 2012).

Retomando ao que foi discutido no início do capítulo acerca do surgimento da figura do alienado e as primeiras instituições de saúde mental no Brasil, com ênfase na fundação do Hospital Pedro II, verifica-se que a manutenção de uma imagem de "limpeza" e ausência de "vagabundos" nos centros das metrópoles brasileiras não nasce com o higienismo, mas já era inerente às políticas públicas brasileiras. Entende-se, portanto, que o higienismo somente dá a base científica para tais ideias que já haviam sido postas em prática anteriormente.

Sua íntima relação com a psiquiatria, assim como já comentado, se origina de uma aproximação com os centros de tratamento de leprosos na Idade Média, de forma que ambos se apresentam como medida de precaução da ordem civil (Foucault, 2019). É neste momento

histórico em que a loucura passa a ser percebida equiparável à pobreza, à incapacidade para o trabalho e a todos os sujeitos considerados "fora da ordem", passando a ter fundamento social, econômico e moral, enquadrando os comportamentos desviantes como patológicos através de métricas socio-morais (Foucault, 2019).

Neste momento, também é válido um retorno ao subcapítulo anterior onde a teoria do determinismo biológico foi discutida e a forma como entendia a degeneração sendo uma espécie de predisposição hereditária advinda do gene criminoso (Schecaira, 2020). No final do século XIX, portanto, ocorreu um alargamento da definição médica da loucura, comportando a teoria da degeneração, influenciando assim a adoção de políticas públicas de higienização conforme Engel (2001). Buscou-se conter o alastramento do gene do criminoso, e que agora existia em uma predisposição hereditária à degeneração mental, uma vez que passou a se teorizar que as causas poderiam ser morais ou genéticas (Carrara *apud* Resende, 2021).

Assim, houve uma equiparação entre a degeneração que despertava o gene criminoso conforme teorias de Cesare Lombroso, e a degeneração como patologia que alargou os horizontes da loucura. No momento histórico em que a loucura e a degeneração eram metáforas da desordem, a psiquiatria surgiu como uma possível propulsora da ordem e da estabilidade, aliando-se a áreas como a medicina social e a instituições de controle, que juntos construiriam cidades "higienizadas" e livres dos perigos dos degenerados e os indesejáveis, mediante práticas de segregação e posteriormente de esterilização (Cunha *apud* Andrade, 2023).

A solidificação da psiquiatria como uma das válvulas de escape da crise médica e social se deu já em 1923, próximo da fundação do HCB, através da fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que era a representação mais óbvia da psiquiatria da época, difundindo o pensamento eugenista ao adotar uma postura preventiva que considerava todos os portadores de transtornos psíquicos como degenerados (Costa *apud* Kyrillos Neto; Dunker, 2017). Ao mesmo tempo, propunha uma intervenção formulada na concepção hereditária da doença mental, desenvolvendo projetos políticos voltados ao controle social (Sidrim *apud* Silva; Holanda, 2014).

Nesse cenário, a LBHM foi a personificação de um movimento mais amplo de medicalização da vida social, ou seja, a partir de seus nortes eugenistas, a loucura deixou de ser tratada como questão clínica individual e passou a ser percebida como ameaça ao futuro da nação. Desta forma, a psiquiatria ampliou seu campo de atuação para além do tratamento, assumindo funções de prevenção, o que favoreceu a consolidação de práticas institucionais voltadas ao controle e à exclusão social.

Trata-se de um período de intensa expansão da psiquiatria nacional, onde ocorreu o estabelecimento da classificação brasileira de doenças mentais, a criação da LBHM, e intensa produção científica em congressos e conferências (Resende *apud* Marzano, 2008). O resgate das influências da psiquiatria entre os anos vinte e trinta tem extrema relação com os preceitos defendidos pela LBHM, com seus relevantes mecanismos de exclusão (Andrade, 2023). O controle e a normalização da população foi o foco da psicanálise brasileira até meados da década de 50:

> Até meados da década de 1950, a psicanálise no Brasil conviveu com uma assimilação voltada para o controle e normalização da população, fruto de sua associação ao movimento higienista (Kyrillos Neto; Dunker, 2017).

É dessa forma que se conclui que o higienismo não é mera corrente teórica, mas matriz ideológica que foi incorporada com tudo no pensamento brasileiro, no sentido de ter sido utilizada como meio de controle da sociedade. Assim, o alienado, seja por doença mental ou por escapar dos moldes de moralidade da sociedade, passa a não ser mero "doente mental", mas um problema de ordem pública que exige intervenção. O alienado passa a ser um problema social e de saúde pública, exigindo que Estado contenha o alastramento de sua suposta degeneração.

Na mesma rota, é necessário voltar-se a outra teoria que influenciou as políticas manicomiais da época, que seria o darwinismo social. Primeiro, é preciso discutir a teoria principal de Charles Darwin, sendo esta a existência de diferenças entre indivíduos da mesma população, aptas a aumentar ou diminuir suas chances de sobrevivência, ao ponto que a mortalidade não teria caráter aleatório, mas sim predatório devido às diferenças sociais, ponto em que existiria uma Seleção Natural operada pela natureza contra os indivíduos menos desenvolvidos (Solé-Cava, 2010).

Ou seja, Darwin propôs uma teoria em que o meio ambiente, dependendo das características evolutivas do indivíduo, irá determinar suas chances de sobrevivência, mediante diferenciação as características biológicas entre os indivíduos da mesma população. Utilizar o darwinismo como muletas teóricas, considerando como higienismo também foi utilizado como fundamento teórico para as políticas manicomiais brasileiras, faz sentido ao considerar como há uma óbvia tentativa de hierarquizar a sociedade entre os normais (os evoluídos) e os alienados (os não evoluídos).

> A vida na sociedade humana é uma luta “natural” pela vida, portanto é normal que os mais aptos vençam, ou seja, tenham sucesso, fiquem ricos tenham acesso ao poder social, econômico e político; da mesma forma, é normal que os menos aptos

> fracassem, não fiquem ricos, não tenham acesso a qualquer forma de poder (Bolsanello, 1996).

É deste raciocínio que nasce o darwinismo social, uma teoria da evolução social, que creditava o progresso à luta pela existência, explicando as diferenças sociais e como convergiam para a evolução (Coscioni, 2018). Seria o darwinismo social, assim, a aplicação da seleção natural na vida e na sociedade humana, considerando que é natural a desigualdade entre os seres humanos, dotados de aptidões inatas, o que justificaria o sucesso de alguns e o fracasso de outros (Bolsanello, 1996). Ao sustentar que determinados indivíduos seriam menos aptos ao convívio social, o darwinismo social ofereceu base pseudocientífica para práticas de segregação, controle e confinamento daqueles considerados menos evoluídos ou inaptos para a sociedade.

Toma-se as rédeas da narrativa ao ponto em que a desigualdade social não era mais entendida como um produto sujo da progressão histórica, econômica e política, e vira uma consequência supostamente inevitável. Houve toda uma operação social de conversão de privilégios econômicos e sociais em algo que significaria superioridade, ao mesmo tempo que a pobreza e a marginalização eram colocadas em um patamar de inferioridade. Ou seja, ocorreu uma valorização artificial e até hoje permanente de determinados traços socioeconômicos, e uma desvalorização de características contrárias.

Essa supervalorização foi o momento perfeito para o darwinismo social se desenvolver nas políticas estatais de afastamento de determinadas categorias do convívio coletivo. Os menos desenvolvidos e inferiores eram pedras no caminho de um desenvolvimento pleno, logo, excluí-los do convívio era uma justificativa interessante e até mesmo legitimada, quando olhada de fora. E dessa forma, a eugenia e o higienismo dialogaram apesar de características próprias de cada corrente, visto que se convergiam no seu ímpeto comum de catalogar e hierarquizar a população com base em seu valor social.

Analisando-se todo o lastro histórico do século XVII ao século XIX, torna-se claro como o colonialismo influenciou duramente a construção social do louco, agrupando diversos membros da sociedade em uma única categoria, sendo estes os indivíduos perigosos excluídos da sociedade - os loucos, os índios, os escravos, os maltrapilhos - os indesejados (Arruda, 1985). O perigo, portanto, criava forma na figura de indivíduos que incomodariam o “novo mundo” que era o Brasil.

O histórico de atenção à saúde mental, conforme já discutido anteriormente, se inicia com o decreto que funda o DPII. Ato seguinte, somente meio século depois, que o Decreto nº 508 de 21 de Junho de 1890 aprovou o Regulamento para a Assistência Médico-Legal de

Alienados (Brasil, 1890). No que se refere à admissão e saída de enfermos e das respectivas categorias e classes, o Decreto 508 dispõe que:

> Art. 29. Todos os individuos que, pela pratica de actos indicativos de alienação mental, tiverem de ser recolhidos ao Hospicio, alli darão entrada provisoria até se verificar a alienação nos termos do § 7º do art. 19; depois do que poderá ser autorizada a matricula pelo director geral, excepto tratando-se de estrangeiros que tenham de ser repatriados em virtude de accordo com os respectivos governos (Brasil, 1890).

O Regulamento para a Assistência Médico-Legal de Alienados, diferentemente do Decreto nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890, publicado cerca de três meses antes, não dispõe quais seriam os indicativos de alienação mental, mas exige a comprovação de tais comportamentos inadequados como forma de diagnóstico inicial. Diferenciam-se ambos os decretos, o primeiro sendo o publicado em fevereiro de 1890:

> Art. 13. Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congenita, perturbarem a tranquillidade publica, offenderem a moral e os bons costumes, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a propria, deverão ser collocadas em asylos especiaes, exclusivamente destinados á reclusão e ao tratamento de alienados (Brasil, 1890).

E o segundo, publicado em junho de 1890, nem mesmo se importa em orientar a o que seriam esses supostos atos indicativos de alienação mental, apenas ordenando: "Art. 29. Todos os individuos que, pela pratica de actos indicativos de alienação mental, tiverem de ser recolhidos ao Hospicio, alli darão entrada provisoria até se verificar a alienação" (Brasil, 1890).

Percebe-se, desta forma, que enquanto o Decreto nº 206-A trazia uma concepção mais ampla e moralizando da alienação, de forma que a vinculava com os termos "perturbação da tranquilidade pública, à ofensa à moral e os bons costumes", o novo e supostamente moderno Regulamento para a Assistência Médico-Legal, tentou dar um caráter mais técnico ao diagnóstico, mas sem conferir como tal redação se relacionaria com o viés social e normativo que marcava a formação da figura do "alienado".

Há, portanto, uma intenção estatal de associar os desvios sociais à loucura, apesar de não constar explicito no dispositivo até então mais contemporâneo. Incorporando elementos morais e comportamentais à figura do desviante anteriormente, e destituindo um rol exemplificativo na nova legislação, o Estado transforma a alienação em sinônimo de ameaça à ordem pública e à civilidade, sem dispor quais seriam os pressupostos de tal ordem e tal civilidade.

Como Andrade (2018) havia discutido anteriormente, não era incomum que doentes mentais de todo o país fossem enviados para o Rio de Janeiro no intuito de serem recolhidos

pelas autoridades e levados ao hospício. Tal informação deixa claro que, até 1980, não cabia aos particulares admitirem alienados por si só, tão somente dependia a admissão em envio seja pela Santa Casa ou pelas autoridades policiais. Ora, a intervenção de terceiros, que assim tornaram-se competentes para intervir no sentido de internações, era prática que contribuía para a permanência dos alienados, sem qualquer crivo prévio, deixando mais visível uma vertente moral do tratamento psiquiátrico.

Ribeiro (2016), em compilado de análises sobre o HPII referentes ao período de 1883 a 1889, cerca de sete anos anteriores aos dispositivos legais acima discutidos, ao analisar as fichas de entrada e os anexos de pacientes internados na instituição desde sua fundação em 1852, chegou a conclusão que houve a participação de atores diversos e distintas demandas em relação ao hospício. A coleta de dados destacou que entre 1883 e 1889, cerca de 46 dos 135 requerimentos de internação partiram de particulares.

Neste sentido, percebe-se que a norma jurídica e o comportamento social se alimentavam mutuamente: o Estado, interessado em garantir a ordem cível e a imagem polida do Brasil como um país moderno aos atentos olhos do resto do mundo, legitimava as práticas sociais; e a sociedade, portanto, amparava-se na lei para reforçar a exclusão dos chamados "alienados". Assim, celebrou-se o pacto tácito entre o poder público e a moral social na criação, manutenção e retroalimentação de um modelo médico segregacionista.

De primeira, não existe possibilidade de mencionar a criação do HPII e a psiquiatria brasileira e não discutir o papel fundamental da Academia Imperial de Medicina e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, da Câmara Municipal carioca, o Dr. Antônio Luiz da Silva Peixoto, o Dr. Luiz Vicente de Simoni e Dr. José Martins da Cruz Jobim (Moreira, 2011).

Também é importante apontar que essa mesma sociedade que tanto influenciou o desenvolvimento e modernização da medicina e psiquiatria não representava o corpo populacional brasileiro como um todo. Entre médicos, intelectuais e membros da elite carioca ligada à Côrte, não havia membros de todos os grupos sociais brasileiros. Inicialmente se destaca o processo mais importante de todo o século: o abolicionismo.

O ponto de partida para esta menção ao discutirmos o contexto histórico brasileiro é que, a legislação abolicionista não veio acompanhada pela criação de meios pelos quais os ex-escravizados pudessem ver garantidos os direitos que a lei lhes reconheceu, falha sistemática que propiciou formas de resistência e sobrevivência contrárias à norma, como a vagabundagem, o roubo e mendicidade (Barbosa, 1988). Ademais, os direitos das comunidades indígenas e quilombolas somente foram reconhecidos em seu teor completo em 1988 com o advento da

Constituição Cidadã, razão pela qual nem mesmo faz sentido mencionar o estado crítico das comunidades indígenas e quilombolas no século XIX, visto que o reconhecimento jurídico desses grupos era praticamente inexistente pré-constituição (Brasil, 1988).

