

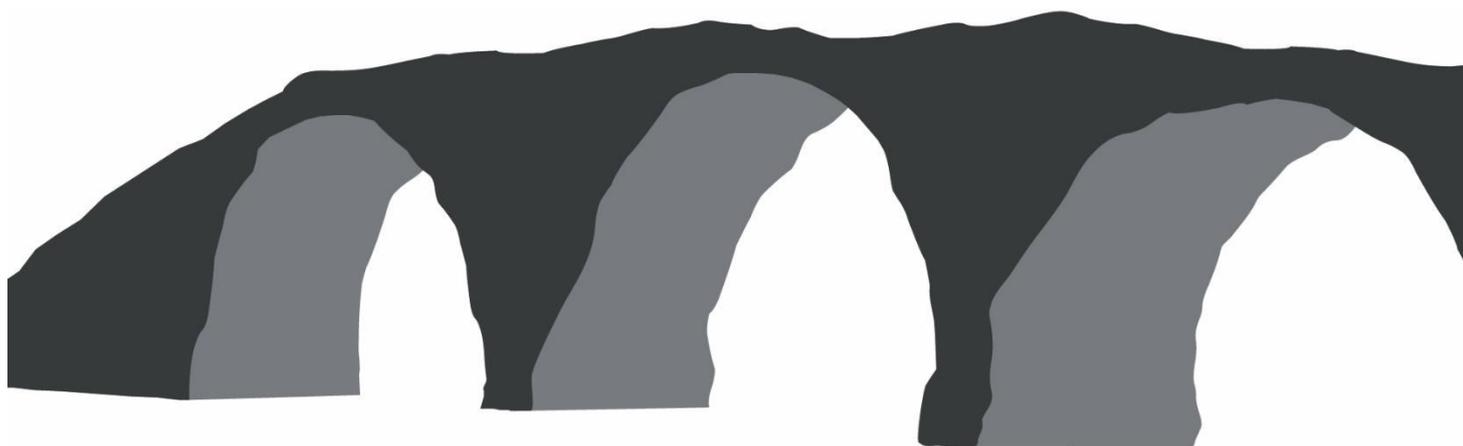
VESTÍGIOS – Revista Latino-Americana de Arqueologia Histórica  
Volume 17 | Número 2 | Julho – Dezembro 2023  
ISSN 1981-5875  
ISSN (online) 2316-9699

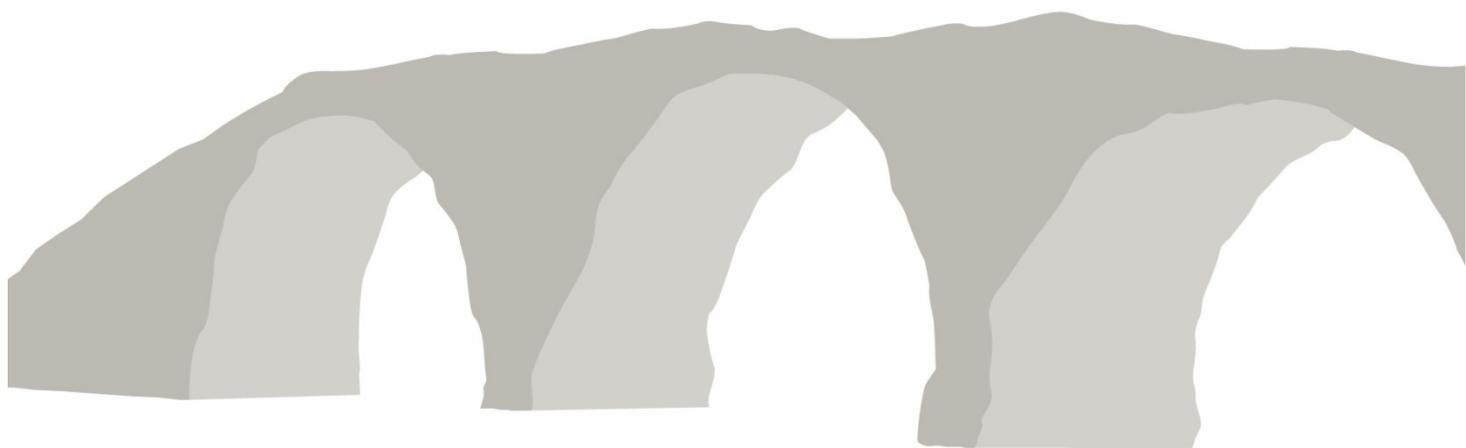
**A NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O QUE A ARQUEOLOGIA TEM A VER COM  
ISSO**

**LA NUEVA POLÍTICA DE SALUD MENTAL Y QUÉ TIENE QUE VER LA ARQUEOLOGÍA**

**THE NEW MENTAL HEALTH POLICY AND WHAT ARCHAEOLOGY HAS TO DO WITH IT**

Juliana Brandão





*Submetido em: 19/10/2022.*

*Aceito em: 17/01/2023.*

*Publicado em: 31/07/2023.*

# A NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O QUE A ARQUEOLOGIA TEM A VER COM ISSO

## LA NUEVA POLÍTICA DE SALUD MENTAL Y QUÉ TIENE QUE VER LA ARQUEOLOGÍA

### THE NEW MENTAL HEALTH POLICY AND WHAT ARCHAEOLOGY HAS TO DO WITH IT

Juliana Brandão<sup>1</sup>

#### RESUMO

O programa brasileiro de saúde mental é oriundo da Lei Federal 10.216, também conhecida como Lei Antimanicomial, e tornou-se modelo para o mundo inteiro. Tal programa, porém, foi seriamente ameaçado por vários retrocessos a partir do golpe político que destituiu a presidente Dilma Rousseff. Tamanha derrocada se intensificou durante o governo de Jair Bolsonaro, sobretudo a partir da publicação da Nota Técnica n. 11, que retoma práticas manicomiais comprovadamente ultrapassadas e desumanas. Mas o que a Arqueologia tem a ver com isso? Desde 2014 venho traçando um caminho para uma Arqueologia da Loucura por meio da pesquisa de instituições psiquiátricas de Minas Gerais. Ao analisar suas espacialidades e materialidades, é possível perceber como o contexto manicomial destrói as subjetividades dos internos, tornando-os dependentes da instituição e estigmatizados por ela. Portanto, a Arqueologia se mostra não apenas como uma possibilidade de criar narrativas alternativas e dar visibilidade a grupos socialmente marginalizados, mas também como um alerta para os efeitos da experiência manicomial que ainda está longe de terminar no Brasil

**Palavras-Chave:** Arqueologia da loucura, reforma psiquiátrica, manicômios.

---

<sup>1</sup> Professora Substituta de História do Instituto Federal de Minas Gerais –Campus Ouro Preto. Doutoranda em Antropologia, área de concentração em Arqueologia, pela Universidade Federal de Minas Gerais, e mestre pela mesma instituição. E-mail: [jumbrandao@yahoo.com.br](mailto:jumbrandao@yahoo.com.br). Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-2732-4906>.

## RESUMEN

El programa brasileño de salud mental proviene de la Ley Federal 10.216, también conocida como Ley Anti-Asilo, y se ha convertido en un modelo para el mundo entero. Dicho programa, sin embargo, se vio seriamente amenazado por varios reveses del golpe político que derrocó a la presidenta Dilma Rousseff. Tal colapso se intensificó durante el gobierno de Jair Bolsonaro, especialmente después de la publicación de la Nota Técnica n. 11, que resume prácticas de asilo obsoletas e inhumanas. Pero, ¿qué tiene que ver la Arqueología con esto? Desde 2014 estoy trazando un camino hacia una Arqueología de la Locura a través de investigaciones en instituciones psiquiátricas de Minas Gerais. Al analizar sus espacialidades y materialidades, es posible percibir cómo el contexto del asilo destruye las subjetividades de los internos, haciéndolos dependientes de la institución y estigmatizados por ella. Por lo tanto, la Arqueología se muestra no solo como una posibilidad para crear narrativas alternativas y dar visibilidad a grupos socialmente marginados, sino también como una alerta sobre los efectos de la experiencia del asilo que aún está lejos de terminar en Brasil.

**Palabras clave:** Arqueología de la locura, reforma psiquiátrica, asilos.

## ABSTRACT

The Brazilian mental health program stems from Federal Law 10,216, also known as the Antimanicomial Law, and has become a model for the entire world. Such a program, however, was seriously threatened by several setbacks since the political coup that ousted President Dilma Rousseff. This downfall has intensified during the government of Jair Bolsonaro, especially since the publication of Technical Note No. 11, which resumes proven outdated and inhumane asylum practices. But what does archaeology have to do with it? Since 2014 I have been tracing a path towards an Archaeology of Madness through the research of psychiatric institutions in Minas Gerais. By analyzing their spatialities and materialities, it is possible to see how the asylum context destroys the subjectivities of the inmates, making them dependent on the institution and stigmatized by it. Therefore, archeology shows itself not only as a possibility of creating alternative narratives and giving visibility to socially marginalized groups, but also as a warning to the effects of the asylum experience, which is still far from being over in Brazil.