As instituições psiquiátricas brasileiras nasceram não como a prática de uma ciência de diagnóstico e cura, mas como um instrumento político e social de controle da figura do indesejado. O alienado, seja quem for, era reflexo do que o Império gostaria de esconder: a pobreza, a loucura, alcoolismo, a miséria e a vagabundagem e o desvio. A norma jurídica, ao definir o louco que buscava afastar do convívio social, reforçava aquilo o que a própria sociedade entendia como indesejado.

O pacto mútuo entre sociedade faminta por luxo e imagem, com um Estado que reconhecia apenas o direito dos mais abastados, era silencioso e eficaz. Enquanto o poder público legitimava as práticas de exclusão social, do outro a elite médica e intelectual buscava promover uma modernização científica em um país despreparado e desigual, encontrando na figura do alienado e na premissa de segurança pública e cuidado, o terreno fértil para crescimento de sua influência. O louco, o devasso e o pobre não eram doentes a serem diagnosticados e tratados, mas indesejados que exigiam contenção e domesticação pelo Estado.

Ao regressar para o duplo apagamento dos alienados, ao tornarem-se propriedade estatal, percebe-se que lhe era recolhida não tão somente o direito de pertencer a si ou à comunidade, mas lhe era ceifada qualquer possibilidade de existir fora da tutela estatal. Conclui-se, portanto, que o alienado, tanto para a sociedade, quanto para a legislação brasileira, deixava de ser realidade clínica e se tornava experimento de intervenção político-estatal.

3 O HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA

O presente capítulo desloca a investigação do plano normativo e científico para o caso concreto a ser abordado na monografia, que é o Hospital Colônia de Barbacena (HCB). É importante deixar claro que o referencial teórico principal do capítulo e qualquer posterior menção sobre o HCB é a obra-reportagem Holocausto Brasileiro, de Daniela Arbex (2013), que hoje é a referência bibliográfica mais completa sobre o tema, complementada por documentos do Ministério da Saúde.

O primeiro subcapítulo reconstitui os primeiros anos do hospital, incluindo as justificativas sociopolíticas para sua fundação e seu objetivo central, seguindo até sua desativação em 2026. O subcapítulo 3.2 escancara a indústria da morte do Colônia, com destaque a comercialização de aproximadamente 1.800 cadáveres para faculdades de medicina entre 1969 e 1980, e a laborterapia que beirava escravidão. O último subcapítulo, o 3.3, reconta o desfecho do HCB, passando pela maior crise do hospital, a denúncia que abriram os olhos da sociedade e desmonte do hospital, e sua relação com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. O capítulo é a base da análise proposta pela monografia, servindo como "caso" a ser discutido no viés da necropolítica no capítulo final.

3.1 As Primeiras Décadas do Colônia

A cidade serrana de Barbacena, localizada na Serra da Mantiqueira em Minas Gerais, recebeu a alcunha de "Cidade dos Loucos" muito antes do estopim da crise que é o objeto de estudo da presente pesquisa. A justificativa para tal apelido, se deu em razão do 7 (sete) hospitais psiquiátricos que foram instalados no município no início dos anos de 1900, mas que hoje não mais existem, salvo um, que se encontra sob a administração da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), hospital esse que é a instituição central deste estudo (Brasil, 2009).

O Hospital Colônia de Barbacena (HCB) foi fundado em 12 de outubro de 1903, nas terras da Fazenda da Caveira, após a falência do sanatório de tuberculosos que antes havia se instalado ali (Brasil, 2009). A localização não tão somente do HCB, como de outras seis instituições psiquiátricas na área não foi aleatória: conforme já discutido no capítulo anterior, a produção científica e psiquiátrica da época tinha como enfoque a cadeia de metas do Congresso de Alienistas de Paris, bem como os pilares de tratamento defendidos por Etiene e Esquirol, sendo estes a reclusão, trabalho laboral e isolamento (Andrade, 2018).

Dentre as metas estipuladas pela comunidade psiquiátrica da época, estava a construção de asilos de alienados em zonas rurais, aliando o tratamento ao trabalho, uma prática comum e que ainda se repete em diversos centros de tratamento médico-especializado no Brasil (Venancio; Cassila, 2011). Ora, o clima de montanha, seria o local ideal para o tratamento das doenças psiquiátricas que acometiam os alienados, com ênfase nas temperaturas médias bem baixas, que supostamente tornaria os doentes mentais menos arredios (Andrade, 2018).

A localização do Hospital Colônia no Município de Barbacena/MG, seria um prêmio de consolação, conforme a historicidade indica. Ocorre que Barbacena foi cotada para ser a capital de Minas Gerais, mas perdeu para Belo Horizonte, recebendo o hospício como forma de compensar chegar em segundo lugar, fato que corrobora para reconhecer como até mesmo a própria criação do Colônia se deu em viés político (Silva, 2008).

O HCB atendeu, logo desde seu "presentear" para Barbacena, uma função não tão somente assistencial médica, mas política. Tornou-se um grande chamado para a serra mineira, visto a consequente consolidação do município como centro comercial e social, vista às oportunidades de emprego bem remunerado, apesar da baixa qualificação de muitos dos candidatos (Arbex, 2013). Neste ponto, destacam-se dois quesitos importantes ao se discutir o HCB: os aspectos comerciais e políticos de sua localização.

A autora e jornalista Daniela Arbex, em entrevistas com ex-algozes do HCB na produção da obra "Holocausto Brasileiro", que será desbravada neste capítulo por ser uma das referências bibliográficas mais completas sobre o tema, deparou-se com um cenário de baixa e/ou inexistente qualificação profissional de muitos dos funcionários que compuseram os quadros do Colônia. Por exemplo, o funcionário aposentado Geraldo Magela Franco, que admitiu ter sido contratado como vigia, mas passou a ter contato constante com os internos, e revelou que, por não possuir formação adequada para trato dos pacientes, aprendeu da "cartilha" dos funcionários mais antigos (Arbex, 2013).

O segundo aspecto importante a ser mencionado, é relacionado ao curral eleitoral que se formou na cidade de Barbacena em vista das inúmeras e constantes vagas de emprego que o Colônia criou direta e indiretamente, seja no próprio hospital, seja no comércio na cidade. Arbex (2013) relacionou o baixíssimo nível de escolaridade dos barbacenenses com a comum e, no período, não tão reprovável troca de postos de trabalho por votos, que se tornou a história de origem dos contos dos grandes coronéis da política mineira. Percebe-se, portanto, que o hospício não fomentou tão somente uma economia pautada no comércio da loucura, mas também a ganância política que sustentou o sistema institucional de abandono por décadas.

A área inicial do Colônia era de oito milhões de metros quadrados (Marzano, 2008), com espaço o suficiente para que o "Trem de Doido" desacelerasse já nos fundos do hospital. Chiacchio e Skarabone (2024) traçaram o caminho realizado pelos pacientes que chegavam pela linha férrea e realizavam percurso de aproximadamente 2 (dois) mil metros a pé, em situações ditas complexas, visto o clima e terreno montanhoso. O tamanho considerável do terreno também tinha uma justificativa, sendo necessário para que a prática de laborterapia fosse adotada como forma de tratamento dos internos.

O Ministério da Saúde do Brasil (2009) explica que prática era utilizada como parte do tratamento, colocando mãos ociosas que eram perniciosas ao espírito do louco, retirando-o de sua situação de inutilidade e possibilitando a canalização da agressividade para o labor, o que supostamente geraria a cura. Essa era a justificativa adotada pelo HCB para que os pacientes pobres ou indigentes, que não pagavam por sua estadia, fossem forçados à prática de trabalhos pesados e não remunerados que incluíam, dentre outros, lavoura (para abastecimento dentro e fora do hospital) e na confecção de tijolos, bonecos e outros produtos de consumo interno e externos (Brasil, 2009).

A laborterapia é uma das práticas tradicionais de tratamento para dependentes químicos ou acometidos por doenças psicológicas, assemelhando-se à terapia ocupacional (Silva, 2013). No âmbito da medicina psiquiátrica, nasceu com o intuito de ocupar os pacientes, bem como os preparar para a reinserção social, bem como trabalhar a autonomia e participação dos pacientes em busca de cura (Lopes; Leão, 2002). Ocorre, no entanto, que a laborterapia adotada pelo HCB era não tão somente terapêutica, mas forçada e direcionada a trabalhos monótonos, repetitivos e árduos (Brasil, 2009).

Segundo Andrade (2023), os pacientes eram categorizados em pensionistas (contribuintes) e indigentes. Os pensionistas tinham acesso a acomodações e alimentação diferenciadas e podiam ter um quarto privado e acompanhante pessoal. Para os indigentes, o trabalho forçado era a regra. Já em 1916, os serviços realizados por eles em oficinas, olarias e carpintarias totalizavam cerca de um terço do orçamento da instituição (Andrade, 2023)

Uma vez que já amplamente discutido o espaço do Hospital Colônia de Barbacena, é necessário adentrá-lo da mesma forma que os alienados que ali eram "acolhidos": inicialmente, os enviados pelo trem desembarcavam já dentro da propriedade do Colônia. Os pacientes eram majoritariamente enfiados nos vagões de carga do trem e internados à força, a lotação dos vagões idêntica à dos judeus levados aos campos de concentração nazistas de Auschwitz durante a Segunda Guerra Mundial, uma das muitas similaridades entre ambos os acontecimentos históricos (Matos-de-Souza; Medrado, 2021).

Ao chegarem ao hospital, os recém-chegados passavam por um procedimento de triagem, momento em que os novos pacientes eram obrigados a remover suas camadas de roupas e sapatos, relógios, joias e até mesmo peças íntimas, o que seria também, uma analogia do sumiço até mesmo da subjetividade de cada paciente (Andrade, 2023). Dando prosseguimento ao procedimento de boas-vindas, passavam por um gélido banho coletivo, momento em que os homens tinham suas cabeças raspadas e, por fim, vinha o "azulão", uniforme recebido pelos internos e que seriam, muitas vezes, as últimas peças de roupa e último sinal de dignidade que portariam em vida (Arbex, 2013).

Os primeiros anos do Hospital Colônia de Barbacena (HCB) foram marcados por um complexo cenário de motivações políticas e sociais, estabelecendo-se inicialmente como um modelo de modernidade, embora sua função principal estivesse enraizada na segregação e nos projetos de higienização social da época (Andrade, 2023). A verificação da insanidade era muitas vezes realizada por segmentos não-médicos, como a família e a polícia, indicando que a concepção de loucura era largamente baseada em critérios sociais. A admissão podia ser requerida pelo cônjuge, ascendente, descendente, tutor, curador, chefe de corporação religiosa ou parentes próximos:

> Art. 31. As admissões de contribuintes serão autorizadas pelo director geral, mediante requerimento, ou por effeito de requisição da autoridade militar, si o enfermo for official ou praça do Exercito, da Armada ou do regimento policial.
> Art. 32. São competentes para requerer:
> I. O ascendente ou descendente;
> II. O conjuge;
> III. O tutor ou curador;
> IV. O chefe de corporação religiosa ou de beneficência (Brasil, 1890).

Conforme aponta Chiacchio e Skarabone (2024), o modelo do hospital-colônia estava alinhado a uma concepção higienista e moralizante, próprio do período histórico conforme já analisado no capítulo anterior, segundo a qual o Estado deveria retirar da sociedade aqueles que “ameaçavam” a ordem, a moral e a produtividade, ainda que isso significasse violar direitos humanos básicos. Ocorre que o caso de Barbacena não pode ser compreendido como desvio isolado, mas como exemplo mais claro e fiel de um modelo estatal, social e jurídico que naturalizou a exclusão e o extermínio simbólico e físico de determinados grupos sociais.

Ao discutir como Barbacena entrou em colapso pela má-gestão e a falha nascida do próprio hospital, é muito útil rever as impressões de Marlene Laureano, que foi nomeada atendente psiquiátrica em 1975, e teve seu primeiro contato com o Colônia através do Pavilhão Afonso Pena (Arbex, 2013). A jovem de então 20 anos descreveu o Complexo como uma

estrutura grande, mas impossível de ser vista pelo lado de fora, em razão da muralha que cercava o terreno cheio de prédios e janelas amplas, porém gradeadas (Arbex, 2013).

Marzano (2008) indica que o hospital havia sido construído como modelo de boas práticas entre as instituições psiquiátricas do país no início do século XX, com diversos espaços de habitação e regras de visitação, bem como a presença de 1 (um) médico a cada 100 (cem) pacientes, além de demais membros da equipe médico-psiquiatrica. Contudo, em pouco tempo, os internos dividiam o espaço do pavilhão com os ratos e dejetos humanos, bem como o cruel frio montanhoso e a gravidade do abandono. Não era incomum, em algumas ocasiões, a vista de cadáveres entre os vivos que, em parte, ainda agonizavam (Arbex, 2013).

Um dos primeiros sinais do colapso do Hospital Colônia foi a superlotação crônica. Projetado para comportar algumas centenas de pacientes, o HCB chegou a abrigar mais de cinco mil internos simultaneamente (Brasil, 2009). Essa superlotação não foi um evento isolado, mas uma condição permanente ao longo de décadas. De acordo com Ferreira (2019), a superlotação inviabilizava qualquer prática minimamente terapêutica pois pacientes dormiam no chão, amontoados em galpões, sem camas, colchões ou roupas adequadas, e muitos permaneciam nus ou cobertos apenas por trapos, o que agravava ainda mais sua vulnerabilidade física e psicológica.

A profundidade da insalubridade e precariedade das condições sanitárias no Hospital Colônia é amplamente documentada, vista tamanha agressividade das condições. Segundo Silva (2008), era comum a proliferação de doenças infecciosas, como epidemias de tuberculose, diarreia, pneumonia e outras enfermidades de ágil contaminação em espaços fechados, visto também a ausência de qualquer resposta médica adequada.