**Keywords:** Archeology of madness, psychiatric reform, asylums.

## INTRODUÇÃO

Após dez anos de tramitações e manobras políticas, foi sancionada em 06 de abril de 2001 a Lei Federal 10.216. Conhecida como Lei Antimanicomial, ela “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). Tal lei estabelece, dentre outras coisas, que o paciente tem direito a um tratamento humanizado, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, cuja finalidade seja a sua reinserção no meio social. Desse modo, “a internação, em qualquer de suas modalidades<sup>2</sup>, só é indicada **quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes**” (Brasil, 2001. Grifo meu). Além disso, a lei determina como deve ser o tratamento dispensado em um regime de internação, o qual, de maneira alguma, pode se assemelhar às instituições com características asilares.

A partir da implantação dessa política pública, iniciou-se um processo de desinstitucionalização dos manicômios – também chamados de hospitais psiquiátricos –, através do qual os pacientes passaram a ter atenção fora dos muros manicomial, usufruindo de liberdade e convívio com a sociedade. A fim de garantir tais direitos, foi criada em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que estabelece pontos de atenção para o atendimento gratuito de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas, garantindo a elas atenção humanizada, livre circulação, inclusão social e exercício da cidadania (Ministério da Saúde, 2011). Tais pontos são os Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento, e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais – todos atrelados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e com equipe multidisciplinar.

Cabe pontuar, porém, que anos antes do surgimento dessas políticas públicas, muitos profissionais já atuavam em prol da mudança do tratamento oferecido aos doentes mentais. Exemplar nesse sentido foi Nise da Silveira: médica psiquiatra e comunista, que desde a década de 1940 se opunha às práticas que envolviam eletrochoques, camisas de força e isolamento. Através de uma sensibilidade ímpar, Nise inseriu a arte à rotina institucional, o que resultou em significativa mudança no comportamento e qualidade de vida de seus pacientes.

Todos esses avanços, fruto da atuação e ativismo de profissionais da área da saúde e sociedade civil, sofreram retrocessos a partir do golpe político que destituiu a presidente Dilma Rousseff, em 2016. Trata-se de uma série de documentos normativos que retomavam práticas manicomial comprovadamente ultrapassadas e desumanas, e que foram publicados à revelia do que defendiam as e os especialistas em saúde mental. Para além do que tais especialistas afirmavam acerca das consequências desses retrocessos, pesquisas arqueológicas também podem contribuir no sentido de sensibilizar e alertar para os problemas que se fizeram presente na política nacional de saúde mental.

Neste artigo apresento alguns resultados das minhas pesquisas de mestrado<sup>3</sup> e doutorado<sup>4</sup>, a partir das quais é possível observar a ineficiência do sistema de tratamento pautado em práticas manicomial, isto é,

---

<sup>2</sup> Tais modalidades indicadas pela lei são: a internação voluntária, que ocorre com o consentimento do usuário; a internação involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e a internação compulsória, a qual é determinada pela Justiça.

<sup>3</sup> Dissertação intitulada *Arquitetura que enlouquece: Poder e Arqueologia*, orientada pelo Prof. Dr. Andrés Zarankin, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais com o apoio financeiro da CAPES, e defendida em 2015.

<sup>4</sup> Tese intitulada *Arqueologia da Loucura: Narrativas alternativas, cultura material e história do Hospital Colônia de Barbacena*, orientada pelo Prof. Dr. Andrés Zarankin, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais com o apoio financeiro da CAPES, e defendida em 2021.

práticas que geram o isolamento social do indivíduo e mortificação de sua subjetividade. A primeira pesquisa, desenvolvida durante meu mestrado (2013-2015), debruçou-se na investigação de um antigo hospital psiquiátrico infantil, localizado em Belo Horizonte (Minas Gerais): o Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil, que funcionou entre os anos de 1947 e 1980. Partindo dos pressupostos da Arqueologia da Arquitetura, analisei a disposição espacial dessa instituição, a qual aponta para discursos não verbais nela materializados, que resultaram em estratégias de disciplinamento e controle de crianças consideradas loucas ou mesmo incômodos sociais.

Durante o doutorado (2016-2021), instigada pela curiosidade em compreender os caminhos que levaram ao internamento daquelas crianças, voltei minha atenção àquele que pode ser considerado o início de tudo: o Hospital Colônia de Barbacena, primeira instituição psiquiátrica pública de Minas Gerais, inaugurado em 1903. Nesse contexto, além da leitura da espacialidade de seus pavilhões, também fiz uma leitura das materialidades que compunham o processo de internamento, atuando como marcadores da loucura e que, conseqüentemente, transformavam indivíduos em pacientes. Será esta última análise em específico que apresentarei neste artigo.

Em ambos os contextos considero os hospitais estudados como um sítio arqueológico a partir do qual é possível compreender o desenvolvimento da psiquiatria e das políticas públicas voltadas para pessoas com transtornos mentais em Minas Gerais. Nesse sentido, compartilho com a definição de Ulpiano Meneses (1984) de que sítio arqueológico é “um espaço de concentração de vestígios arqueológicos, mas constituindo ele próprio um ‘artefato’ e não somente o depósito de ‘achados’ arqueológicos” (Meneses, 1984, p. 34). Foi a partir desse percurso de pesquisas que passei a propor a consolidação do termo “Arqueologia da Loucura”, o qual explanarei na seção a seguir.

#### POR UMA ARQUEOLOGIA DA LOUCURA

Desde pelo menos a década de 1990 começaram a despontar os primeiros trabalhos arqueológicos sobre instituições manicomiais – sobretudo na Europa. Peta Longhurst (2011), ao pesquisar alguns manicômios na Austrália, fala da importância da Arqueologia no estudo desses espaços, considerando-os não apenas uma instituição social, mas também um fenômeno tangível. Nas palavras de Longhurst (2011, p. 18), “grande parte da teoria psiquiátrica enfatiza o ambiente construído da instituição mental, seja como instrumento de controle, fonte de valor terapêutico ou meio de segregação<sup>5</sup>”. Portanto, o componente material da instituição manicomial deve ser explorado se quisermos compreendê-la mais a fundo.

Ainda são poucos os trabalhos arqueológicos que abordam especificamente hospitais psiquiátricos e/ou manicômios. Provavelmente isto é resultado da dificuldade em acessar tais espaços e seus registros documentais, sendo, portanto, muito raro ocorrer escavações nesse tipo de sítio arqueológico. Afinal, conforme bem pontuou Longhurst (2011, p. 20), “esses locais são sensíveis e controversos, e isso é agravado por sua proximidade temporal – longe de estarem abandonados há muito tempo, muitos ainda estão em uso ou foram fechados por vários anos<sup>6</sup>”. Tais dificuldades, inclusive, fizeram-se presentes ao longo de minhas pesquisas: o prédio do antigo Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil esteve fechado por 19 anos antes de iniciar minha investigação nele; e o Hospital Colônia de Barbacena segue em funcionamento, porém respeitando o modelo de atendimento e tratamento regidos pela Lei Antimanicomial. Ambos apresentam proximidade

---

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

<sup>6</sup> Tradução livre do original.

temporal a nós, com ex-internas e ex-internos ainda vivos e, por conseguinte, tocam em memórias muito sensíveis. Antes de qualquer coisa, investigar essas instituições requer um grande compromisso ético para com as pessoas que tiveram suas vidas por elas afetadas.

No Brasil, temos um trabalho pioneiro desenvolvido por Natalie Coppola sobre o Sanatório Bela Vista, que esteve em funcionamento entre os anos de 1920 e 1980 na cidade de São Paulo. Em sua pesquisa, Coppola (2017) analisou um conjunto de artefatos vítreos que estavam relacionados às atividades médicas empregadas no sanatório. O processo de escavação do terreno onde se localizava a instituição se deu em momentos distintos – nos anos de 1998, 2009 e 2011 – a partir de projetos de Arqueologia de Contrato. Com a análise da amostra de vidros resgatados nessas escavações, Coppola (2017) pôde fazer inferências acerca dos hábitos latentes de higiene e saúde do sanatório, o qual estava inserido em um contexto de urbanização e expansão da metrópole paulista pautado por ideais higienistas diretamente associados a concepção de saúde mental em vigor durante o século XX: segregação dos incômodos sociais e quase total ausência de tratamento eficaz direcionado aos transtornos mentais.

Além do trabalho de Coppola (2017) e das minhas duas pesquisas que explanarei a partir da próxima seção, outro trabalho desenvolvido no Brasil foi o de Eduarda Machado (2021), que analisou o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), situado em Porto Alegre (Rio Grande do Sul), através da perspectiva da Arqueologia da Arquitetura. Analisando a configuração espacial do HPSP, Machado (2021) observou que esta indica o exercício de controle, poder e disciplina sob os pacientes, como forma de perpetuar a ideologia higienista vigente em meados do século XX, quando o hospital foi inaugurado. Ainda em consonância com essa ideologia, a maior ou menor segregação dos aposentos do hospital conforme sexo, enfermidade e situação econômica, a presença de órfãos, mulheres grávidas e criminosos, bem como a concessão de maior mobilidade a pacientes que praticavam praxiterapia, refletem os valores de uma sociedade pautada na moral e no trabalho.