Os riscos à saúde dos internos também eram acentuados em razão da desnutrição, visto que a alimentação era escassa e de péssima qualidade. Muitos internos morreram devido à desnutrição, como demonstram relatos de ex-funcionários e documentos oficiais analisados por Ferreira (2019), a ponto da morte se tornar comum no HCB. Em cartilha de monitoria sobre o Programa De Volta para Casa, o Ministério da Saúde (2009) relata que vários ex-internos se referem a uma espécie de “chá” que era servido por volta da meia-noite e que, nas manhãs seguintes, muitos daqueles que teriam o bebido apareceriam mortos e eram empilhados em corredores do hospital.

Além da omissão, o Hospital Colônia é conhecido pela violência institucionalizada e, conforme Silva (2013), práticas como espancamentos, contenções físicas prolongadas, uso indiscriminado de eletrochoques e castigos coletivos eram comuns e integravam a rotina do hospital. Destaca-se a eletroconvulsoterapia, prática comum na ciência psiquiátrica após o final

dos anos 30, no entanto, o eletrochoque, no HCB, nem sempre tinha finalidade terapêutica, como o Dr. Ronaldo Simões Coelho, ex-secretário geral da FEAP, que trabalhou 29 (vinte e nove) anos no HCB revelou em entrevista para Arbex (2013).

Passa-se a descrever o cenário vivenciado por Francisca Moreira dos Reis, que narrou duas trágicas mortes nos poucos minutos que se submeteu a testemunhar a prática que era rotineira na Colônia em 1979, junto a mais 20 (vinte) mulheres, episódio em que a então funcionária da cozinha do HCB foi sorteada para realizar uma sessão de eletrochoque nos pacientes do pavilhão masculino (Arbex, 2013). A primeira morte foi a de um jovem que foi amarrado na cama e amordaçado, que sucumbiu a uma parada cardíaca e o corpo, ainda quente, foi enrolado em lençóis brancos e removido da cama, com destino imediato ao chão do pavilhão, e seguinte ao necrotério, junto a segunda de outro paciente jovem (Arbex, 2013).

Somando-se à eletroconvulsoterapia, algumas psicocirurgias (exemplo das leucotomia) eram performadas no hospital, procedimento que muitas vezes resultava em baixa reatividade emocional (Brasil, 2009). Essas práticas não tinham finalidade terapêutica, mas disciplinar, com o único objetivo de controlar os considerados indesejáveis e silenciar comportamentos que fugissem às normas impostas dentro do próprio HCB.

No Colônia, a epilepsia era frequente motivo de internação e intervenções drásticas, mesmo não se tratando de doença mental. Arbex (2013) cita Antônio da Silva (Toninho), criança abandonada aos 12 anos de idade devido a um quadro de epilepsia e Elza Maria do Carmo, também internada ainda na infância – ambos sem acesso a qualquer meio de tratamento real à doença que não injeções aplicáveis durante situações de crise. Outras fontes revisadas por Arbex (2013) relatam o caso em que outra criança, também aos 12 anos de idade, foi submetida a uma lobotomia para conter sua agressividade e cessar os surtos durante as crises epiléticas.

Segundo Chiacchio e Skarabone (2024), o modelo médico vigente legitimava essas violências ao tratar os internos como sujeitos incapazes, destituídos de direitos e de voz. O Ministério da Saúde (2009) estima que mais de 60 mil pessoas morreram no Hospital Colônia de Barbacena, número comparável a tragédias humanitárias reconhecidas internacionalmente, sendo quase 240 (duzentos e quarenta) por mês. Para Silva (2013), Barbacena representa o ponto máximo de uma lógica manicomial que se baseava na segregação e no silenciamento.

A falta de investimentos estruturais, aliada ao aumento contínuo de internações, escancarou a omissão deliberada do Estado, que, embora tivesse pleno conhecimento da situação, optou por manter o hospital funcionando nessas condições. Para Chiacchio e Skarabone (2024), essa omissão não pode ser compreendida como negligência pontual, mas como política pública de abandono institucionalizado, cenário que foi fundamental para o

surgimento das críticas que culminaram, décadas depois, na Reforma Psiquiátrica brasileira, ao expor de forma brutal os efeitos de um modelo centrado na exclusão e na desumanização.

Através dos relatos e da historicidade, percebe-se que o HCB não tratava, não curava, não reabilitava e não reintegrava seus pacientes à sociedade, e apenas os isolava e eliminava lentamente, tornando-se um símbolo das políticas públicas de saúde do século XX, inspiradas em uma ciência do extermínio. A soma de superlotação, fome, insalubridade, violência e abandono resultou naquilo que hoje é reconhecido como uma verdadeira política de morte. O colapso do HCB revela o lado cruel das políticas públicas de saúde mental vigentes até meados do século XX, ausência de fiscalização, o financiamento insuficiente e a conivência institucional que permitiram que o hospital se transformasse em um espaço de extermínio.

3.2 A Indústria da Morte do Hospital Colônia

Prosseguindo à análise das violações do "eu" dos internos, embarca-se em um dos capítulos mais macabros do HCB, que é a venda de corpos. Arbex (2013) dá o pontapé no tópico através da memória ainda vívida do professor universitário Ivanzir Vieira, em episódio de época que ainda era aluno da Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora:

> Ao se aproximar do portão, um forte odor o atingiu com violência. Pareceu que, dentro do prédio, havia centenas de ratos mortos já em estado de putrefação. O que provocava isso? Seu "nariz de farmacêutico" descartou o gás sulfídrico utilizado algumas vezes por alunos em brincadeiras de mau gosto. Resolveu enfrentar o mal-estar, avançando escola adentro. Ao final do corredor, Ivanzir surpreendeu-se com o que viu. No pátio interno da faculdade havia dezenas de cadáveres espalhados pelo chão em grotescas posições. Parecia que um maníaco sexual havia passado por ali. Os corpos das mulheres, com as saias ou camisolas erguidas, pernas abertas, desnudando sua intimidade. Os homens, com as calças e cuecas — sujas umas, imundas outras — baixadas. As fisionomias eram pálidas, esquálidas. Barbas crescidas, cabelos desgrenhados, pareciam egressos de um manicômio. O cheiro não deixava dúvida de que estavam mortos havia dias. O farmacêutico ficou atônito (Arbex, 2013).

O professor narra que enfim um funcionário da Faculdade de Medicina lhe colocou a par da situação com naturalidade e despreocupação: uma caminhoneta de Barbacena chegou lotada de cadáveres durante a madrugada, oferecendo cada corpo por valor que nos dias de hoje corresponde a R$ 364 (trezentos e sessenta e quatro reais), mas havia deixado claro que também haviam compradores no Rio de Janeiro (Arbex, 2013). Parte do capítulo deixa escancara os números: Cerca de 1.800 (mil e oitocentos) corpos foram vendidos pelo Colônia para quase 20 (vinte) faculdades de medicina brasileiras entre 1969 e 1980 (Arbex, 2013).

Cabe também destaque a uma das práticas utilizadas no hospital para a venda não tão somente de corpos, mas de esqueletos, que era o método de "desencarnar" os mortos. O

procedimento consistia em colocar os corpos em tonéis com ácido, de forma a derreter a carne e possibilitar a venda dos esqueletos, prática que alguns internos até mesmo participavam e "desencarnavam" colegas (Brasil, 2009). É importante, além de deixar em destaque que a quantidade de óbitos em Barbacena era tão expressiva que uma rota comercial de cadáveres nasceu em Minas Gerais, alcançando faculdades de medicina de todo o país, pensar em como era naturalizada gestão dos corpos e que a barbárie tornou-se tão comum ao ponto que a comercialização de quase dois mil corpos foi algo que não preocupou a população.

Arbex (2013) narra a história de Luiz Felipe Carneiro, nascido dentro do terreno do Colônia, filho de Raul Ferreira Carneiro, mestre de obras do hospital, e neto do então administrador do hospital em 1925, Adolfo Cisalpino de Carvalho, o menino nasceu numa chácara no mesmo terreno do Colônia, local que seus moradores consideravam um paraíso apesar da proximidade do abatedouro chamado Colônia, afinal, era rodeado por árvores frutíferas e uma horta. Testemunha ocular do trabalho exaustivo dos internos na construção e na horta, o jovem não entendia como os homens que trabalhavam sem descanso para seus pais poderiam oferecer tanto perigo como era comentado (Arbex, 2013).

O capítulo prossegue não com olhos de criança dentro do hospício, mas olhos de mulher do lado de fora. Arbex (2013) introduz seus leitores a Alba Watson Renault, que cresceu na sua de frente à ala feminina, e era neta do farmacêutico do hospital, Zenon Renault, e que diariamente assistia os pacientes deixando o hospital para capinar, descartar corpos no Cemitério da Paz e realizar demais trabalhos pesados não tão somente em seus corpos esquálidos, quanto em seus espíritos. No hoje abandonado Cemitério da Paz, cerca de 60 (sessenta) mil corpos estão enterrados (Andrade, 2023).

Outros muitos momentos da história do Colônia deixam claro que o descaso com os pacientes não era meramente dentro do hospital, mas era público, erguendo questionamentos de como as cruéis situações ali eram normalizados: o já comentado “Trem de Doido” ganhou nome antes de fazer sua última viagem; as faculdades de medicina não questionavam o número de corpos que lhes eram oferecidos a preços baixos; as crianças dentro e fora das instalações sabiam que ali haviam pessoas supostamente perigosas; os funcionários reconheciam a barbárie e a aceitavam.

Houve, ainda que de forma tácita, uma normalização do mal em Barbacena. O horror vivido dentro dos muros do hospital psiquiátrico, tornou-se pano de fundo na vida daqueles do lado de fora dos muros. “Barbacena, a cidade dos loucos” poderia ser tão comumente dito, que ninguém questionava quem eram esses loucos. A barbárie foi aceita silenciosamente pela sociedade do município, que, se por um momento sequer houvesse

demonstrado preocupação real com os internos, talvez pudesse ter evitado parte das atrocidades ali ocorridas.

Mas, ainda assim, não pertence tão somente à sociedade a culpa pela manutenção da barbárie. Em estudo voltado à investigação da responsabilidade do Estado mediante adoção de políticas violadoras de Direitos Fundamentais, Costa (2014) chega à conclusão que as desastrosas políticas públicas em relação a tratamentos de patologias mentais, com ênfase no Colônia, hão de ser objetivas. Costa (2014) parte do raciocínio de que, uma vez que os hospitais psiquiátricos faltam com seu dever de cuidado em relação a pacientes sob sua guarda, visto danos causados por atos praticados por agentes públicos conforme os relatos do HCB, inexiste trava que impeça o reconhecimento da responsabilidade objetiva estatal para com os danos.

São irrefutáveis as evidências de que Estado restou omisso às graves falhas da gestão do HCB, mas ainda assim o utilizou como curral eleitoral por políticos mineiros onde o genocídio de uma população dos socialmente indesejáveis foi sistematicamente orquestrado pelo Estado brasileiro.

> Essa administração do mal banal, cuja colagem aparece repetidas vezes nos discursos contemporâneos da boa administração, da eficiência, e que demonstra a total incompreensão do outro como humano, no Hospital Colônia, ganhava contornos terríveis ao equiparar o lugar de tratamento a um espaço para o confinamento de animais, no qual leito e curral se equivaliam (Matos-de-Souza; Medrado, 2021).

Conforme já discutido, as práticas dentro do hospital contaram com a conivência de inúmeros médicos e demais funcionários, mas não tão somente destes, mas da própria sociedade. A vida e a morte, dentro dos muros do Colônia, tornaram-se um grande estudo de caso em como desumanização com suporte social e estatal resultou em uma política de morte que escancarou o quão fácil foi banalização da vida daqueles considerados indesejados.

3.3 O começo do fim de Barbacena e a Reforma Psiquiátrica

A revista “O Cruzeiro” foi a primeira a denunciar as irregularidades ocorridas no Colônia, em matéria intitulada "Sucursal do Inferno" produzida pelo repórter José Franco e o fotógrafo Luiz Alfredo Ferreira em 1961, contudo, sem ganhar grande notoriedade no plano nacional e internacional devido à tentativas de "abafar o caso" pelo forte eixo político de Minas Gerais (Arbex, 2013). Porém, foi só a partir da década de 1970 que as denúncias de maus tratos ganharam maior notoriedade, através de relatos do psiquiatra italiano Franco Basaglia e o jornalista e autor Hiram Firmino.

Inicia-se tratando de Basaglia, psiquiatra pioneiro na luta antimanicomial italiana e que foi um dos responsáveis pela reforma na assistência mental italiana que, no final de julho de 1979, visitou o HCB e em seguida denunciou as barbáries que presenciou em sua breve visita durante seminário no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, e foi no congresso que realizou a exposição das fotos tiradas dentro do Colônia, chocando o público presente (Nézio, 2021). As declarações em que comparou o HCB a um campo de concentração nazista chegaram à imprensa internacional, ao ponto que até o New York Times se interessou sobre a tragédia, conforme reporta Arbex (2013), apesar de lamentar que o médico responsável por levar Basaglia ao Colônia foi processado pelos hospitais e quase teve seu diploma cassado.

Ser chamado a atenção por um dos grandes nomes da psiquiatria daquele século, pareceu ser suficiente para um despertar da FHEMIG, afinal, Basaglia tinha conduzido uma reforma plausível na Itália, e a exposição dos horrores ocorridos em Barbacena para um grupo estudantil e profissional que realmente se importava com o que estava acontecendo e com o declínio do modelo manicomial, gerou necessidade de mudanças.

Para fazer mais pressão ainda no governo estadual de Minas Gerais, o jornalista Hiram Firmino assumiu o papel de porta-voz dos internos do Colônia através de reportagens publicadas no jornal "Estado de Minas" (Fullin, 2018). Dentre as reportagens produzidas por Firmino em sua longa e necessária série sobre o HCB, alguns títulos se destacam como "Barbacena, a face política da loucura" (Fullin, 2018). As denúncias de Firmino foram obviamente necessárias, mas o simples fato de resgatar a função política de manter o hospital ativo como uma intuição não só de saúde, como política, é muito importante para toda a análise feita até aqui.

Essa importância é, pois, conforme já apresentado no início desse capítulo, o Colônia já nasceu desvirtuado por ser um "presente de consolação" pra cidade que ficou em segundo lugar como possível capital. Os empregos ofertados não exigiam formação específica, havendo casos de desvios de função onde pessoal não especializado no trato de enfermos ficavam responsáveis pelos internos, como já colocado antes. A laborterapia foi parecida com os moldes do trabalho forçado, que gerava lucro ao hospital e economias à cidade. Portanto, havia sim um aspecto muito político em Barbacena, afinal, era um hospital gerenciado pelo Estado e que desde os anos 70 era gerido pela FHEMIG.

As mudanças significativas que ocorreriam posteriormente no HCB se deram em razão aos avanços nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, logo, é neste momento que se exige um debruçar sobre o que foi a Reforma Psiquiátrica Brasileira e como sua influência foi essencial em Barbacena. Só assim para se entender que foi tão somente através de avanços

legais, da assimilação de novas correntes médico-científicas e de uma mudança de como o corpo social via o alienado, que o HCB começou a mudar e que todo o sistema de saúde mental do país passou a ser “menos cruel”.

O relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços da Saúde Mental, declara que os anos finais da década de 70 foram onde iniciou-se o processo da reforma psiquiátrica, num contesto internacional de superação da violência asilar (Brasil, 2005). Ou seja, o Brasil, até mesmo em uma reforma do sistema de saúde mental, seguiu orientações e atendeu ao direcionamento internacional. Isso retoma o raciocínio logo para o início deste trabalho, quando as políticas manicomiais e de assistência aos alienados que foram estabelecidas no Brasil tentavam espelhar as europeias.

A lei que institui a Reforma Psiquiátrica Brasileira dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estipulando em seu artigo inicial que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação (Brasil, 2001). Mas, destaca-se que o processo legislativo que instituiu a reforma psiquiátrica no Brasil surgiu após décadas de lutas antimanicomiais, com um grande apoio também das mobilizações democráticas daquela época, conforme se demonstrará.

Iniciando com os primeiros sinais de fumaça do que seria um movimento social contra o modelo manicomial, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se destacou ao juntar não tão somente a categoria de trabalhadores em saúde mental, mas famílias de pacientes psiquiátricos de todo o território nacional (Brasil, 2005). O contexto histórico, também muito importante, é o da redemocratização do país, onde o movimento antimanicomial se junta a uma onda de movimentos sociais da época, ganhando maior impulso perante tamanhas mobilizações político-sociais e sendo abraçado pela sociedade (Brasil, 2009).

Na década seguinte, a reorganização do sistema começa. A mais importante medida é o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no ano de 1987 em São Paulo (Brasil, 2005). Hoje, os CAPS são instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), logo, abertas integralmente à comunidade, e voltadas para o acolhimento, tratamento e reinserção comunitária de pessoas com intenso sofrimento psíquico, e dependentes químicos (Brasil, 2025). No entanto, apesar de não alcançar todas estas competências no anos 80, o CAPS foi chave para a construção de uma rede de cuidados que pudesse realmente substituir os hospitais psiquiátricos, momento em que também se destacam os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos, que atuavam 24 horas (Brasil, 2005).

Ainda em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada antes mesmo do processo Constituinte, mas que por se passar pós-redemocratização, já dispunha alguns novos princípios voltados à cidadania e dignidade dos pacientes psiquiátricos (Brasil, 1988). O papel dessa I Conferência Nacional de Saúde Mental é inexplicável quando comparada com as outras movimentações sociais da época, que ocorriam em grau estadual e que, apesar de suas vitórias, ainda não tinham alcançado notoriedade nacional ao ponto de garantirem ampla recepção do governo federal.

Em relatório do Ministério da Saúde referente à conferência, algumas críticas tímidas ao governo foram tecidas, principalmente quanto às contradições do setor de saúde mental em vista de um Estado capitalista que busca somente políticas que o legitime, sem responder às necessidades sentidas na área social, ficando o sistema de saúde como um mero saco de pancadas da insatisfação popular (Brasil, 1988). Naquele momento político, pré-Constituição Cidadã, um "desabafo" deste tipo é valioso, pois deixa bem claro a insatisfação dos profissionais e garante, assim, que há uma lente limpa enxergando a bagunça existente, e também, reais intenções de reforma.

Algumas das diretrizes estipuladas eram que haveria de ser reformulado o modelo assistencial em saúde mental e que havia necessidade de uma consequente reorganização dos serviços públicos prestados, mediante a formação de Conselhos de Saúde em todos os níveis da federação, reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocentrica" com foco em um sistema extra-hospitalar e multiprofissional, junto a estratégias de implantação de serviços de saúde mental em hospitais públicos (Brasil, 1988). Tais princípios e estratégias demonstram um interesse claro do Ministério da Saúde em garantir uma verdadeira revolução no atendimento médico-psiquiátrico no Brasil, após tantos anos de escuridão que foi retratada nos subcapítulos interiores.

O Tema III discutido no congresso se referia à "cidadania e doença mental", foi contido em suas reivindicações, mas significante ao realizar apontamentos aos direitos, deveres e propostas para legislações protegendo os doentes mentais de mais abusos estatais. Ocorreu um claro processo de expansão dos direitos dos doentes mentais e uma assunção de outros direitos que nas legislações anteriores, tratadas com suas irregularidades e preconceitos no Capítulo 2, não resguardavam:

> Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a legislação em vigor. A construção social do processo saúde-doença recomenda prudência ao se caracterizar comportamento alternativo de inserção social

> como doença mental, evitando a utilização do saber e das técnicas médico-psicológicas para a prática de discriminação e dominação. O Estado deve buscar formas de reconhecer os espaços não profissionais, criados pelas organizações comunitárias, como espaços promocionais de saúde mental (Brasil, 1988).

Para Rolim (2018) a ideia trazida pelo Congresso de que a loucura não poderia ser concebida tão somente por condicionantes biológicos, mas analisada como um todo, incluindo os condicionantes sociais, foi um esforço natural após anos de uma psiquiatria com posições higienistas. A nova política de saúde mental teve dificuldades em se sustentar e não foi tão bem absorvida por muitos profissionais psiquiátricos, e a postura tradicional sempre foi de não reconhecer qualquer vínculo entre os horrores dos manicômios (Rolim, 2018).

O projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi proposto em 1989, um ano após a Constituição Cidadã, e inaugurando consigo princípios e direitos fundamentais garantidos através da Constituição aos doentes mentais (Nascimento, 2023). Contudo, a Lei Federal nº 10.216 somente foi promulgada em 2001, quase 12 anos após sua proposição, após batalhas nas casas do Congresso e do Senado. O diploma legal dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental para um paradigma de cuidado em liberdade e de reinserção social (Brasil, 2001).

Não houve, a priori a extinção dos manicômios, mas o legislador vedou a internação em instituições com características asilares, atendendo recomendações de Basaglia e outros profissionais conforme o desenvolvimento de estudos sobre o tema. Destaca-se o artigo 4º da RPB, que estabeleceu que a internação, em qualquer de suas modalidades, somente seria indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes, e que o tratamento teria como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio (Brasil, 2001). Assim, se nota que teve um real rompimento com a ideia central e antiquada da assistência médica de que a segregação era a chave para o tratamento.

Voltando para Barbacena/MG, os novos ares de mudança trazidos pela RPB foram notados ainda no início dos anos 80, com a desativação do prédio administrativo do Colônia, onde anteriormente eram realizados experimentos e punições (Arbex, 2013). Outra mudança importante foi o impedimento da transferência indiscriminada de internos de outros hospitais para o HCB quando não verificada melhora em 10 dias, o que leva reconhecer o rompimento da ideia de uma perpetuidade manicomial, e a impressão de que o Colônia era um depósito de "doentes mentais" (Arbex, 2013).

Em 1986, os pacientes crônicos que demonstravam algum nível de independência foram movidos para as cinco casas de acolhimento no interior do hospital (Kyrillos Neto; Dunker, 2017). Esse sopro de liberdade visto a remoção de alguns internos dos pavilhões,

demonstra as primeiras tentativas do HCB de reinserir seus pacientes na sociedade, adotando novas perspectivas. Sai, então, do papel de residência perpétua, para um local onde parte da independência poderia ser reclamada, sendo uma mudança muito grande para a antiga função que o hospital foi forçado a assumir.

Em 1996, três anos antes da PL da RPB, um convênio entre a FHEMIG e a Fundação Municipal de Cultura de Barbacena (FUNDAC), inaugurou o Museu da Loucura (Gonçalves, 2025). Esse museu da barbárie ocorrida no HCB tem duas funções. A primeira, é a de memória, de jamais esquecer o que milhares de inocentes passaram dentro do Colônia. Já a segunda função é de conscientização.

Hoje, no entanto, cabe lembrar que apesar de ter sido aceito como ponto turístico e histórico de Barbacena, pouco após a inauguração, a população foi relutante a aceitar a existência do museu em um esforço para apagar a barbárie, até mesmo arrancando placas sobre o local que tinham na BR-040 (Jelin *apud* Gonçalves, 2025). A negativa populacional em reconhecer o que aconteceu no Colônia e fixar a cidade no mapa da loucura através do museu, demonstra como o silêncio era a grande escolha da população.

Os relatos já colacionados nos subcapítulos anteriores sobre a normalização dos alienados no município, de seu trabalho e de seus maus-tratos, pareciam mais fácil do que aceitar um memorial. A cidade renegou seu passado sem hesitar. No entanto, apesar de se esforçarem em negar a tragédia, o museu ainda é muito visitado e a população teve de aceitá-lo, sendo uma referência histórica sobre o HCB e na promoção da quebra de estigmas sobre doenças mentais.

Hoje conhecido como Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), ainda em 2000, o espaço reestruturado definiu novos rumos para a continuação de processos de humanização e desospitalização, e, em 2016, foi implantado o projeto "Casa Lar" no CHPB, uma espécie de residência transitória em que os internos/moradores alcançariam ainda mais independência (FHEMIG, [2026?]).

Ao discutir essas tentativas de ressocialização dos internos, também é importante mencionar o Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei Federal nº 10.708 de 31 de julho de 2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, sob coordenação do Ministério da Saúde e atendendo disposições da RPB (Brasil, 2003). O programa tem como objetivo contribuir ainda mais para a reinserção social dos internos, incentivando a criação de uma rede de cuidados, incluindo a fixação de um benefício no valor de R$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) que seriam pagos diretamente aos beneficiados ou seus representantes legais (Brasil, 2003).

Em maio de 2026 a história desumana do HCB se encerrou através de decisão do Governo de Minas Gerais que encerrou por definitivo as atividades no local, transferindo os últimos residentes para outras instituições (G1 Zona da Mata, 2026), sendo essa transferência e encerramento das atividades, um fim definitivo a história do Colônia, mas não se sua memória. Ainda no mês de maio de 2026, a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) também se manifestou sobre o HCB, confessando ter recebido cadáveres para estudo anatômico por cerca de duas décadas (UFJF, 2026).

O fim do Colônia no mês de maio foi simbólico, afinal, em 18 de maio é celebrado o aniversário o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), data que hoje é conhecida nacionalmente como Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Celebrar essa data é essencial, afinal, o Museu da Loucura ainda existe, mesmo que o hospital não exista, assim como os decretos acerca dos alienados ainda existem em registros legais, ainda que a RPB exista. Não há, portanto, de se falar em progresso sem que o passado tenha exigido reforma e sensibilização.

Assim, a presente monografia prossegue com a investigação e assimilação da teoria da Necropolítica de Achile Mbembe, como pode ser vislumbrada na gestão do HCB, como se apresenta atualmente nas políticas manicomiais e perspectivas de como ainda influenciará o futuro. A gestão do Colônia, com seu sistema de descarte de vidas, negligência letal e desumanização sistemática, é uma ilustração trágica e contundente da aplicação da lógica necropolítica, conforme será demonstrado.

4 A NECROPOLÍTICA E O CASO BARBACENA

O presente capítulo converte a narrativa histórica dos capítulos anteriores em análise teórica, propondo a necropolítica como chave de leitura para o caso Barbacena e para a permanência da lógica manicomial no Brasil contemporâneo. O primeiro subcapítulo apresenta a teoria da necropolítica e suas influências, com ênfase na produção "Necropolítica" de Achille Mbembe e obras de Michel Foucault, incluindo também Hannah Arendt e suas impressões sobre o nazismo e campos de concentração.

O subcapítulo 4.2 demonstra efetivamente como a necropolítica pode ser aplicada ao HCB, demonstrando como houve a institucionalização do necropoder. O último subcapítulo, o 4.3, traz a discussão de políticas manicomiais, necropolítica e Barbacena para o presente, e também projeta perspectivas futuras, tendo ênfase em como o brasileiro ainda vê os manicômios como melhor opção para doentes mentais e como as medidas de segurança perpetuam o "desejo de manicômio", demonstrando como a necropolítica se renova com a sociedade.

4.1 Achille Mbembe, Michel Foucault e necropolítica

A necropolítica é teoria pós-colonial e distante dos centros hegemônicos do saber ocidental, o que inicialmente a difere das teorias criminológicas e científicas discutidas até o momento nesta pesquisa. Proposta por Achille Mbembe, filósofo político camaronês que dedicou sua produção acadêmica aos estudos de raça e ciência políticas, a necropolítica foi inicialmente pensada a partir da realidade do continente africano.

Inicialmente, a teoria da necropolítica, segundo seu autor, seria uma presunção, ou seja, uma proposição cuja ausência de prova sustentaria, sintetizando a filosofia política moderna no fato de que a expressão máxima da soberania residiria na capacidade e no poder que alguns povos possuem de decidir quem vive e quem morre (Mbembe, 2018). Logo, colaciona-se o coração da necropolítica:

> Este ensaio pressupõe que a expressão máxima da soberania 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. Exercitar a soberania é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder (Mbembe, 2018).