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

Em ambos os trabalhos apontados acima, fica evidente que, embora já houvesse no século XIX estudos voltados para os benefícios do tratamento *open door*<sup>7</sup>, uma legislação que corroborava com essa proposta e projetos arquitetônicos a ela alinhados, apresentando espaços abertos e de lazer, a realidade era muito diferente. O louco, uma vez tido como um ser desprovido de razão e improdutivo, continuava sendo alvo de

---

<sup>7</sup> O *open door* foi uma proposta inaugurada em manicômios da Escócia, durante o século XIX, que tinha por objetivo manter seus pacientes livres para circular pela instituição, oferecendo a eles ocupações as mais diversas. Cabe ressaltar, porém, que o *open door* não anulava a contínua vigilância, uma vez que, na época, cada instituição estabeleceu sua proporção no número de guardas por pacientes – guardas estes que deveriam garantir a manutenção da disciplina institucional, bem como a integridade física dos internos.

práticas de segregação, as quais se faziam presente desde as edificações, que não refletiam as novas teorias psiquiátricas, até os tratamentos aplicados.

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

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

Vemos, portanto, que ao debruçar-se na temática da loucura, a Arqueologia analisa não apenas o conjunto material que compõe um manicômio, como também traz para a superfície da discussão questionamentos acerca dos conceitos de normalidade e loucura. É nesse sentido que proponho a consolidação do termo “Arqueologia da Loucura”: uma linha de pesquisa voltada à investigação arqueológica de instituições manicômias, ao mesmo tempo que percorre as camadas do saber médico que instaura o “ser louco” em oposição àquilo considerado socialmente como normal.

## INVESTIGANDO INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS MINEIRAS

### *O Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil*

Localizado na capital mineira, o Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil (HNPI) funcionou entre os anos de 1947 e 1980. Destinado à hospitalização e tratamento das crianças portadoras de doenças nervosas e mentais, essa instituição acabou sendo, também, o destino de crianças órfãs e portadoras de outras doenças – ao ponto da primeira-dama do Estado, em 1980, afirmar que se tratava, na realidade, em um depósito de “problemas sociais” (Firmino, 15 jul. 1980).

O HNPI foi instalado no prédio do antigo Hospital Militar da Força Pública do estado de Minas Gerais – edificação inaugurada em 1914, e cedida mediante pagamento de indenização. Ou seja, desde o princípio aquele local não foi planejado para ser um ambiente infantil, embora sua espacialidade tenha sofrido modificações para comportar o novo uso. E aqui é importante ressaltar que o HNPI foi a casa de inúmeras crianças que foram deixadas ali por familiares ou pelo Estado a fim de receberem tratamento médico e psiquiátrico. Trata-se de uma época em que a loucura era um grande balaio, cujo conceito reunia transtornos mentais os mais variados, bem como comportamentos considerados socialmente desviantes.

Outro problema apresentado pela edificação do hospital era sua constante precariedade estrutural. Em entrevista ao jornal Diário de Minas, de 08 de janeiro de 1956, o então diretor do HNPI, José Abrantes Gonçalves, dizia o seguinte:

Trata-se de uma edificação de 1914, destinada ao Hospital de Polícia Militar que foi adaptado em 1948 pelo Governo Milton Campos. Uma construção antiga assim tem de deixar muito a desejar. Veja-se por exemplo a nossa situação nos dias de chuva. O telhado já está muito velho e surgem goteiras por todos os lados de forma que nesses dias não sabemos se ficamos dentro de casa ou se vamos para a rua. Os esgotos por sua vez não satisfazem as necessidades da casa e comumente tem de ser submetidos a reparos demorados. Além disso, perdem-se grandes áreas no projeto do edifício que poderiam ser aproveitadas numa construção especialmente destinada a ser um Hospital (Rabêlo, 1956).

Gonçalves afirmava, ainda, que o prédio não era apropriado para o funcionamento de um hospital destinado a pessoas com sofrimento mental, e que o ideal seria a “construção de um novo edifício, em ponto mais apropriado, onde as crianças encontrem um ambiente sob todos os títulos adequado para sua recuperação” (Rabêlo, 1956). Afirmação semelhante é feita 24 anos depois por outro diretor do HNPI, Raphael Mesquita, o qual disse que a estrutura do antigo Hospital Militar não favorecia a criação de um ambiente infantil. Na sua opinião, “o certo mesmo era jogar [...] tudo no chão e fazer um outro hospital pros meninos” (Firmino, 16 jul. 1980).

Minha abordagem do HNPI parte da Arqueologia da Arquitetura: uma linha de pesquisa que entende as edificações como um grande artefato resultante e canalizador das interações sociais. Tal como atestam os trabalhos de Monks (1992), Markus (1993), Zarankin (1999, 2002, 2003, 2012), Thiesen (1999), Stanchi (2008), Najjar (2011), Correia (2014), Moreira & Soares (2015), Lopes (2017), Machado (2021), dentre outros, as construções arquitetônicas são objetos ativos das relações sociais, carregados de funções tanto práticas/utilitárias quanto simbólicas/ideológicas, e que ajudam na formação/domesticação das pessoas, afetando-as direta e indiretamente. Os efeitos diretos dizem respeito ao “comportamento, temperamento, satisfação, interação ou atuação” dos sujeitos no espaço (Rapoport, 1978, p. 17-18). Basta pensarmos, conforme explica Zarankin (2002), que a arquitetura cria limites artificiais que regulam a forma como nos deslocamos no espaço e como nos relacionamos com as pessoas, uma vez que tais limites podem favorecer certos encontros em detrimento de outros. Ou, conforme suas próprias palavras, “são corpos que regulam outros corpos” (Zarankin, 2012, p. 81). Os efeitos indiretos, por sua vez, são aqueles em que as construções nos permitem chegar a conclusões acerca do status de seus ocupantes, bem como suas alterações comportamentais (Rapoport, 1978).

É nesse sentido que compreendo que o HNPI não existia apenas no sentido óbvio de identificar as crianças que sofriam da falta de sanidade e apresentar-lhes (ou impor-lhes) um tratamento. O hospital, para além de uma estrutura física com funcionalidades práticas, apresentava funções simbólicas, discursos que se materializaram em suas paredes, exercia poder sobre as pessoas e fazia emergir sensações e sentimentos os mais diversos em quem o habitou.

A fim de realizar a leitura da espacialidade do HNPI e elaborar reflexões acerca do seu impacto na vida das crianças que ali foram internadas, utilizei de uma metodologia chamada modelo gamma. Originalmente pensada para os estudos de Arquitetura e Urbanismo, essa metodologia é parte de uma tese chamada “Sintaxe espacial”, criada por Bill Hillier, Julianne Hanson e seus colegas da University College London no final da década de 1970 e início da década de 1980. A Sintaxe espacial é um conjunto de teorias e técnicas de análise da configuração espacial do ambiente construído ou projetado, que foi concebido como uma ferramenta para auxiliar planejadores urbanos a simular os possíveis efeitos sociais de seus projetos. Dentre essas ferramentas de análise está o modelo gamma, o qual foca na permeabilidade das construções, isto é, tenta compreender como são os acessos e movimentação em seu interior. Desse modo, podemos verificar se a configuração espacial

de uma estrutura arquitetônica é distributiva (seus acessos se dão por mais de uma via) ou não-distributiva (os acessos ocorrem por uma via apenas). O resultado que obtemos por meio do modelo gamma é um gráfico espacial no qual os círculos (ou nós) representam espaços/cômodos, e as linhas que ligam cada círculo representam os acessos (ou entradas).

Essa metodologia nos permite captar diferenças e semelhanças entre as formas espaciais, bem como as experiências possíveis nesse espaço. Além disso, tem o potencial de nos fazer decodificar discursos de controle e poder através de seus gráficos. Afinal, profundidade do espaço e áreas panópticas<sup>8</sup> contribuem para a manutenção das relações de poder, formando assim interfaces de controle entre as pessoas, e entre elas e os objetos distribuídos no espaço. Ainda que tais relações se façam presente constantemente no espaço onde estamos inseridos, sua subversão é absolutamente possível através de maneiras alternativas de manipular e experimentar o mesmo espaço (Markus, 1993). Vemos, portanto, que o modelo gamma serve como um ponto de partida para que, somado às demais fontes compiladas na pesquisa, seja possível gerar interpretações sobre as relações entre o mundo material e o social.