A definição de necropolítica apresentada pelo filósofo não é única em sua vertente de estudo de como determinadas populações são administradas através do controle, uma vez que muito se aproxima da do biopoder de Michel Foucault antes de desviar-se completamente,

visto que, enquanto a teoria foucaultiana se debruça sobre a gestão da vida, Mbembe desloca seu foco para a gestão da morte. Logo, diante da impossibilidade de se discutir necropolítica sem antes discutir biopoder e biopolítica, faz-se necessária uma contextualização a respeito da temática de Michel Foucault.

O conceito de biopolítica, segundo Foucault (2014), seria a maneira como eram racionalizados e resolvidos os problemas sociais postos à prática governamental, e como a população em conjunto seria um objeto de políticas públicas de assistência à vida e sua manutenção, seja mediante a racionalização governamental do viver coletivo através de políticas direcionadas à questões como a saúde, longevidade, natalidade e higiene. Portanto, ao assumir a vida como objeto central e cuidando da mortalidade da população e controlando os efeitos do fim da vida, a biopolítica tornaria as sobrevivências um objeto de governo (Negris, 2020).

Foucault (1999) utiliza-se da existência de soberania, ou melhor, do poder soberano para mostrar como o direito de vida e morte se reestruturou durante a história da humanidade, iniciando com o poder soberano tradicional romano de *patria potestas*, que dava ao pai de família romano o direito de dispor livremente de seus filhos e escravos, inclusive de tirar a vida que havia "dado", como próprio autor se refere. Portanto, o poder soberano seria a escolha/poder de forçar a morte, se necessário ou de interesse do soberano, ou permitir viver, se a vida do outro o interessasse.

Muito mais adiante, após discutir como esse velho direito de causar a morte de alguém e de a deixar viver transformou-se em causar a vida e devolver à morte através da gestão da vida pela biopolítica já anteriormente discutida, Foucault enfim nomeia o direito de devolver à morte como "bio-poder" (Foucault, 1999). O biopoder, portanto, são os meios através dos quais as o governo controla a população através de mecanismos, instituições e legislação (Foucault, 1999).

Ou seja, enquanto a biopolítica era o mero ímpeto de controle e administração populacional, o biopoder era a realização desta ideia através de ferramentas concretizadoras deste controle. Hoje, a biopolítica e o biopoder se demonstram ainda fortemente verificáveis em políticas públicas de saúde, controle social e até mesmo no próprio sistema prisional, visto o caráter coletivo de tais questões.

A crítica de Mbembe à Foucault é no sentido de que a ideia de que a modernidade teria assistido na transição entre “fazer morrer e deixar viver” e “faz viver e deixa morrer”, momento em que o Estado teria passado a controlar e gerenciar a vida das populações) não era ampla o suficiente. O filosofo abertamente critica o biopoder por ser insuficiente no que se trata

das experiências pós-coloniais contemporâneas em que a guerra, a resistência e a luta contra o terror determinam o extermínio do inimigo político, mas baseia-se no conceito de biopoder na exploração de noções de soberania e o estado de exceção.

Mbembe (2018) divide sua crítica em dois pontos essenciais, sendo o primeiro que a biopolítica se voltava ao sustento da vida através de políticas públicas, enquanto na verdade, muitas vezes era o próprio poder público que buscava evitar que a vida se sustentasse. Ou seja, Foucault não incluiu em sua teoria, o risco de ser o próprio governo que, seja direta ou indiretamente, influenciasse diretamente à morte de sua população. O segundo ponto, e o mais interessante quando a análise se faz em nações vítimas do colonialismo, é que o período de investigação adotado por Foucault seria nas últimas décadas do século XVII, quando, para Mbembe, a escravidão já seria uma das primeiras instâncias da biopolítica (Mbembe *apud* Barreto, 2022).

E é neste contexto em que a necropolítica surge não tão somente como uma negação do biopoder, mas o amplia, uma vez que Mbembe julgou as noções foucaultianas como insuficientes para elucidar as formas modernas de exercício da soberania através de técnicas destrutivas de instrumentalização da vida (Migoto Filho, 2024). A necropolítica operaria mediante a estratificação social, método sob qual os indivíduos seriam reduzidos à sua dimensão biológica, perdendo seus status políticos e mais se adequariam ao status de objeto, do que de pessoa (Resende, 2021).

Neste contexto, considerando que a necropolítica poderia ser descrita como as maneiras políticas contemporâneas em que as tecnologias bélicas seriam postas em prática para promover a destruição, faz sentido colocar as colônias como seu primeiro momento de expressão (Migoto Filho, 2024). Discutir as colônias e o colonialismo é discutir a escravidão, e discutir a escravidão é discutir massacre exclusão e vidas objetificadas, pois, conforme Mbembe (2018), qualquer relato histórico do surgimento do terror precisa tratar a escravidão:

> De fato, a condição de escravo resulta de uma tripla perda: perda de um "lar", perda de direitos sobre seu corpo e perda de status político. Essa perda tripla equivale a dominação absoluta, alienação ao nascer e morte social (expulsão da humanidade de modo geral). Para nos certificarmos, como estrutura político-jurídica, a fazenda é o espaço em que o escravo pertence a um mestre. Não é uma comunidade porque, por definição, implicaria o exercício do poder de expressão e pensamento (Mbembe, 2018).

Portanto, o escravo deixaria de pertencer à humanidade como parte atuante dela, perdendo as noções de lar, qualquer tipo poder sobre o corpo e seu status político de indivíduo. O escravo, não mais humano e não mais sujeito de direitos, estava fadado a uma existência como um ser inferior e em constante estado de injúria, entre o homem, a coisa e a mercadoria,

tendo seu valor unicamente atribuído enquanto pudesse produzir lucro, seja como instrumento de trabalho ou propriedade (Migoto Filho, 2024).

> Como instrumento de trabalho, o escravo tem um preço. Como propriedade, tem um valor. Seu trabalho é necessário e usado. O escravo, por conseguinte, é mantido vivo, mas em "estado de injúria", em um mundo espectral de horrores, crueldade e profanidade intensos (Mbembe, 2018).

Ou seja, a necropolítica não discute a gestão da vida e sua manutenção, mas a gestão da morte de determinadas figuras sociais, os tornando sujeitos passíveis de morrer, onde a teoria também articula importantes pontes com o conceito de estado de exceção:

> Como é sabido, o conceito de estado de exceção tem sido frequentemente discutido em relação ao nazismo, totalitarismo e campos de concentração/extermínio. Os campos da morte em particular têm sido interpretados de diversas maneiras, como a metáfora central para a violência soberana e destrutiva, e como o último sinal do poder absoluto do negativo (Mbembe, 2018).

Esta primeira relação realizada entre a teoria da necropolítica e os campos de concentração/extermínio nazistas, teve ênfase em como os ocupantes eram desprovidos de seus status políticos e reduzidos a seus corpos biológicos, o que seria a expressão mais moderna do estado de exceção, visto que os indivíduos paravam de ser pessoa e assumiam papel de coisa (Mbembe, 2018). Interpretar os campos de concentração como a metáfora central da soberania entre povos é reconhecer que os dominantes sempre buscarão a aniquilação do dominado, seja qual for a justificativa apresentada, mas que quase sempre será embasada no afastamento do outro.

Hannah Arendt (2013) discute a sofisticação dos métodos de extermínio nazistas, destacando em inúmeras passagens da obra como a aniquilação dos judeus se iniciou com a supressão e seguinte extinção de suas condições legais, no caso, como cidadãos de segunda classe, e os afastando do convívio e os juntando em guetos e campos de concentração. Houve, então, conforme demonstrado anteriormente, a privação de status políticos e a redução ao corpo biológicos, em vistas de graduais esvaziamentos jurídico pré-extermínio.

Remetendo-se novamente à organização do estado nazista, Mbembe (2018) demonstra como a fusão entre a guerra e a política alemã transformaram a perspectiva social, ao ponto em que a existência do Outro (o indesejado) era vista como um atentado à segurança pública, cuja eliminação reforçaria a vida e a segurança. Ora, a teoria da necropolítica reforça a ideia de que a racionalidade de uma vida passaria pelo direito de ordenar a morte de outro por justificativas quais fossem; e de que a soberania consiste na matar para garantir a suposta existência e a segurança da comunidade.

E apesar de não ser o foco do presente estudo realizar aproximações históricas e procedimentais entre o ocorrido em Barbacena e a barbárie nazista que originou o Holocausto Judeu, não há justificativa em desvincular as lentes de análise das que o psiquiatra italiano Franco Basaglia utilizou em sua visita ao HCB. Pioneiro na luta antimanicomial italiana, no final da década de 70, Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena e em seguida denunciou as barbáries que presenciou em sua breve visita durante seminário no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, comparando o hospital com um "campo de concentração nazista" (Nézio, 2021).

Existe uma real semelhança entre o que foi presenciado por Basaglia e relatos de campos de concentração, semelhanças estas aptas a destaque conforme passagens de obras produzidas por sobreviventes de Auschwitz, por exemplo. Destaca-se "É isto um homem?" de Primo Levi, autor italiano como Basaglia, que narra suas experiências no campo de contração de Auschwitz:

> Nossa condição de prisioneiros sem prazo, condenados sem processo a uma existência de fome, surras, frio, cansaço e, no fim, à morte por gás como os ratos, era em si tão injusta que, pensávamos, teria sido mais do que suficiente para desqualificar o nazifascismo aos olhos de todos, para demonstrar sua iniquidade, assim como os teoremas demonstram a verdade da geometria: aliás, para fazê-lo desaparecer por gerações, talvez para sempre (Levi, 2013).

Arendt (2013) descreveu ao que se destinavam os campos de concentração: não tão somente ao extermínio ou à degradação humana, mas à eliminação cientificamente controlada e a transformação da personalidade humana em coisa. Seria, segundo a autora, parte da chocante experiência de desumanização do homem em algo que nem mesmo animais eram. É assim que se nota que necropolítica não é categoria abstrata ou restrito a contextos de guerra declarada, mas comum em estados modernos.

As produções acadêmicas nos últimos anos veem demostrando mais e mais como o poder soberano converteu determinadas populações em sujeitos matáveis. Destacam-se artigos científicos que cumulam aplicações à teoria, seja nas favelas brasileiras em tempos de pandemia onde o abandono e a violência escancararam a necropolítica estatal, retratos da necropolítica na defesa da ditadura militar mediante a emergência do Bolsonarismo, em políticas cisnormativas e invisibilização e morte das comunidades trans, no juvenicídio da comunidade preta e demais outros processos de deixar morrer perpetrados contra vulneráveis. Altamente recomendável a leitura destes textos

A necropolítica, portanto, fornece as categorias analíticas necessárias para poder compreender o ocorrido no HCB, permitindo observar como o Estado exerceu sua soberania de

forma a exercer o poder de matar e deixar morrer, bem como de que forma a criminologia positiva, o higienismo e o determinismo biológico que influenciaram políticas manicomiais legitimaram a morte de grupos sociais indesejáveis. Com este referencial teórico que foi consolidado até aqui, o subcapítulo seguinte aplica estas categorias à "gestão da morte" no HCB.

4.2 Aplicabilidade da Necropolítica na análise da gestão do Colônia

O subcapítulo anterior demonstrou que a necropolítica não é uma teoria abstrata, mas que possui aplicações reais a situações em que direitos de vulneráveis e grupos dissidentes da norma social estabelecida são objetificados, perdendo sua condição de sujeito de direitos e podendo assim ser exterminados. A partir de Arendt e Mbembe, demonstrou-se como um exemplo da teoria pôde ser identificada através das práticas genocidas contra judeus em campos de concentração. Passa-se agora a investigar se práticas análogas, fundadas no exercício da soberania sobre a vida e a morte, podem ser identificadas no Hospital Colônia de Barbacena, à luz da teoria da necropolítica.

O primeiro norte analítico sobre como a necropolítica operou no HCB se origina de sua fundação e sua função social. Veja-se, o Colônia não foi o primeiro manicômio do Brasil, conforme foi amplamente discutido nos capítulos iniciais. Ele segue os moldes do Hospício Pedro II, que nasceu como parte de um projeto de modernização da imagem do Brasil Império, com métodos importados diretamente da psiquiatria francesa, que recomendavam isolamento, o controle e a vigilância como formas de tratamento. E esse modelo de tratamento foi a chave para formalizar no território brasileiro que o isolamento era a cura, mas a cura para o que?

O pano de fundo jurídico, histórico e social que definiu quem era o "alienado", já foi demonstrada não seguir um vetor unicamente médico-científico, mas sim possuía uma vinculação moral. Decreto n. 206-A, de 15 de fevereiro de 1890, em seu artigo 13, estipulou que seriam admitidos em asilos especiais destinados à reclusão e ao tratamento, aqueles portadores de alienação, perturbarem a tranquilidade publica, ofenderem a moral e os bons costumes (Brasil, 1890). A norma jurídica da época, pois, tinha uma intenção clara de associar os desvios sociais à loucura.

Não esqueçamos que a Conforme discutido no primeiro capítulo, o "alienado" não foi definido como uma categoria médica, mas moral e política, ora, era alienado aquele que perturbava a ordem e a moral. O Estado construiu assim, uma categoria que alcançava todos os

desviantes da norma social dominante no período, seja por classe social notadamente inferior, compostamente desviante, ou real moléstia mental:

> A criação de um estabelecimento dessa natureza tinha por fim normatizar o comportamento da população, notadamente dos pobres e dos miseráveis, conforme o modelo da medicina social de inspiração francesa difundida pelas instâncias médicas do país responsáveis por viabilizar a higienização dos espaços públicos (Pessoa, 2019).

A normatização comportamental de populações de rua que vagavam pelas grandes metrópoles brasileira passou a ser considerado um problema de saneamento e saúde pública, ao ponto em que muitos, mesmo sem possuir doença mental, eram regularmente recolhidos no intuito de "limpar" as ruas. Engel (2001), reprisada neste capítulo devido à maestria de sua pesquisa, concebeu que o alvo prioritário dos hospícios eram os "loucos que circulavam nos espaços públicos, a maioria dos quais, como se viu, pertencia aos segmentos pobres e miseráveis".

Portanto, tendo este panorama histórico da função dos hospícios e como a legislação brasileira os organizava, que levou posteriormente à criação do HCB. Ocorre que, a partir dos anos trinta, a instituição não mais suportava o número de alienados internados, uma vez possuía 6 pavilhões, projetados para acomodar 200 pessoas, porém ali já residiam mais de 5 mil. A vida, ou melhor, a sobrevivência no complexo hospitalar era desumana, afinal, homens, mulheres e crianças bebiam urina, esgoto, alimentavam-se de ratos que existiam em abundância, dormiam no cimento ou no capim, ao ponto em que os internos do HCB morriam de frio, fome, doença, violência e abandono (Arbex, 2013).

As práticas no Colônia muito se relacionam aos métodos de desconstituição do indivíduo, conforme a necropolítica: destruindo e coisificados determinados indivíduos em um processo de "desumanização do indesejado", facilitando seu extermínio, conforme Mbembe (2018) destaca em inúmeros pontos em sua teoria, e que se mostram particularmente adequadas para explicar e compreender a gestão da morte em Barbacena.

A lente de análise proposta por Mbembe ilumina o caminho a ser percorrido para analisar as práticas do HCB e a dinâmica de sua gestão, uma vez que é possível perceber que o Estado que o gerenciava exercia um controle soberano na escolha de quem vivia e morria através de práticas omissivas que acabavam por decidir o destino dos internos. A gestão da morte em Barbacena, fundada em um descarte e desumanização, ilustra com excelência a teoria onde o poder soberano (estatal e comunitário) definia aqueles que mereciam viver e aqueles cujo sistema institucional de negligência executava (Mbembe, 2018).

A perda da condição de sujeito de direitos dos internos do HCB não teve início com sua chegada no Colônia, com a nudez forçada, os banhos públicos, a raspagem de cabelo ou com o azulão. Mas, ainda assim, foi reforçada pelas práticas gestoras do hospital e pela omissão do Estado e da sociedade como um todo, ao ponto que a internação passava uma borracha na existência dos internos, o removendo do contexto social e, logo, sua identidade. É nesse primeiro ato de exclusão que necropolítica oferece a noção de que a gestão da morte no hospital não operou necessariamente por meio da violência direta e imediata, mas pelo abandono deliberado, pelo deixar morrer estruturado como política pública.

Não restam dúvidas de que houve um processo de desumanização dos alienados no Colônia. Apesar de concordar em parte com Maya Neto (2020) quando, ao discutir as práticas do HCB, aponta que as pessoas segregadas eram vistas como nada mais que corpos, meio vivos e meio mortos, a análise mais aprofundada demonstra que o mero ato de comercializar os corpos como peças anatômicas transforma a “desumanização” em “objetificação”.

São processos semelhantes, sim. Afinal, aquilo que não é humano, é objeto e objeto é coisa. Mas em que momento os indesejados encaminhados a Barbacena deixaram de ser gente? Em que ponto se finca o marco onde a humanidade é extirpada daqueles que desembarcaram do Trem de Doido durante as décadas de funcionamento do Colônia? O processo de desumanização no HCB iniciava-se com o rompimento abrupto dos laços sociais, materializado pela chegada do "trem de doido".

Ao desembarcar na Estação Bias Fortes, a humanidade do sujeito era imediatamente confiscada através de um protocolo de triagem humilhante: os pacientes eram obrigados a ficar nus em público, tinham seus pertences pessoais subtraídos e seus cabelos raspados. A perda da identidade era consolidada pela uniformização com o "azulão", insuficiente para o frio. O hospital funcionava como um depósito: os internos dormiam sobre capim em pavilhões superlotados, sofriam com a fome extrema e eram submetidos a eletrochoques indiscriminados aplicados sem anestesia.

No caso, a omissão extrema, o definhar dos internados, a insalubridade e a superlotação do HCB são a face do "deixar morrer" da soberania estatal. O abandono e a internação desumanizavam os pacientes, deixados em Barbacena como objetos abandonados e esquecidos no tempo. Objetos estes que sentiam medo, fome, dor e frio, e cujo abandono resultava na morte. E é exatamente nestas lentes de expressão institucionalizada da necropolítica que o HCB deve ser compreendido, como verdadeira institucionalização da necropolítica aplicada aos indesejáveis do Brasil que se formava.

Outro ponto onde a teoria se aplica, é que o Colônia atuava como um espaço isolado onde o estado de exceção era permanente. A necropolítica tem como estratégia a divisão da sociedade em categorias distintas de acordo com os direitos que cada uma teria ou não, enquadrando alguns sujeitos entre detentores de direitos ou objetos (Resende, 2021). Dentro dos muros do hospital, os internos não eram pessoas de direito, mas corpos gerenciáveis e sem voz. Arbex (2013) averiguou que inexistiam critérios médicos para internação, demonstrando que a necessidade terapêutica não era a principal razão de internação, como esclarecido por relatos de pacientes do HCB.

Ou seja, a reclusão e o abandono eram uma escolha social, feita por soberanos ao interno, sendo o Estado, a polícia ou até mesmo as famílias. O poder soberano entendia que a existência de pessoas cujo comportamento desviava do norte social e moral da sociedade, era uma afronta à sociedade e que este deveriam ser retirados do convívio social. Havia, então, uma valorização de cada pessoa e uma remoção de direitos quando não se adequavam ao que era esperado pelos soberanos.

Mbembe (2018) dispôs que o biopoder operava mediante a produção de um inimigo ficcional, criando uma exceção e uma emergência, e essa emergência seria a justificativa para o direito de matar. No Brasil do século XX, o indesejável hospicializado e hospicializável era o inimigo ficcional aos bons costumes e à produtividade em um período que o higienismo, a eugenia e o darwinismo social forneciam justificativas para que determinadas classes fossem condenadas ao termo "degenerados". Arbex (2013) foi precisa ao documentar que dentro do Colônia estavam aqueles que desafiavam os costumes (homossexuais, alcoólatras, epiléticos, vagabundos, etc) e foram convertidos, assim, em objetos descartáveis. Pessoas aptas a serem aniquiladas pois não mais serviam à comunidade e, portanto, perderam valor.

Esse reconhecimento de que a moléstia mental não tinha influência nas internações é fundamental para apresentar a HCB como um estudo de caso onde a necropolítica era aplicável, afinal, havia uma existente decisão política acerca das vidas que não precisavam de proteção, sintetizando o necropoder. Moraes e Castro (2025) confirmam Mbembe, precisando que a necropolítica é a face mais extrema do biopoder, pois transforma a exclusão em desamparo governamental, naturalizando a morte de populações racializadas, pobres e estigmatizadas, como foi o caso dos grupos sociais que populavam o HCB.

A morte era tão naturalizada ao ponto que o necropoder não se manifestou tão comente pelo assassinato omissivo, mas pela forma que os corpos dos internos foram gerenciados mesmo após suas mortes, pois o Colônia lucrava com as mortes da mesma forma que lucrava com a vida. Portanto, o mesmo Hospital Colônia que matava os internos por

desnutrição, frio, abandono, terapia de eletrochoque, e “chás da meia-noite” ainda teve a “esperteza” de obter lucro comercializando os corpos dos internos para as universidades próximas.

Havia lucro com a desumanização, não tão somente via o trabalho forçado dos internos, quanto através das vendas de cadáveres, demonstrando vez mais que o HCB não enxergava humanidade nos alienados em seu interior, apenas coisa que transformava-se em lucro, seja com seus serviços ou o comércio de seus corpos. Percebe-se, então, que havia uma lógica de economia e gestão da morte que ultrapassava a simples desumanização sofrida em vida, visto que o indesejado gerava receita enquanto vivia, devido a extração forçada de seu trabalho, e quando morto, pela venda de seus cadáveres.

> Com a colheita de dez alqueires de milho, cinco de batata-doce, nove de feijão e nove hectares de mandioca, os negócios no Colônia iam bem. O faturamento era garantido, ainda, pelo uso da mão de obra dos internos no conserto de vias públicas, limpeza de pastos, preparação de doces. A venda de roupas — 4 mil peças só naquele ano — também era negócio lucrativo (Arbex, 2013).

A fala de Mbembe (2018) sobre o escravo ter um preço como instrumento de trabalho e como propriedade, se aplica aos internos do HCB, até mesmo onde apontou que a vida de um escravo era uma forma de morte em vida, chegando perto de ser o suprassumo da teoria da necropolítica. Apesar de a raça não ser denominador comum no Colônia, outras características centrais destoantes do poder soberano, sendo o desvio de ideal moral do Brasil do século XX, os internos também eram "coisa" possuída por outra pessoa.

Por fim, a relação entre necropolítica e a barbárie em Barbacena não estaria completa sem relembrar o motivo de ter perdurado por inúmeras décadas: o silêncio. Basaglia, em visita ao Colônia, logo tratou de denunciar o desampare e a monstruosidade por trás dos muros do hospital (Arbex, 2013). Mas por décadas o HCB permaneceu sendo o inferno na terra para os internos que eram despidos de tudo o que poderia ser memória da humanidade, já que a sociedade se calou diante à barbárie.

Inúmeros são os relatos de ex-funcionários compilados na obra de Daniela Arbex, assim como de moradores de Barbacena/MG e gestores governamentais que tiveram direto acesso ao retrato de como o hospital operava, mas ainda assim, o extermínio dos indesejados ocorreu em completo silêncio, graças à conivência social. Utilizando como exemplo o extermínio nazista com suas câmaras de gás e fornos, a execução dos indesejáveis não era um espetáculo público como na antiguidade e na idade média, mas um procedimento puramente técnico, impessoal, silencioso e rápido (Mbembe, 2018).

Percebe-se, portanto, que qualquer comparação com a gestão do Hospital Colônia com as práticas do holocausto não é meramente metafórica, mas com base em uma aplicação de métodos sistemáticos de aniquilação da dignidade humana e da vida. Basaglia reconheceu pontos de equiparação, Primo Levi é a prova de similaridades e Hannah Arendt deixa clara as intenções da política de morte de Barbacena, fornecendo categorias teóricas que permitem compreender fenômenos semelhantes de desumanização e aniquilação institucional. Há, assim, uma triangularização clara de reconhecimento de práticas, similaridade e intenção.

Respeitada a proporcionalidade entre ambas as barbáries (HCB e o holocausto nazista), mais similaridades são identificáveis, a exemplo da exploração do trabalho dos pacientes do Colônia. Ressalta-se essa ligação com os serviços de pavimentação realizados em ruas e estradas pelos internos do HCB, bem como os praticados pelos mesmos dentro do próprio Colônia, que incluíam a criação de porcos e reformas no estabelecimento, remontando a uma verdadeira exploração dos corpos no exato espaço onde muitas vezes perderiam suas vidas. Registros apontam que, em 1916, quase metade da receita do hospital foi garantida pelo labor dos pacientes e pela venda dos alimentos que plantavam (Arbex, 2013).

Assim, a perda da dignidade, da humanidade e da vida no HCB, em vista da desvalorização desses indesejados pela sociedade, era mantida em razão do silêncio, da aceitação social e a normalização da morte em uma clara expressão da necropolítica. O Hospital Colônia de Barbacena foi, portanto, um espaço de gestão da morte nos termos mais precisos que a necropolítica oferece, sendo assim, um território de exceção permanente, administrado pelo Estado, que converteu a vulnerabilidade social em sentença de morte gradual e promoveu o extermínio dos indesejáveis através do véu invisível de uma política pública.

4.3 As novas perspectivas manicomiais e necropolíticas no Brasil

O HCB se foi no final do mês de maio de 2026, mas o retrato da desumanização e exclusão social dos pacientes psiquiátricos perduram na memória deixada pelo hospital. Em entrevista ao podcast Prato do Dia do Jornal da UNESP, o professor Osvaldo Gradella Júnior discutiu o desafio da superação da exclusão e do preconceito deixado pelo modelo manicomial, onde deixou claro que, apesar de avanços na legislação com a RPB, a visão médica e social da doença mental ainda valoriza a internação compulsória (Novaes, 2024). E ao rememorar o corrido em Barbacena, o docente se solidariza:

> “Era pior do que apenas os maus-tratos. Depois que os internos morriam, partes de seus corpos eram comercializados para faculdades de medicina. Havia até um livro que registrava os preços das partes dos corpos”, diz. “Ainda bem que o Hospital de

> Barbacena fechou. Porém, o pensamento que se mantinha em Barbacena não fechou", diz (Novaes, 2024).

A CF/88 estabelece no artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever estatal, disposição que engloba a saúde mental como parte fundamental do direito à saúde, assegurando a ampla intervenção estatal (Brasil, 1988). Treze anos depois, a RPB amplia a atuação do legislativo em função das pessoas com transtorno mental, adotando diretrizes constitucionais, como o princípio da igualdade e dignidade (Brasil, 2001). E em 2002, é a vez do Código Civil reconhecer a vulnerabilidade das pessoas com deficiência mental, aliando-se às demais legislações já existentes (Brasil, 2002).

Apesar de inovações legislativas mais que significantes quando comparadas às primeiras leis criadas em prol dos alienados mentais, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer no que se trata dos desfazimentos de manicômios, ou ao menos, do papel que ocupam no conhecimento público. O pensamento de exclusão do louco dos centros sociais ainda permanece enraizado na sociedade brasileira, apesar de inovações legislativas específicas e a própria Constituição Federal de 1988.