Para a leitura e análise do HNPI, parti de uma planta-baixa elaborada em 2014 pelos membros da Oficina de Arquitetura e Restauro do Espaço Comum Luiz Estrela<sup>9</sup> e que apresentava a configuração do prédio naquele momento. Com esta planta em mãos, percorri o prédio atenta aos vestígios que apontavam para modificações sofridas em sua estrutura para, assim, estabelecer um *design* aproximado referente aos momentos anterior e posterior à implantação do HNPI naquela edificação. Optei por este modo de realizar o trabalho porque, quando da execução da pesquisa, não encontrei as plantas do Hospital Militar e do HNPI para elaborar essa análise comparativa. Por fim, cheguei às seguintes plantas baixas:

---

<sup>8</sup> No final do século XVIII o filósofo e jurista inglês Bentham concebeu pela primeira vez a ideia do panóptico. Para isto, ele estudou o sistema penitenciário e criou um projeto de prisão circular, onde um observador central poderia ver todos os presos. Bentham também sugeriu que este mesmo projeto de prisão poderia ser utilizado em escolas e no trabalho, como meio de tornar mais eficiente o funcionamento desses locais. Foi neste período da história que, segundo Foucault (2013), iniciou-se um processo de disseminação sistemática de dispositivos disciplinares, a exemplo do panóptico: um conjunto de dispositivos que permitiria uma vigilância e um controle social cada vez mais eficiente. Desse modo, uma arquitetura panóptica contribui para colocar os sujeitos em evidência dentro do sistema de vigilância e, uma vez ciente disto, estes interiorizam a disciplina de maneira tal que o poder exercido sob seus corpos é garantido e mantido de forma automática – tornando-os, assim, corpos dóceis e mantenedores do poder.

<sup>9</sup> Desde o ano de 2013 o prédio do antigo Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil comporta o Espaço Comum Luiz Estrela: um centro autogestionado de arte, cultura e educação, fruto de uma ocupação encabeçada por artistas, ativistas, educadores, profissionais autônomos e produtores culturais, que propuseram novas formas de habitar aquele prédio até então abandonado havia 19 anos – desde seu tombamento municipal, em 1994.

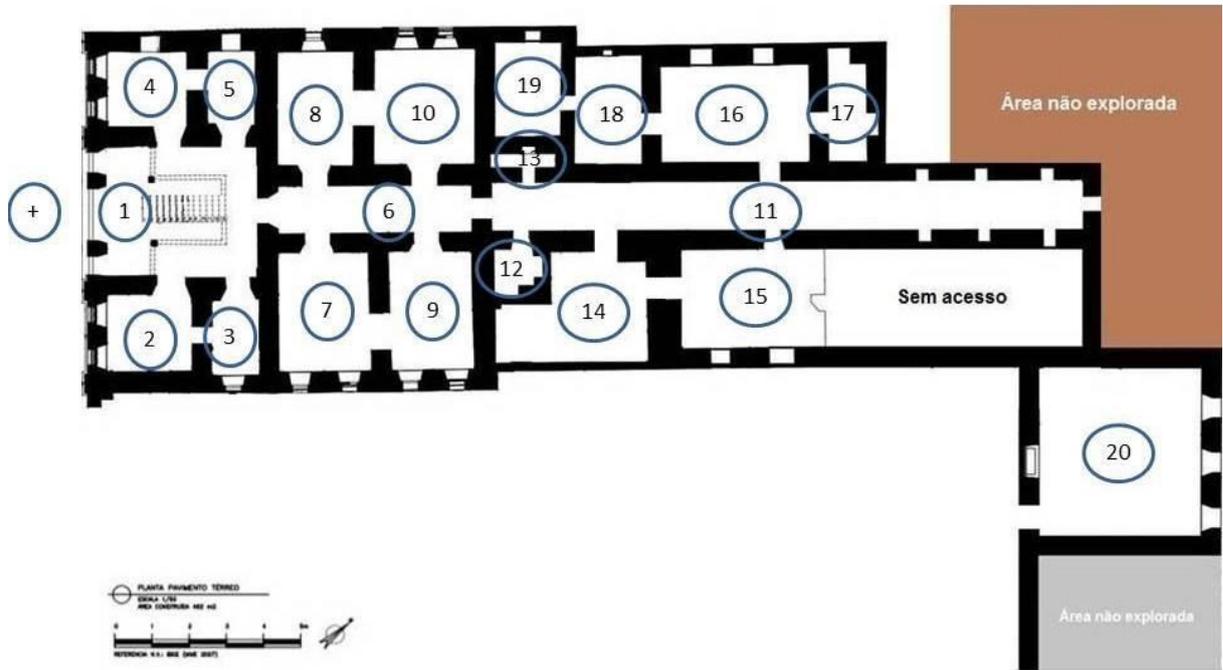


Figura 1. Primeiro pavimento do momento anterior à implantação do HNPI (Fonte: Adaptação de planta baixa cedida pela Oficina de Arquitetura e Restauo do Espaço Comum Luiz Estrela. Juliana Brandão, 2015).



Figura 2. Segundo pavimento do momento anterior à implantação do HNPI (Fonte: Adaptação de planta baixa cedida pela Oficina de Arquitetura e Restauo do Espaço Comum Luiz Estrela. Juliana Brandão, 2015).

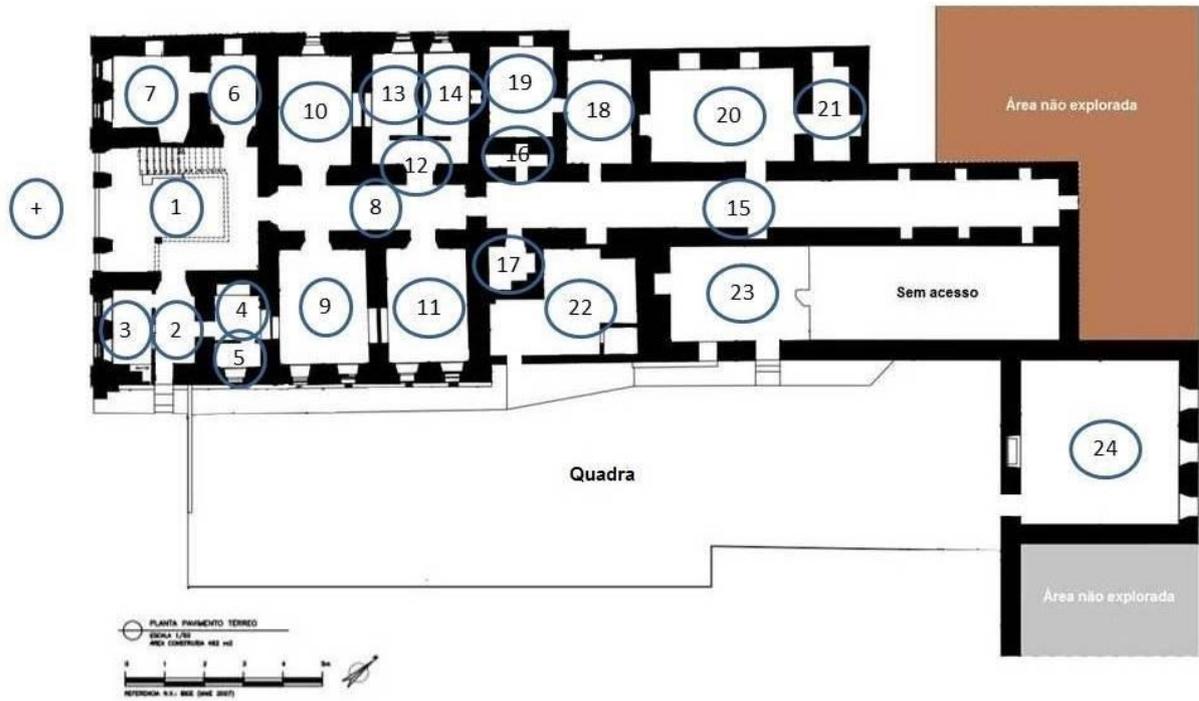


Figura 3. Primeiro pavimento do momento posterior à implantação do HNPI. (Fonte: Adaptação de planta baixa cedida pela Oficina de Arquitetura e Restauo do Espaço Comum Luiz Estrela. Juliana Brandão, 2015).



Figura 4. Segundo pavimento do momento posterior à implantação do HNPI. (Fonte: Adaptação de planta baixa cedida pela Oficina de Arquitetura e Restauo do Espaço Comum Luiz Estrela. Juliana Brandão, 2015).

Com relação às Figuras 3 e 4, ressalto que considerei todos os cômodos tais como estavam distribuídos quando da realização da pesquisa, com exceção do destacado em azul. Este, na realidade, era composto por duas salas. Porém, a disposição dos azulejos na parede permitiu deduzir que se tratava de apenas um cômodo, o qual foi dividido ao meio para formar duas salas de aula – isto porque o último uso aplicado ao prédio, muito posterior ao funcionamento do HNPI, foi o de escola estadual especializada na educação de crianças portadoras de transtornos mentais.

A partir dessas plantas, pode observar dois pontos principais. O primeiro é que o prédio sofreu uma multiplicação de cômodos após ali ser instalado o HNPI. Isso se deu através do fechamento de passagens que ligavam um cômodo a outro, bem como na divisão de alguns deles, que resultou no surgimento de outros mais. Embora a quantidade de cômodos tenha aumentado ao longo dos anos, as vias de acesso a eles continuaram se restringindo aos corredores do primeiro e segundo pavimento, ao longo dos quais estão dispostos praticamente todos os cômodos da edificação. Isto nos leva ao segundo ponto de destaque na distribuição espacial do prédio, que é a caracterização de ambos os corredores como áreas panópticas, através das quais possivelmente ocorria um maior controle de circulação das pessoas (sejam elas funcionários ou pacientes).

Entre o período de uso da edificação como Hospital Militar e como HNPI, embora o número das áreas panópticas não tenha aumentado, elas passaram a controlar uma quantidade maior de cômodos. Tais mudanças podem ser claramente observadas através dos gráficos espaciais que seguem abaixo:

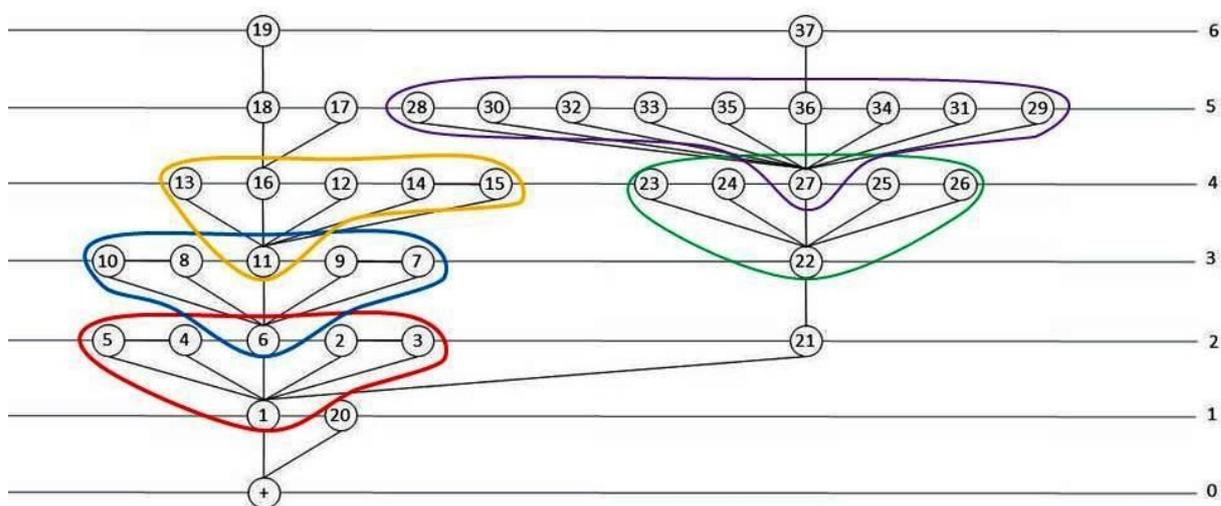


Figura 5. Gráfico espacial correspondente ao momento anterior à implantação do HNPI, destacando cinco áreas panópticas.

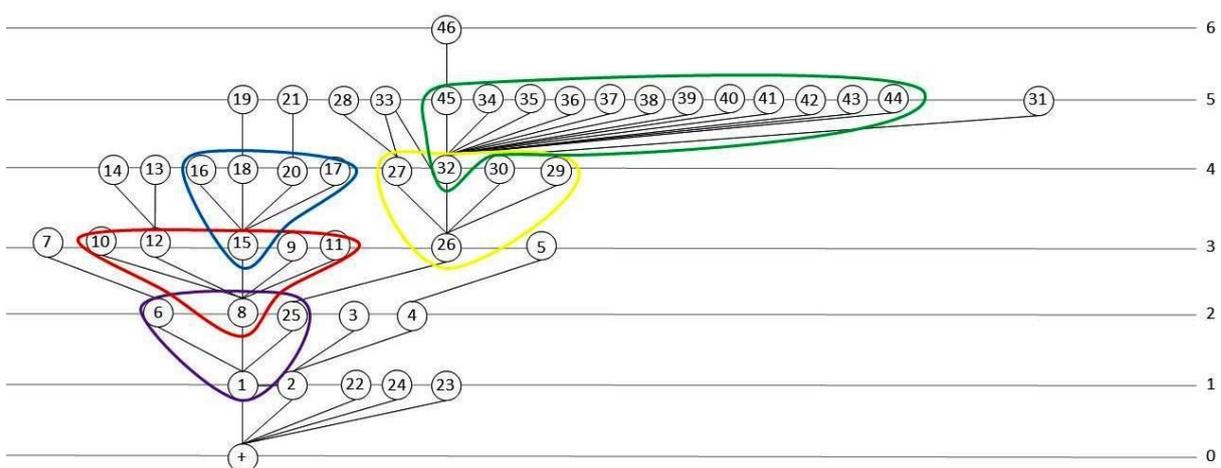


Figura 6. Gráfico espacial correspondente ao momento posterior à implantação do HNPI, destacando cinco áreas panópticas.

Os gráficos acima apresentados mostram-nos, ainda, que tanto no momento anterior como a partir do funcionamento do HNPI o prédio caracterizava-se como uma construção arquitetônica não-distributiva – ou

seja, o acesso para a maioria dos cômodos se dava por apenas uma via, que no caso estudado são os corredores. Isso, na realidade, não gera estranhamento, pois, embora sejam hospitais de naturezas distintas, continuam sendo uma instituição hospitalar e, como tal, sua característica não-distributiva é constante desde a fundação.

Foucault (2013), ao tratar da disciplina enquanto mecanismo de poder que torna os corpos dóceis e úteis, cita os hospitais dentre as instituições que fazem uso dessa prática. De fato, numa instituição hospitalar, a disciplina é fundamental: a separação dos pacientes de acordo com sexo, idade e doença e o rigor dos horários referentes à alimentação e medicação são fatores que interferem sobremaneira no sucesso (ou não) do tratamento. Além disso, o próprio espaço pode ser disciplinado, de modo a criar no interior da instituição localizações funcionais. Assim, espaços “que a arquitetura deixava geralmente livre e pronto para vários usos”, são agrupados a fim de “satisfazer não só à necessidade de vigiar, de romper as comunicações perigosas, mas também de criar espaço útil” (Foucault, 2013, p. 139). Conforme vemos na comparação dos gráficos espaciais acima apresentados, o prédio passou de 37 para 46 cômodos, o que implicou, por um lado, no fechamento de uma série de portas, reduzindo, assim, as vias de circulação; e por outro lado, criou mais cômodos que, possivelmente, vieram a ser necessários após a implantação da nova funcionalidade do prédio. Desta forma, tornava-se possível adestrar os corpos e o próprio espaço onde estavam inseridos como um imperativo de saúde.

Os corredores do HNPI evidenciam a prática do poder disciplinar. Tanto no interior do primeiro como do segundo pavimento, a circulação se fazia em apenas um corredor. Era necessário passar por ele para acessar qualquer cômodo, de modo que quem circulava ficava em evidência, e quem era mantido em qualquer cômodo era facilmente observado através dessa única via de acesso. Tais cadeias panópticas materializam princípios de confinamento, e isso, evidentemente, atingia tanto pacientes como funcionários. O corredor era o meio de entrada e saída do prédio, e acredito que seus primeiros cômodos era onde se localizavam as salas da administração/gerenciamento do hospital. O corredor era, também, o principal ponto de encontro entre os diferentes sujeitos que compunham aquela instituição; logo, suas interações ficavam visíveis e facilmente suscetíveis à disciplina. Tamanho controle não se daria necessariamente por meio da força, haja vista que um indivíduo que sabe estar num campo de visibilidade, ele próprio se coloca em seu lugar e, conseqüentemente, se autocontrola (Foucault, 2013).

Conforme já foi pontuado, o HNPI recebia não apenas crianças com transtornos mentais, como também crianças órfãs e portadoras de doenças das mais variadas. Ao manter confinadas crianças cuja sociedade rechaçou, o HNPI apresentava-se como um aparelho mantenedor da ordem social, o qual integrava um conjunto urbano composto por prisões, escolas e outros manicômios. Vemos, portanto, que não se tratava de um ambiente propício à cura, e menos ainda adequado para receber crianças. Mais que isso, o hospital realizou uma “limpeza urbana” ao retirar das ruas belorizontinas uma série de pequenos indesejáveis, que eram socialmente segregados e permaneciam sob vigilância constante, a qual garantia o controle de seus corpos, mantendo-os longe da mendicância e de todos os problemas dela advindos.

### ***O Hospital Colônia de Barbacena***

Inaugurado em 1903 com o nome de Assistência a Alienados, o hospital foi instalado nas dependências do antigo Sanatório de Barbacena<sup>10</sup>, localizado em uma colina, no subúrbio da cidade. Esta escolha se deu por questões econômicas, haja vista que o então governador de Minas Gerais, Silviano Brandão, argumentou perante o Congresso Mineiro que a condição financeira do estado não era favorável para construção de um hospício, solicitando, portanto, que algum prédio já existente fosse utilizado para sua implantação.

No ato de sua inauguração, foram incorporados à Assistência os doentes do Sanatório que haviam perdido o vínculo familiar, bem como os da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (Duarte, 1996). Até o ano de 1922, esta foi a única instituição psiquiátrica pública no estado de Minas Gerais (Savassi, 1991; Magro Filho, 1992). Somente em 1934, através do Decreto nº 11.276, a instituição passou a ser chamada Hospital Colônia de Barbacena (Savassi, 1991), o qual estava dividido em Departamento A – área que abarcava a antiga Assistência – e Departamento B – onde localizava-se a colônia anexa para a qual eram encaminhados os pacientes considerados incuráveis, alcoólatras, loucos tranquilos e os insanos sem vínculo familiar, a fim de serem inseridos na laborterapia, que envolvia atividades ligadas à confecção de trabalhos manuais, oficinas, olaria e atividades agropecuárias (Duarte, 1996).