É óbvio que promulgação da Constituição Cidadã, da Lei nº 10.216/2001 e do Código Civil, representou o marco normativo mais significativo da luta antimanicomial, mas a ruptura jamais se completou. A legislação tão somente redirecionou o modelo, mas não criou mecanismos expressos de fechamento progressivo das instituições asilares remanescentes. Então, profissionais da saúde já acostumados com o modelo psiquiátrico antigo e grande parte da sociedade, todos passaram a sentir o que foi chamado de "desejo de manicômio" (Machado; Lavrador *apud* Alverga; Dimenstein, 2006), uma ânsia de hospitalizar e tirar o doente da sociedade que ainda é presente no âmago brasileiro e não foi contida pela RPB.

O "desejo de manicômio" é o desejo de ter controle sobre corpos e mentes que destoam do parâmetro social aceitável de normalidade, excluindo as diferenças e as aprisionando (Machado; Lavrador *apud* Alverga; Dimenstein, 2006). Essa intenção existe desde séculos passados, como já ficou claro no primeiro capítulo desta monografia, mas foi legalmente barrada pela RPB, no entanto, parece jamais ter saído do interior dos brasileiros, afinal, até a atualidade se tem a ideia de que "o lugar do doido é no hospício".

A existência de uma idealização por parte da sociedade e da comunidade médica de que a hospitalização ainda é a melhor opção de tratamento é a mais clara definição de uma lei que é aprovada, mas não consegue mudar o imaginário social. Há, dessa maneira, uma continuação dos debates sobre instituições manicomiais, escancarando como o projeto conflita com interesses político-sociais. Nessa questão, é bom lembrar que o município de Barbacena

foi escolhido para acomodar o Colônia não tão somente por questões geográficas, mas políticas, conforme já analisado no capítulo anterior.

A trajetória da saúde mental no Brasil é marcada por mortes que o Estado autorizou e a sociedade foi complacente através do silêncio. A necropolítica de Mbembe é um instrumento tremendo para compreender o que aconteceu em Barbacena e o que continua ocorrendo nas instituições psiquiátricas brasileiras, afinal, ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como implantação e manifestação de poder (Mbembe, 2018). E hoje, o instituto das Medidas de Segurança (MS), disposto no Código Penal Brasileiro (CPB), representa a expressão mais recente e legalizada desse poder sobre a vida do doente mental:

> As cicatrizes do modelo manicomial – pautado na medicação e no ócio – permitiram a constatação de que o tratamento ambulatorial, comunitário e aberto deve ser a regra. Contudo, no que tange à legislação penal aplicada às pessoas com doença mental em conflito com a lei, essa mudança não ocorreu (Resende, 2021).

As MS são a resposta penal aplicável ao autor de fato típico e antijurídico que se mostre mentalmente incapaz e individualmente perigoso (Estefam, 2025). No Brasil, como já dito, as MS foram introduzidas pelo CPB de 1940, que em seu artigo 26 considera o doente mental inimputável (isento de pena), também sendo equiparado a este o agente que, por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Brasil, 1940). Demais dispositivos em capítulo específico da lei dispõem sobre o método de tratamento que consistem em internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou a realização de um tratamento ambulatorial (Brasil, 1940).

No entanto, o fato mais importante para a análise aqui realizada é que a internação e a detenção têm prazo indeterminado, durando enquanto não for constatada a cessação da periculosidade, com prazo mínimo de 1 a 3 anos e reavaliações periódicas (Brasil, 1940). É dessa forma que a sanção terapêutica acaba se tornando uma condenação perpétua ao contrariar os dispositivos da Lei nº 10.216/2001 (Jacobina, 2008 apud Resende, 2021). Ou seja, enquanto a RPB tenta barrar a aplicação da internação compulsória a classificando como método extremo de tratamento, o CPB permite sua aplicação sob o manto de sanção penal.

Delimitar quem são os internados em Estabelecimentos de Custória e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) foi o objetivo da pesquisa "Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Brasil: Itinerários Jurídicos e Portas de Saída" apresentada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). O estudo chegou à conclusão essas populações compartilham traços como raça (majoritariamente pretos e pardos), situação financeira (pobres), com baixa

escolaridade e com dificuldades de inserção no mercado de trabalho (Brasil, 2024). E além de diagnósticos que variam entre esquizofrenia até epilepsia, o CID (Classificação Internacional de Doenças) mais expressivo é o relacionado ao uso de drogas, chegando até a margem de 61% de internos em instituições paulistas (Brasil, 2024).

Esse perfil, portanto, revela uma coisa importante que é: o sistema trabalha com uma dupla punição. Ou seja, revelando essa dimensão de raça e pobreza nos estabelecimentos manicomiais, com a punição de populações historicamente oprimidas (pretos, pardos, pobres e de baixa escolaridade), ela pune novamente quem já foi punido pela estrutura da sociedade. E esse é um ciclo que continua se repetindo desde as primeiras políticas manicomiais discutidas no capítulo inicial, aquelas que buscavam conter a presença de pobres e alcoólatras nos centros sociais, o mesmo continua acontecendo.

Agora, passando a discutir o futuro da influência da necropolítica nas políticas manicomiais, o fechamento definitivo do HCB parece ser um passo a diante no fim da necropolítica. Mas não é. Sim, o fechamento do HCB é uma conquista real e há muito aguardada, mas isso por si só não significa o fim da necropolítica. Isso ocorre pois, primeiramente, a necropolítica não está contida dentro de um prédio. Conforme discutido no capítulo inicial, a lógica de exclusão é anterior exterior ao Colônia, nascendo no Rio de Janeiro e se proliferando por todo o território nacional (Andrade, 2018).

O Colônia seguia os moldes das políticas manicomiais brasileiras, estas que foram formadas por assimilações de políticas estrangeiras e primeiro posto em práticas no HPII (Andrade, 2018). E apesar do passar tempo, o desejo de manicômio não saiu do interior dos brasileiros, como já discutido neste capítulo. Ou seja: a lógica não é do HCB ou meramente legislativa, mas está enraizada na cultura da sociedade brasileira. Mas isso não tira a responsabilidade da legislação.

A própria lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira falhou em romper por completo com o modelo manicomial. Houve um redirecionamento para outras políticas assistenciais menos gravosas, mas não foi abolido o manicômio. As instituições remanescentes não foram fechadas, apenas redimensionadas. Assim, não houve uma ruptura completa, visto o que se tornaram as medidas de segurança e como sua perpetuidade e requisito de periculosidade tanto se assemelham ao que em teoria teria sido "rompido" através da RPB.

Não se vê qualquer perspectiva de rompimento com a lógica de exclusão, desumanização, esquecimento e morte (física ou simbólica) da necropolítica manicomial, sem qualquer ideia de uma mudança significativa futura. As medidas de segurança como os "novos manicômios", a manutenção do mesmo perfil de vítimas da exclusão, o "desejo do manicômio"

como obstáculo cultural e o risco de retrocesso legislativo através de constantes debates de internação compulsória, levam a perceber que a necropolítica manicomial está em constante processo transformativo, mas não extintivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo central investigar de que forma a teoria da necropolítica, desenvolvida pelo filósofo Achille Mbembe, pode ser aplicada à análise da gestão do Hospital Colônia de Barbacena e da realidade manicomial brasileira, demonstrando que as políticas de internação psiquiátrica no Brasil operaram historicamente como mecanismos de controle social e gestão da morte de populações consideradas indesejáveis. A complexidade do tema exigiu uma pesquisa que percorreu desde a construção histórica da figura do alienado até a permanência da lógica excludente nas instituições psiquiátricas contemporâneas.

Os objetivos específicos foram integralmente alcançados ao longo do desenvolvimento dos capítulos. O segundo capítulo, que tratou do primeiro objetivo específico, permitiu deduzir que as instituições psiquiátricas brasileiras não nasceram como instrumentos de cura, mas como aparatos de controle social. Houve uma clara construção social da figura do alienado. Destaca-se que a criação do HPII foi influenciada não só pela necessidade médica, mas por influências europeias de higienização dos espaços públicos. Também foi possível deduzir que o alienado era definido pelo desvio moral, não pela moléstia mental, o que se confirmou no Decreto n. 206-A, de 1890, que associou a internação à perturbação da tranquilidade pública e à ofensa à moral e aos bons costumes.

O capítulo se encerrou com o papel da ciência no processo, demonstrando como positivismo criminológico de Lombroso forneceu bases médico-científicas para a hierarquização social. O darwinismo social e o higienismo ofereceram justificativas para a exclusão dos considerados inaptos ao convívio coletivo através da LBHM, ao adotar a eugenia como norte teórico de intervenção psiquiátrica e influenciaram a legislação do período.

O terceiro capítulo, que tratou do segundo objetivo específico, focou no HCB, seus primeiros anos do hospital e fim. Deu ênfase em como interesses políticos orientaram sua construção na cidade de Barbacena e como foi formado um curral eleitoral que influenciou a distribuição de cargos dentro do HCB. Em seguida, foi discutida como a laborterapia foi utilizada como suposto método de tratamento, mas foi direcionada a trabalhos árduos dentro e fora dos muros que contribuíram para a receita da instituição e pouco para o tratamento. Discutiu-se a perda da identidade pela raspagem de cabelos e remoção de qualquer traço identitário através do “azulão”, e que não havia verificação de insanidade dos internos, gerando a prática de descarte de indesejados sociais (mulheres promíscuas, alcoólatras, jovens grávidas, homossexuais, crianças desobedientes) para Barbacena pela ausência de parâmetros médicos.

Foram recolhidos relatos da insalubridade e falta de condições mínimas de saúde dentro do HCB (descarte incorreto de dejetos e corpos), gerando a proliferação de doenças infecciosas e também foi pautada a desnutrição dos internos. No segundo subcapítulo, discutiu-se o mercado negro de venda ilegal dos cadáveres dos internos para grandes faculdades de medicina e odontologia (ocasião que geraria um pedido de desculpas da UFJF no futuro), escancarando que a desumanização não cessava com a morte e o indesejado gerava lucro em vida, pela extração de seu trabalho pela laborterapia, e após a morte, pela venda de seus corpos.

Tratando-se do encerramento das atividades do HCB em 2026, até a promulgação da Lei Federal nº 10.216, que instituiu a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Percebeu-se que o processo de construção de uma psiquiatria antimanicomial foi lento, através da grande participação social, fundamentalmente do MTSM, que foi peça chave na luta. A legislação pós-ditadura foi essencial neste processo, com destaque para a Constituição Federal, que garantiu que a saúde mental estava inclusa no dever de ampla intervenção estatal e é direito de todos.

O quarto capítulo discutiu a teoria da Necropolítica de Achille Mbembe, suas influências Foucaultianas e a aproximou do caso do HCB, demonstrando que o Estado, através de uma gestão omissiva, exerceu soberania sobre a vida e a morte dos internos não apenas por meio da violência direta, mas pela omissão deliberada, que revelou como o "deixar morrer" foi instaurada como política pública e institucional. A superlotação, a desnutrição, o abandono sanitário e a inexistência de critérios médicos rigorosos para internação foram um ato político de descarte de vidas consideradas sem valor, seguindo o apresentado por Mbembe. Alguns conceitos de Arendt foram utilizados para entender como o silêncio da sociedade ajudou a manter o modelo aplicado em Barbacena, uma vez a a sociedade foi complacente.

Utilizar a necropolítica para analisar o que aconteceu em Barbacena criou uma ponte para entender que todas as irregularidades anteriormente mencionadas foram, de forma ativa ou omissiva, uma escolha estatal. O Estado exerceu o seu “deixar morrer”, conforme Mbembe dispôs que muitos estados pós-coloniais faziam, ditando quem podia ser descartado. Ou seja: o título de “alienado” era dado aos indesejados (por doença mental ou comportamento socialmente não aprovado), que eram descartados em Barbacena ou outros estabelecimentos de tratamento, onde a morte física e abstrata era quase sempre garantida pelo Estado.

Também foi identificado que o encerramento das atividades do Colônia, não representa o fim da necropolítica manicomial no Brasil, uma vez que a lógica de exclusão que sustentou o HCB e outros manicômios/hospícios persiste no instituto das medidas de segurança do Código Penal de 1940. Entendeu-se que a internação em caráter perpétuo, visto ausência de prazo determinado, reflete como a sociedade ainda perpetua seu “desejo de manicômio” e busca

saídas para a desistintucionalização. Um apanhado de dados pelo CNJ ajudou a demonstrar que o perfil das pessoas submetidas a essas medidas, majoritariamente negras, pobres e de baixa escolaridade, até hoje é o mesmo recorte social dos alienados do século XX, o que evidencia que a exclusão mudou de forma, mas não de conteúdo.

Conclui-se, em síntese, que a hipótese foi integralmente confirmada: a teoria da necropolítica de Achille Mbembe constituiu-se como a chave teórica adequada para compreender o funcionamento histórico do Hospital Colônia de Barbacena e as primeiras políticas brasileiras de saúde mental, permitindo compreender que Barbacena não foi um desvio de gestão isolado, mas foi a expressão mais clara de um modelo necropolítico que organizou as políticas manicomiais brasileiras. A principal contribuição deste trabalho foi a articulação e a interdisciplinaridade entre a legislação manicomial brasileira e um de seus casos mais interessantes, a criminologia e a teoria da necropolítica, levando a compreender que a necropolítica manicomial existiu, existe e se reinventa, apesar de alterações legislativas.

Uma sugestão para a continuidade da pesquisa é quanto a como a necropolítica manicomial teria se apresentado em um recorte mais regional, a exemplo do Hospital Nina Rodrigues (que em breve mudará de nome), localizado em São Luís/MA. Também seria de interesse um estudo sobre as políticas de desinstitucionalização na América Latina e como o "desejo do manicômio" se fez presente em outros Estados. Por fim, uma última proposta seria quanto ao regime jurídico-penal das medidas de segurança e como sua aparente perpetuidade e o critério de periculosidade constituem uma gestão de morte moderna.