As pessoas encaminhadas ao Hospital Colônia chegavam ali na companhia de familiares ou responsáveis legais, em viaturas da polícia ou, ainda, através do popularmente conhecido “trem de doido”, que cruzava o estado pela *Estrada de Ferro Central do Brasil*. O desembarque dos futuros internos do Colônia se dava na Estação Ferroviária de Barbacena, cerca de dois quilômetros de distância do hospital, e dali seguiam a pé, escoltadas, até a instituição, gerando incômodos à população, que descrevia a cena como lamentável e entristecedora, com “os pobres doentes [seguindo] a pé, sob o frio intenso e o vento cortante, com poucas vestes, amarrados e em gritos” (“Triste e decepcionante”, 1941).

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

O antigo Sanatório, sob o qual foi instalado o hospício, contava com uma estação própria na encosta do morro que levava até a instituição. Durante os anos de seu funcionamento, os tuberculosos desembarcavam nessa estação a fim de não contaminar a população (Duarte, 1996). No entanto, a partir do funcionamento do Hospital Colônia ela foi desativada, o que obrigou os novos pacientes a desembarcarem apenas no centro da cidade. Ciente dos vários incômodos gerados pela peregrinação dos doentes, bem como no estado de vulnerabilidade em que se encontravam ao longo desse caminho, o subdiretor da instituição solicitou, em 1906, “que os trens rápidos parem na Estação do Sanatorio, afim de facilitar o desembarque dos loucos que vêm para a Assistencia a Alienados” (Directoria da Assistencia a Alienados, 1906). Tal pedido, contudo, foi negado.

Com isso observamos que, desde a sua chegada em Barbacena, os corpos das e dos pacientes já se encontravam em um contexto de grande exposição, a qual era potencializada a partir do momento em que

---

<sup>10</sup> Inaugurado em 1889, o Sanatório de Barbacena era uma instituição particular destinada ao tratamento de tuberculosos, doente mentais e outros enfermos que chegavam de várias partes do Brasil em busca de cura no clima ameno de Barbacena. Também costumava ser frequentado por veranistas que fugiam do calor excessivo do Rio de Janeiro e demais cidades quentes, haja vista que o sanatório dispunha de um hotel (Massena, 1985).

atravessavam o portão do hospital. Dentro daquele terreno, dava-se início a um processo que lhes transformavam em internas e internos do Hospital Colônia, que consistia, dentre outras coisas, na perda da própria identidade através da retenção dos bens que carregavam, do corte dos cabelos, do recebimento do uniforme institucional e de um número de registro, bem como da inserção numa rotina e rituais padronizados (Silva, 2008; Arbex, 2013). Trata-se de um processo previsto no Regulamento da Assistência a Alienados, de 22 de fevereiro de 1903, no qual consta ser incumbência do almoxarife “receber e ter sob sua guarda os objetos e valores arrecadados dos enfermos ao entrarem para o hospício, até terem o devido destino” (Minas Gerais, 1903).

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



Figura 7. Dinheiro e alianças recolhidas durante a internação no Hospital Colônia (Fotografia da autora. Museu da Loucura, 2018).

Tudo o que se observa nesse ritual de internação, compõe o que Goffman (1974) nomeou como “mortificação do eu”. Segundo o autor, a perda do nome e/ou dos objetos pessoais ao ingressar numa instituição total, a exemplo de um manicômio, impedem que o sujeito apresente sua “imagem usual de si mesmo” (Goffman, 1974, p. 28). Este processo se dá através de uma série de práticas que acarretam no rebaixamento, degradação, humilhação e profanação do eu, a qual ocorre não apenas por meio da perda dos objetos pessoais, mas também quando o interno se vê obrigado a executar uma rotina que lhe é estranha; ao ser colocado numa realidade de grande exposição, na qual todos os territórios do eu (corpo, ações, bens, pensamento etc.) são violados; ou mesmo ao ficar vulnerável às contaminações as mais variadas, seja pela insalubridade das instalações, dos alimentos ou dos procedimentos médicos e cirúrgicos (Goffman, 1974).

Na Arqueologia, sabemos o quão importante é o papel social dos objetos na constituição da forma como as pessoas interagem entre si, como se conhecem e se apresentam ao mundo. A teoria pós-processual nos mostra que a relação entre objeto (constituído) e o sujeito (constituente) se dá dialeticamente: eles “são parte um do outro, são a mesma coisa, embora diferentes” (Lima, 2011, p. 19). Nos objetos estão inscritos tanto

aspectos compartilhados culturalmente como aqueles particulares do sujeito, de modo que podem ser entendidos como interferências materiais no campo social que ajudam na criação de individualidades e de coletividades (Wobst, 2000).

A perda dos suportes materiais que compõem o indivíduo enquanto um ser particular desarticula sua subjetividade, sua forma de se entender e se apresentar no mundo, e abre espaço para a modelagem de um novo sujeito a partir da interferência de novas materialidades e de um novo contexto de sociabilidade (De Cunzo, 1995; Davies, 2013; Myers, 2011). Além disso, também dificulta a forma como os outros leem esse indivíduo, haja vista que, a partir do que é expressado – seja verbalmente, em ações ou materialmente –, os outros realizam inferências acerca do indivíduo, criando suas próprias leituras sobre quem ele é. Na ausência dos objetos particulares que o compõe, entendo que essa leitura fica prejudicada, tornando-se incompleta. Extirpar alguém do processo de construção e apresentação de si, configura em um ato de violência contra sua subjetividade.

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

Durante o ritual de ingresso no Hospital Colônia, o uniforme institucional, popularmente chamado de “azulão”, cumpriu um papel excepcional na desconstrução das individualidades e se tornou um potente gerador de estigma. Confeccionado em brim azul – tecido de algodão resistente e barato –, diz-se que ele era incapaz de afastar o típico frio que acompanha Barbacena por quase todo o ano. Padronizado, os homens recebiam calça e blusa, e as mulheres, vestidos. Além do uniforme, outra peça de roupa que recebiam eram as vestimentas íntimas que, no caso das mulheres, resumia-se a um sutiã de pano muito simples e um “calçolão” que por vezes de tão largo, era necessário fazer um nó para não escorregar cintura abaixo<sup>11</sup>.



Figura 8. “Azulão”: uniformes feminino e masculino do Hospital Colônia (Fotografia da autora. Museu da Loucura, 2018).

<sup>11</sup> Informação obtida através de entrevista com uma ex-interna, realizada em março de 2018.

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

Este uniforme favoreceu, ainda, a homogeneização de uma comunidade totalmente heterogênea. As internas e internos do Colônia formavam um grupo composto por pessoas de diferentes idades, cores, estados civis, diagnósticos, provenientes de lugares distintos e que carregavam consigo histórias diversas que as conduziram até ali. Contudo, uma vez atravessado o ritual de internação e recebido o azulão, todas essas pessoas eram despidas de suas individualidades e passavam a compor uma massa que carregava o mesmo estigma social: de pessoas desprovidas de razão, que comprometiam a ordem social e que deveriam ser segregadas.

Segundo Davies (2013), nas instituições criadas no mundo moderno a partir do século XVIII – como asilos, *almshouses*, *workhouses*, prisões e manicômios –, os uniformes foram adotados para distinguir suas internas e internos da comunidade externa à instituição, e também como forma de controlar e moldar esses indivíduos conforme os objetivos institucionais, haja vista que “o controle comportamental e a reforma moral eram frequentemente codificados na adoção de uniformes institucionais”<sup>12</sup> (Davies, 2013, p. 1). Nesse contexto, a roupa representa uma quebra simbólica entre a vida passada do indivíduo e sua vida institucionalizada, proclamando, assim, seu status de pessoa confinada. Desse modo, podemos afirmar que no Hospital Colônia o uniforme constituía o louco. Vestir aquele uniforme azul de brim era vestir o estigma da loucura, era perder a própria individualidade para tornar-se apenas mais um louco paciente do Colônia, ao mesmo tempo em que reforçava um sistema de segregação que se faz presente até hoje nas lembranças de muitos barbacenenses.

Nos relatos das ex-internas e ex-internos do Colônia, roupas, adornos e objetos que carregavam consigo são imagens demasiado turvas em suas memórias. Muitos relataram ter chegado no hospital portando apenas a roupa do corpo, a qual já não recordam como era. Porém, é interessante observar a importância que dão às coisas que possuem atualmente. E, mais do que isso, a importância do poder de escolha. Passados anos de privações, vivendo em um contexto no qual tudo o que lhes cercava e vestia tinha a assinatura institucional ou vinha de doações, a ênfase que dão no poder de escolha e compra de algo que lhes agrada e compõe seu desejo é um dos pontos cruciais que marca a nova vida desvencilhada das amarras institucionais. Isto reforça a minha hipótese de que no Colônia a retenção dos objetos pessoais e conseqüente distribuição dos uniformes desempenhou o papel de ordem e disciplina, suprimindo as individualidades e enfatizando sua condição de internas e internos de uma instituição psiquiátrica.

Todo o potencial de mortificação do eu presente nos objetos institucionais, na estrutura física e na rotina do Hospital Colônia dificultaram sobremaneira – às vezes até impediram por completo – a subjetivação e vivência do desejo: elementos fundamentais para a constituição do indivíduo. Se considerarmos o conceito de

---

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

saúde proposto por Dejours (1986, n.p), de que ela é definida pelo direito de “traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social”, o Colônia mostra-se como uma máquina adocedora, visto que não permitia o exercício da alteridade do indivíduo.

#### A NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Para além do que foi apresentado, o Hospital Colônia se tornou conhecido pela frequente superlotação e maus tratos sofridos pelas internas e internos. Tamanha polêmica alcançou seu auge em 1979, durante a passagem de Franco Basaglia pelo Brasil. Psiquiatra italiano líder da luta antimanicomial, Basaglia visitou o Colônia e ficou extremamente impactado com o que presenciou, de modo que, em entrevista coletiva para a imprensa, comparou o local a um campo de concentração nazista. Desde então, e com o aumento da pressão para tratamentos psiquiátricos mais humanizados, deu-se início a uma série de reformulações nas políticas públicas para a assistência à saúde mental, culminando na já citada Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, e no posterior desdobramento de outras ações que visam a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Recentemente, porém, os avanços trazidos por esta reforma psiquiátrica foram ameaçados por sérios retrocessos. Entre os anos de 2016 e 2020 – período que compreende a destituição de Dilma Rousseff e ascensão de Jair Bolsonaro ao poder – foram editados portarias, resoluções, decretos e editais, os quais compuseram a chamada Nova Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Cruz *et al.* (2020) apontam como início desse desmonte a medida provisória instituída por Michel Temer, e posteriormente denominada Emenda Constitucional 95/2016, que determinou o congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, entre as quais o SUS, reduzindo drasticamente o já insuficiente orçamento dos programas assistidos pelo sistema público de saúde.

Juntamente com o corte de verbas, vieram os documentos normativos que modificaram o modelo de assistência até então aplicado às pessoas com transtornos mentais e aos dependentes químicos. A publicação da Portaria 3.588, do Ministério da Saúde, e da Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite, ambas de 2017, instituíram a base daquilo que posteriormente se tornou a ‘nova’ PNSM. A partir delas se definiu um novo modelo de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), muito mais focado em uma assistência hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária advindos da Reforma Psiquiátrica (Cruz *et al.*, 2020). À guisa de exemplo, a Resolução 32 incluiu os hospitais psiquiátricos na RAPS, aumentando o financiamento para a manutenção de seus leitos. Em um contexto de orçamento enxuto, tal normativa impactou o funcionamento de outros elementos da RAPS, como os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são “casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não” (Ministério da Saúde, 2004). Essas residências foram fundamentais para a reinserção social daquelas pessoas que passaram anos internadas no Hospital Colônia e perderam os laços familiares. Elas seguem sendo espaços importantes para que esses ex-internos e ex-internas vivam em sociedade e com a assistência profissional adequada. Conforme está estampado no próprio nome do serviço, trata-se do lugar onde essas pessoas residem, da sua casa.

Outro documento que vale ser citado é a Resolução n. 1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas, de 2018. Esta resolução estabeleceu, dentre outras coisas, a transição da assistência a usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, bem como o

fomento de comunidades terapêuticas. Tais comunidades, muitas das quais estruturadas por grupos religiosos, pautam-se na lógica da internação – por vezes compulsória – e em sua maioria não apresentam profissionais capacitados. Aquelas ligadas às igrejas, utilizam-se da fé e do discurso religioso como ferramenta para cura dos vícios.

Além dos documentos normativos citados, muitos outros foram publicados apresentando como consequência o aumento no financiamento de estruturas hospitalares/asilares – um modelo de assistência estruturado na internação e segregação social das e dos pacientes, conforme vimos nas duas pesquisas que desenvolvi – e contingenciamento de recursos para os serviços de base comunitária e territorial, comprometidos no acolhimento e atendimento das pessoas dentro do seu contexto social, respeitando suas singularidades<sup>13</sup>.

A implantação da ‘Nova’ Política de Saúde Mental se deu efetivamente a partir da Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (Ministério da Saúde, 2019), a qual marcou uma mudança de discurso estabelecida pelo governo então iniciado por Jair Bolsonaro. Embora contraditório, as normativas publicadas até aquele momento afirmavam estar fortalecendo a RAPS. A nota técnica, no entanto, colocava-se abertamente como um novo modelo de assistência, estabelecendo um outro tipo política pública. Cruz *et al.* (2020) ressaltam, porém, “que as mudanças na PNSM não foram feitas por esta Nota Técnica, e sim pelas portarias, resoluções e editais que a embasam” (Cruz *et al.*, 2020, p. 10), algumas das quais apresentadas acima.

Aqui cabe pontuar os dois aspectos mais polêmicos dessa normativa. Primeiramente, ela incentivava a oferta da eletroconvulsoterapia, também conhecida como eletrochoque: tratamento historicamente ligado ao modelo manicomial, que costumava ser utilizado como instrumento de punição e tortura das e dos pacientes, e que havia sido abolida na rede pública de saúde mental na década de 1980. O segundo ponto diz respeito à internação de crianças e adolescentes. A nota técnica afirmava não haver

qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade (sic) em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência (Ministério da Saúde, 2019).

Não à toa, a ‘nova’ PNSM foi abordada por especialistas como um “retrocesso”, um “retorno ao modelo manicomial”, ou ainda, como uma “contrarreforma psiquiátrica” (Passarinho, 2022, p. 66). Ela se colocava na contramão do que recomendam entidades internacionais como a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde, além de ter sido fortemente criticada pelos Conselhos Nacional de Saúde e de Direitos Humanos, e pelos Conselhos Profissionais de Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, dentre outros. Diante de tamanha repercussão negativa, a Nota Técnica n. 11 chegou a ser retirada da página oficial do Ministério da Saúde, e a maioria das mudanças propostas sequer foram implementadas em âmbito nacional (Passarinho, 2022). Mas é de suma importância ficarmos atentas e atentos, e nos posicionarmos contrários à tais ameaças de retrocesso.

---

<sup>13</sup> Para uma melhor compreensão de todos os documentos normativos que compuseram a ‘nova’ PNSM e suas respectivas consequências, ver Cruz *et al.* (2020) e Passarinho (2022).

## E O QUE A ARQUEOLOGIA TEM A VER COM ISSO?

Em meio à derrocada que enfrentava o serviço público de assistência psiquiátrica – e o SUS como um todo –, os trabalhos de pesquisa que desenvolvi e apresentei neste artigo mostraram-se como um tipo de testemunho necessário da existência física e histórica de duas instituições manicomiais, bem como das violências a elas intrínsecas. Conforme pontua Casella (2011), pesquisas nesses contextos mostram-nos como a Arqueologia oferece ferramentas fundamentais no combate à obliteração intencional e politicamente motivada tanto das evidências materiais que sustentavam o internamento e essa particular gestão social, como do passado em si de exclusão, violência e abandono das vítimas desse processo. Além disso, como nos lembra Moshenska & Myers (2011), trata-se de reconhecer que o passado, com todas as suas opressões e injustiças, erros e acertos, está física e socialmente materializado no presente.

O passado manicomial do Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil e do Hospital Colônia de Barbacena mostra-nos que a centralização do cuidado da saúde mental somente no ambiente hospitalar favorece apenas o isolamento social das e dos pacientes. Acredito que qualquer pessoa que enfrentou seriamente a recente pandemia da doença Covid-19 há de concordar que o isolamento/distanciamento social não beneficia a saúde mental. Por isso a gama de serviços da Rede de Atenção Psicossocial é tão importante, uma vez que permite ao sujeito receber atendimento inserido em seu contexto social e de acordo com suas demandas, além de ser assistido por uma equipe multidisciplinar.

Considerando, conforme já mencionado, que uma pessoa saudável é aquela que possui meios de “traçar um caminho pessoal e original, em direção ao [seu] bem-estar físico, psíquico e social” (Dejours, 1986, s/p), as instituições hospitalares psiquiátricas são verdadeiras máquinas adoecedoras. Minhas pesquisas apontam que o ambiente manicomial nega ao sujeito o exercício da liberdade de escolha e da alteridade. Sua espacialidade e materialidade promovem a padronização dos pacientes, inserindo-os num espaço e rotina rígidos, despiando-os dos seus antigos referenciais sociais e controlando seus comportamentos desviantes. Conforme pontua Wickert (1998, s/p), “por detrás de uma internação, há o tratamento benéfico e a punição, ou seja, o sujeito passa a ser cuidado e punido por ser diferente” – sobretudo se pensarmos que o doente mental carrega o rótulo da doença para o resto da vida como um estigma social. Desta forma, o manicômio apresenta-se como mantenedor da doença mental, uma vez que impede o sujeito de criar seu próprio caminho para suportar e lidar com suas pulsões, frustrações, sonhos e desejos e, assim, alcançar seu bem-estar (Wickert, 1998).