Em suma, estudo permitiu identificar que sociedade e estado convergiram para as problemáticas políticas de saúde mental do século XX. A sociedade escolhia aqueles cujo comportamento desaprovava, seja real portador de doença mental, ou pessoa que não desejavam ter no convívio por não estar dentro dos moldes morais da época. E o estado, influenciado pelos interesses sociais, produziu legislação que atendesse a tais desejos de exclusão. E como demonstrado, a ciência da época deu amparo as ambições sociais e estatais através de políticas de saúde mental pautadas no descarte e abandono, as quais o Hospital Colônia de Barbacena foi a síntese do modelo. E hoje, também, apesar de avanços legislativos, a figura das medidas de segurança, sem prazo determinado e com base no critério de periculosidade, reproduzem o mesmo modelo de tratamento que a Reforma Psiquiátrica não deu fim, mas só reinventou.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 299-316, dez. 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZjNQ6LKhtkhM4FtLXnXVbT/?format=html&lang=pt. Acesso em: 26 mai. 2026.

ANDRADE, Rodrigo de Oliveira. **Aos loucos, o hospício**. Revista Pesquisa Fapesp, São Paulo, n. 263, p. 90–93, jan. 2018. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/aos-loucos-o-hospicio/.> Acesso em: 21 mar. 2025.

ANDRADE, Thais Barros de. **Hospital Colônia de Barbacena**: relações entre a necropolítica e o unheimlich. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-12042024-155448/es.php. Acesso em: 26 mai. 2026.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARENDT, Hannah. **Origens do Totalitarismo.** São Paulo: Companhia de Bolso, 2013.

ARRUDA, Elso. **Resumo Histórico da Psiquiatria Brasileira**. Rio de Janeiro: JC/UFRJ, 1985.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia crítica e crítica do direito penal**: introdução à sociologia do direito penal. 3.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BARBOSA, José Carlos. **Protestantismo e Escravidão**. Brasília: UNB, 1988.

BARRETO, Brena. **Necropolítica da Fronteira**: um estudo da violência policial. 2022. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Fronteiras e Direitos Humanos, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2022. Disponível em: http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/5478. Acesso em: 26 mai. 2026.

BATISTA, Vera Malaguti. **Introdução crítica à criminologia brasileira**. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

BATISTA, Vera Malaguti**. O Medo na Cidade do Rio de Janeiro**: dois tempos de uma história. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BOLSANELLO, Maria Augusta. Darwinismo social, eugenia e racismo “científico”: sua repercussão na sociedade e na educação brasileira. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 12, n. 12, p. 153-165, jan. 1996. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/36031. Acesso em: 26 mai. 2026.

BRASIL Conselho Nacional de Justiça. **Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil**: itinerários jurídicos e portas de saída. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/10/6ajp-cebrap-saude-mental-relatorio-completo.pdf. Acesso em: 26 mai. 2026.

BRASIL**. Constituição Federal de 1988**. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 de set. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 206-A de 15 de fevereiro de 1890.** Disponível em: < https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 21 de mar. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 508 de 21 de junho de 1890**. Disponível em: < https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 21 de mar. 2025.

BRASIL**. Decreto n. 82 de 18 de julho de 1841**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>. Acesso em: 21 de mar. 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 13 de mai. 2026.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 13 de mai. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 15 de mai. de 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm>. Acesso em: 13 de mai. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps. Acesso em: 26 mai. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 26 mai. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final.

Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p. Disponível em: http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/5478. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Exposição fotográfica Saúde Mental: novo cenário, novas imagens** – Programa De Volta para Casa: cartilha de monitoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/exposicao_fotografica_saude_mental.pdf. Acesso em: 26 mai. 2026.

CHIACCHIO, Simon Skarabone Rodrigues; SKARABONE, Andrea Renata Chiacchio. **Holocausto Brasileiro**: o modelo médico promotor do genocídio no Hospital Colônia de Barbacena. Contribuciones a las Ciencias Sociales, São José dos Pinhais, v. 17, n. 8, p. 1-20, jul. 2024. DOI: https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-006. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/9022. Acesso em: 26 mai. 2026.

COSCIONI, F. J. O Darwinismo Social na geografia humana do início do século XX: o caso da obra Influences of Geo-graphic Environment, de Ellen Semple. **Geousp – Espaço e Tempo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 349-365, mai. 2018. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2018.140469 Disponível em: https://revistas.usp.br/geousp/pt_BR/article/view/140469. Acesso em: 26 mai. 2026.

COSTA, Wallace Feijó. **Responsabilidade do Estado em face de políticas públicas ofensivas aos direitos fundamentais**: internação de pacientes com transtorno mental. Revista da Defensoria Pública da União, Brasília, v. 1, n. 7, p. 291-314, jan./dez. 2014. DOI: https://doi.org/10.46901/revistadadpu.i07.p%25p. Disponível em: https://revistadadpu.dpu.def.br/article/view/128. Acesso em: 26 mai. 2026.

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

ESTEFAM, André. **Direito Penal**: parte geral - arts. 1ª ao 120º. São Paulo: Saraivajur, 2025.

FERREIRA, Aline Graciele. **AS "LOUCAS" E O MANICÔMIO:** o discurso no/dos documentários em nome da razão e holocausto brasileiro. 2019. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Letras, Universidade Federal de São João Del-Rei, São João Del-Rei, 2019.

FIRMINO, Hiram. **Nos Porões da Loucura**. 3 ed. Belo Horizonte: Edições Ecológico, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva. 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva. 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FULLIN, Bruna Oliveira. **Do modelo manicomial à reforma psiquiátrica**: percepções acerca das residências terapêuticas em Barbacena - mg. 2018. 73 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2018. Disponível em: https://dcs.ufv.br/wp-content/uploads/2021/03/Do-Modelo-Manicomial-a-Reforma-Psiquiatrica-percepcoes-acerca-das-residencias-terapeuticas-em-Barbacena-MG.pdf. Acesso em: 26 mai. 2026.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena**. Belo Horizonte: Fhemig, [2026?]. Disponível em: https://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/complexo-hospitalar-de-barbacena/centro-hospitalar-psiquiatrico-de-barbacena. Acesso em: 27 mai. 2026.

G1 ZONA DA MATA. Últimos pacientes do Hospital Colônia de Barbacena serão transferidos; local é conhecido por violação de direitos humanos. **G1**, Zona da Mata, 28 abr. 2026. Disponível em: https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2026/04/28/ultimos-pacientes-do-hospital-colonia-de-barbacena-serao-transferidos-local-e-conhecido-por-violacao-de-direitos-humanos.ghtml. Acesso em: 27 mai. 2026.

GONÇALVES, Carolina Cordeiro. Memória e resistência: o museu da loucura e a luta antimanicomial. **Amerika**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-13, jan. 2025. Disponível em: https://journals.openedition.org/amerika/23220?lang=pt. Acesso em: 26 mai. 2026.

HOLANDA, Sérgio Burque de. **Raízes do Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KYRILLOS NETO, Fuad, DUNKER, Christian Ingo Lenz. Depois do holocausto: efeitos colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 952-974, dez. 2017. DOI: https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n3p952-974. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/psicologiaemrevista/article/view/8181. Acesso em: 26 mai. 2026.

LE GOFF, Jacques. **A civilização do Ocidente Medieval**. Tradução Monica Stahel. Petrópolis: Vozes, 2018.

LEVI, Primo. **É Isto um Homem?** Rio de Janeiro: Rocco, 2013.

LOMBROSO, Césare. **O homem delinquente**. Tradução Sebastião José Roque. São Paulo: Ícone, 2008.

LOPES, Roseli Esquerdo; LEÃO, Adriana. **Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas**: novas ações de saúde. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, v. 13, n. 2, p. 56–63, 2002. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i2p56-63. Disponível em: https://revistas.usp.br/rto/article/view/13897. Acesso em: 18 fev. 2026.

MARZANO, Maria Cristina Rietra. **Do trem de doidos ao memorial de rosas**: representações da loucura em Barbacena. 2008. Dissertação (Mestrado em Letras) - Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, 2008. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal2-

repositorio/File/mestletras/DISSERTACAO%20CRISTINA%20MARZANO.pdf. Acesso em: 26 mai. 2026.

MATOS-DE-SOUZA, Rodrigo; MEDRADO, Ana Carolina Cerqueira. **Dos corpos como objeto**: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. Revista Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 164-177, jan./mar. 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202112813. Disponível em: https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3777/561. Acesso em: 26 mai. 2026.

MAYA NETO, Olegario da Costa. Necropolítica da colonialidade no Brasil: segregação e desumanização no Hospital Colônia de Barbacena e na Cracolândia, em São Paulo. **Meridional**: Revista Chilena de Estudios Latinoamericanos, Santiago, v. 11, n. 1, p. 149-177, ago. 2018. DOI: https://doi.org/10.5354/mrd.v0i11.50860. Disponível em: https://meridional.uchile.cl/index.php/MRD/article/view/50860. Acesso em: 26 mai. 2026.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. Trad. Renata Santini. N-1 Edições, São Paulo: 2018.

MIGOTO FILHO, Tadeu José. Necropolítica: morte, colonialismo e encarceramento em Achille Mbembe. **Boletim Ibccrim**, São Paulo, v. 29, n. 342, p. 21-23, jul. 2024. Disponível em: https://publicacoes.ibccrim.org.br/index.php/boletim_1993/article/view/1318. Acesso em: 26 mai. 2026.

MORAES, Morgana Naiara Barbosa; CASTRO, Victor Bruno da Silva de. **Necropolítica e saúde**: determinantes sociais, vulnerabilidades e práticas humanizadoras inspiradas por Nise da Silveira (1905-1999). 2025. 34 f. TCC (Pós-Graduação) - Curso de Especialização em Gestão em Saúde, Universidade Federal da Integração Latino-Americana e Universidade Aberta do Brasil, Umuarama, 2025. Disponível em: https://dspace.unila.edu.br/items/7adacee1-26a1-40f9-b769-d59273d5f3c6. Acesso em: 26 mai. 2026.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dez. 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000400012. Disponível em: https://revistas.usp.br/rto/pt_BR/article/view/13897. Acesso em: 26 mai. 2026.

NASCIMENTO, Maria Rita Ferreira do. **Reforma psiquiátrica e medidas de segurança**. 2023. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/20892. Acesso em: 26 mai. 2026.

NEGRIS, Adriano. Entre Biopolítica e Necropolítica: uma questão de poder. **Ítaca**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 79-102, jun. 2020. DOI: https://doi.org/10.59488/itaca.v0i36.31835. Disponível em: https://revistas.ufrj.br/index.php/Itaca/article/view/31835. Acesso em: 26 mai. 2026.

NÉZIO, Kennya Rodrigues. **Memórias em História Oral**: Militância, Movimentos Sociais e a Reforma das Políticas de Saúde Mental em Barbacena/MG. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021. Disponível em: https://bib.pucminas.br/acervo/540815. Acesso em: 26 mai. 2026.

NOVAES, Giovanna. **A luta antimanicomial no Brasil: o desafio da superação da exclusão e do preconceito.** Jornal da Unesp, São Paulo, 13 jun. 2024. Acontece. Disponível em: https://jornal.unesp.br/2024/06/13/a-luta-antimanicomial-no-brasil-o-desafio-da-superacao-da-exclusao-e-do-preconceito/. Acesso em: 26 mai. 2026.

PESSOA, Gláucia Tomaz de Aquino. Assistência Médica e Legal de Alienados. In: **Mapa: Memória da Administração Pública Brasileira**. Dicionário da Primeira República. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, mar. 2019. Disponível em: https://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-primeira-republica/724-assistencia-medica-e-legal-de-alienados. Acesso em: 26 mai. 2026.

PRODANOV, Cleber Cristiano e FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico**: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2ª Ed. Novo Hamburgo: Freevale, 2013.

RESENDE, Pedro Vítor. Medida de segurança e necropolítica: os ecos de barbacena na legislação penal contemporânea. **Revista Latina Americana de Criminologia**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 265-292, out. 2021. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/relac/article/view/36268. Acesso em: 26 mai. 2026.

RIBEIRO, Daniele Corrêa. **O Hospício de Pedro II e seus internos no ocaso do Império**: desvendando novos significados. 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19752. Acesso em: 26 mai. 2026.

RIBEIRO, Daniele Corrêa. **Tramas da Loucura na Corte Imperial:** Ciência, Caridade e Redes de Sociabilidade no Hospício de Pedro II (1883-1889). Rio de Janeiro: Prismas, 2016.

ROLIM, Marcos. Notas Sobre a Aprovação da Lei e seu Contexto. In: PAULON, S.; OLIVEIRA, C.; FAGUNDES, S. (org.). **25 anos da Lei da Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018, p. 65-84. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/179261. Acesso em: 26 mai. 2026.

SHECAIRA, Sérgio Salomão. **Criminologia**. 8. ed. São Paulo: Thompson Reuters Brasil, 2020.

SILVA, Guilherme Bertassoni da; HOLANDA, Adriano Furtado. Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930). **Memorandum**: Memória e História em Psicologia, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 127-142, out. 2014. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6512. Acesso em: 26 de mai. 2026.

SILVA, Maika Arno Roeder da. **Comunidade terapêutica**: na mão ou na contramão das reformas sanitária e psiquiátrica? 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106996/321219.pdf?sequence=1. Acesso em: 26 mai. 2026.

SILVA, Mary Cristina Barros e. **Repensando os porões da loucura**: um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena. Belo Horizonte: Fino Traço, 2008.

SOLÉ-CAVA, Antonio. **Evolução**. Rio de Janeiro: Fundação Cecierj, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. UFJF pede desculpas por ter recebido cadáveres de hospital psiquiátrico. **Notícias UFJF**, Juiz de Fora, 18 maio 2026. Campus e Comunidade. Disponível em: https://www2.ufjf.br/noticias/2026/05/18/ufjf-pede-desculpas-por-ter-recebido-cadaveres-de-hospital-psiquiatrico/. Acesso em: 27 mai. 2026.

VENANCIO, Ana Teresa; CASSILIA, Janis Alessandra Pereira. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia**: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. História, Ciência, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 35-52, dez. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D5gMkby7WBssxYZr7MgwxZS/?format=html&lang=pt. Acesso em: 26 mai. 2026.