Em um de seus artigos, González-Ruibal (2008) afirmou que sente “a necessidade de usar a arqueologia como uma ferramenta de crítica radical, oposição a mecanismos do Estado para higienização do passado”<sup>14</sup> (González-Ruibal, 2008, p. 21). De fato, isso é muito importante, sobretudo na atualidade, haja vista que tais mecanismo de higienização nos faz relativizar fatos passados e, conseqüentemente, esquecer (ou não perceber) suas implicações no presente. Arrisco em dizer que sou um pouco menos audaciosa que González-Ruibal. É claro que meus trabalhos apresentam um olhar crítico sob um fragmento da história da psiquiatria mineira, mas não guardo grandes expectativas com relação aos seus efeitos. Espero ao menos conseguir gerar provocações, fazer com que minhas leitoras e leitores aguçem a empatia com relação às diferenças, e se tornem cada vez mais cientes que discursos e políticas públicas se concretizam em formas materiais que, embora aparentemente inofensivas, impactam vidas seriamente. O passado que reverbera do Hospital de Neuro-psiquiatria Infantil e

---

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

do Hospital Colônia de Barbacena anuncia a necessidade de seguir sendo e agindo diferente, respeitando as alteridades e defendendo seu direito de existir em sociedade.

#### REFERÊNCIAS

- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Bartlett, A. (1997). Spatial order and psychiatric disorder. In Pearson, M. P. & Richards, C. (Org.) *Architecture & Order: Approaches to Social Space*. Londres e Nova York: Routledge.
- Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Brasília, Casa Civil. Retrieved from [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).
- Casella, E. C. (2011). Lockdown: On the Materiality of Confinement. In Moshenska, G. & Myers, A. (Org.) *Archaeologies of Internment* (p. 285-295). New York: Springer.
- Coppola, N. (2017). *Medicalização e higienismo em São Paulo: o contexto arqueológico do Sanatório Bela Vista (1920-1980)*. (Unpublished specialization's thesis). Universidade de Santo Amaro, São Paulo.
- Correia, S. B. G. (2014). *‘Úteis a sai e à pátria’*. *Arqueologia, Arquitetura e Poder Disciplinar: um estudo de caso da Colônia Isabel em Pernambuco*. (Unpublished undergraduate dissertation). Universidade Federal do Vale do São Francisco, São Raimundo Nonato.
- Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W. & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3). 1-20.
- Davies, P. (2013). Clothing and textiles at the Hyde Park Barracks Destitute Asylum, Sydney, Australia. *Post-Medieval Archaeology*, 47(1). 1-16.
- De Cunzo, L. A. (1995). Reform, Respite, Ritual: Na Archaeology of Institutions; The Magdalen Society of Philadelphia, 1800-1850. *Historical Archaeology*, 29(3). 1-168.
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14(54). n.p.
- Directoria da Assistencia a Alienados. (1904, August 1). *SI-1652*. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.
- Directoria da Assistencia a Alienados. (1906, November 12). *SI-1674*. Fundo da Secretaria do Interior. Série 10: Saúde e Assistência Pública. Arquivo Público Mineiro.
- Duarte, M. N. (1996). *Ares e Luzes para mentes obscuras. O Hospital Colônia de Barbacena: 1922-1946*. (Unpublished master's thesis). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Firmino, H. (1980, July 15). Conhecendo um outro inferno, só de crianças. *Estado de Minas*.
- Firmino, H. (1980, July 16). Ainda no tato de uma triste, desumana e louca realidade. *Estado de Minas*.
- Foucault, M. (2013). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- González-Ruibal, A. (2008). Time to destroy. An archaeology of supermodernity. *Current Anthropology*, 49(2). 247-279.
- Hillier, B. & Hanson, J. (1984). *The Social Logic of Space*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Lima, T. A. (2011). *Cultura material: a dimensão concreta das relações sociais*. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 6(1). 11-23.
- Longhurst, P. (2011). *The Foundations of Madness: The role of the built environment in the mental institutions of New South Wales*. (Unpublished master's thesis). University of Sydney, Sydney.
- Lopes, R. C. S. (2017). *Tempos, espaços e cultura material na Vila Santo Antônio do Prata, Pará – Arqueologia em uma Instituição Total Amazônica*. (Unpublished doctoral thesis). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Machado, E. (2021). *Espaços loucos: Um estudo arqueológico sobre o Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS*. (Unpublished undergraduate dissertation). Instituto de Ciências Humanas e da Informação, Universidade Federal do Rio Grande, Porto Alegre.
- Magro Filho, J. B. (1992). *A tradição da loucura. Minas Gerais: 1870-1964*. Belo Horizonte: COOPMED/Editora UFMG.
- Markus, T. A. (1993). *Building and Power: Freedom and Control in the Origin of Modern Building Types*. Londres e Nova York: Routledge.
- Massena, N. (1985). *Barbacena: A Terra e o Homem*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial.
- Meneses, U. (1984). Identidade cultural e arqueologia. *Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional*, 20. 33-36.
- Minas Gerais. (1903, February 22). *Regulamento da Assistencia a Alienados a que se refere o Dec. n. 1.579*. Imprensa Oficial do Estado de Minas Geraes, Belo Horizonte.
- Ministério da Saúde. (2004). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>.
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília, Ministério da Saúde. Retrieved from [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
- Ministério da Saúde. (2019). *Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Brasília, Ministério da Saúde. Retrieved from <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.
- Monks, G. G. (1992). Architectural symbolism and non-verbal communication at Upper Fort Garry. *Historical Archaeology*, 26(2). 37-57.
- Moreira, J. B. & Soares, F. C. (2015). Muralhas que comunicam: fortificações catarinenses como portais de acesso ao Brasil Meridional. In Soares, F. C. (Org.) *Arqueologia das fortificações: perspectivas* (p. 101-148). Florianópolis: Lagoa.
- Moshenska, G. & Myers, A. (2011). *Archaeologies of Internment*. New York: Springer.
- Myers, A. (2011). The Things of Auschwitz. In Moshenska, G. & Myers, A. (Org.) *Archaeologies of Internment* (p. 75-88). New York: Springer.
- Najjar, R. (2011). Para além dos cacos: a Arqueologia Histórica a partir de três superartefatos (estudo de caso de três igrejas jesuítas). *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 6(1). 41-55.
- Passarinho, J. G. N. (2022). Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial. *Em Pauta*, 49(20). 65-80.
- Piddock, S. (2007). *A Space of Their Own: The Archaeology of Nineteenth Century Lunatic Asylum in Britain, South Australia and Tasmania*. Nova York: Springer.

- Rabêlo, J. M. (1956, January 8). “Quando chove aqui não sabemos se ficamos em casa ou se vamos para a rua”. *Diário de Minas*.
- Rapoport, A. (1978). *Aspectos humanos de la forma urbana*. Barcelona: GG.
- Savassi, A. J. (1991). *Barbacena: 200 anos*. Belo Horizonte: Editora Lemi S.A.
- Silva, M. C. B. (2008). *Repensando os Porões da Loucura: Um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena*. Belo Horizonte: Argvmentvm.
- Stanchi, R. P. (2008) *Modernidade, mas nem tanto: O caso da vila operária da fábrica Confiança, Rio de Janeiro, Séculos XIX e XX*. (Unpublished master's thesis). Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Thiesen, B. V. (1999). *As paisagens da cidade: Arqueologia da área central da Porto Alegre do século XIX*. (Unpublished master's thesis). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Thiesen, B. V. (2013). Antes da poeira baixar: reflexões sobre uma arqueologia do passado recente. *Revista Memorare*, 1(1). 222-226.
- Triste e decepcionante. (1941, September 18). *Jornal Cidade de Barbacena*.
- Wickert, L. F. (1998). Loucura e direito a alteridade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(1), n.p. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931998000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000100005).
- Wobst, H. M. (2000). Agency in (spite of) material culture. In Dobres, M. & Robb, J. E. (Org.) *Agency in Archaeology* (p. 40-50). New York: Routledge.
- Zarankin, A. Casa tomada: sistema, poder y vivienda familiar. In Zarankin, A. & Acuto, F. (Org.) *Sed non Siata: Teoría Social en la Arqueología Latinoamericana Contemporânea* (p. 239-271). Buenos Aires: Del Tridente.
- Zarankin, A. (2002). *Paredes que Domesticam: Arqueologia da Arquitetura Escolar Capitalista. O caso de Buenos Aires*. São Paulo: Fapesp.
- Zarankin, A. (2003). Arqueología de la Arquitectura, modelando al individuo disciplinado en la sociedad capitalista. *Revista de Arqueología Americana*, 22(1). 25-41.
- Zarankin, A. (2012). Corpos Congelados: uma leitura metafórica de paredes e muros em Belo Horizonte, MG. In Macedo, J., Andrade, R. & Terra, C. (Org.) *Arqueologia na paisagem: novos valores, dilemas e instrumentos* (p. 18-33). Rio de Janeiro: Rio Books