


## PSIQUIATRIA E RACISMO – O HOLOCAUSTO PSIQUIÁTRICO NO HOSPÍCIO DE BARBACENA E O RACISMO CONTRA NEGROS NO BRASIL

 <https://doi.org/10.56238/arev7n3-265>

Data de submissão: 25/02/2025

Data de publicação: 25/03/2025

### **Antônio Nacílio Sousa dos Santos**

Doutorando em Ciências Sociais  
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)  
Horizonte, Ceará – Brasil.  
E-mail: naciliosantos23@gmail.com

### **Douglas Luiz de Oliveira Moura**

Doutorando em Psicologia  
Universidade federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)  
Angra dos Reis, Rio de Janeiro – Brasil.  
E-mail: douglasmourapbi@ufrj.br

### **Lucas Teixeira Dezem**

Doutorando em Direitos Coletivos e Cidadania  
Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)  
Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil.  
E-mail: lucastd19@hotmail.com

### **Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres**

Doutora em Enfermagem Psiquiátrica  
Universidade de Brasília (UnB)  
Brasília, Distrito Federal – Brasil.  
E-mail: aclaudiaval@unb.br

### **Carlos Lopatiuk**

Doutor em Ciências Sociais  
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)  
Curitiba, Paraná, Brasil  
E-mail: carloslopatiuk@yahoo.com.br

### **Andréia Ferreira de Souza**

Especialista e em Saúde Pública  
Universidade Estácio de Sá (UNESA)  
Parnamirim, Rio Grande do Norte – Brasil.  
E-mail: andreia\_renier@hotmail.com

### **Simone Costa da Matta Xavier**

Mestra em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS  
Universidade Federal Fluminense (UFF)  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – Brasil.  
E-mail: enomixxavier@gmail.com

**Emerson Pier de Almeida**

Especialista em Psiquiatria Geral e Saúde Pública.  
Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (FMJ)  
Cedro, Pernambucano – Brasil.  
E-mail: emersonpier@hotmail.com

**Richardson Lemos de Oliveira**

Doutorando em Enfermagem e Biociências  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – Brasil.  
E-mail: richardsonoliveiranutri@gmail.com

**Renatta da Silva de Oliveira**

Mestre em Ensino  
Universidade Federal Fluminense (UFF)  
Aperibé, Rio de Janeiro – Brasil.  
E-mail: renattaoliveira20@gmail.com

**Larissa de Souza Piardi**

Graduanda em Medicina  
Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)  
Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul – Brasil.  
E-mail: lari.spiardi@gmail.com

**Diego Oliveira Brito**

Médico Psiquiatra/Residência Psiquiatria  
Hospital Público Regional de Betim  
Betim, Minas Gerais – Brasil.  
E-mail: psiquiatra.diegobrito@gmail.com

**Ana Paula Monteiro Pimenta**

Graduando em Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)  
Pinheiro, Maranhão – Brasil.  
E-mail: apm.pimenta@discente.ufma.br

**Everton Bonato Pacheco**

Mestre em Ensino  
Universidade Federal Fluminense (UFF)  
Cataguases, Minas Gerais – Brasil.  
E-mail: professeverton@gmail.com

**Elizabeth Marinho Espíndola Rodrigues**

Mestranda em Ensino  
Universidade Federal Fluminense (UFF)  
São José de Ubá, Rio de Janeiro – Brasil.  
E-mail: elizabethmer@id.uff.br

## RESUMO

O presente artigo faz uma análise crítica das práticas psiquiátricas no Brasil a partir do caso emblemático do Hospital Colônia de Barbacena, situado em Minas Gerais, conhecido como o cenário de um verdadeiro “holocausto psiquiátrico”. Por meio de uma abordagem histórico-social, busca-se evidenciar como a psiquiatria, longe de se configurar apenas como saber médico-científico, foi utilizada como ferramenta de exclusão, controle e opressão, especialmente contra sujeitos negros, pobres e marginalizados. A internação compulsória, o diagnóstico arbitrário e o tratamento desumanizante revelam uma lógica manicomial atravessada pelo racismo estrutural e institucionalizado. Ao articular os discursos médicos com a ideologia racista da formação social brasileira, o texto discute como a loucura foi racializada, servindo como justificativa para práticas higienistas, segregacionistas e genocidas. Teoricamente, utilizamos os trabalhos de Amarante (1998), Arbex (2013), Basaglia (1968; 1987; 2011), Bento (2022), Davis (2018), Fanon (2008; 2022), Foucault (2014), Goffman (1961), Grosfoguel; Bernardino-Costa; Maldonado-Torres (2018), Laing (1968; 2010), Mbembe (2018), Pinel (1809), Ribeiro (2017), Scheper-Hughes (s/d), Silveira (1981; 2001), Szasz (1970; 1970; 1994), entre outros. Metodologicamente é uma pesquisa qualitativa a partir de Minayo (2007), descritiva e bibliográfica conforme Gil (2008), onde foi realizada uma análise compreensiva a partir de Weber (1949). A pesquisa evidenciou que a psiquiatria brasileira historicamente serviu como mecanismo de exclusão social, especialmente racial. O caso de Barbacena revela como práticas manicomiais se alinharam a ideologias racistas e higienistas. A loucura foi usada como justificativa para neutralizar corpos desviantes da norma branca e burguesa. O silêncio institucional e o apagamento histórico reforçam a necropolítica aplicada aos indesejáveis. Há urgência em repensar políticas de cuidado e reparação histórica.

**Palavras-chave:** Holocausto Psiquiátrico. Racismo Estrutural. Loucura. Exclusão.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 ENTRE O SILÊNCIO E O EXTERMÍNIO: O HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA COMO DISPOSITIVO RACIAL E PSIQUIÁTRICO DE MORTE – INTRODUÇÃO

Ainda que a história oficial da psiquiatria brasileira costume silenciar os horrores das instituições manicomiais, o Hospital Colônia de Barbacena<sup>1</sup> emerge como um símbolo incontornável de uma política de extermínio e exclusão. Fundado em 1903, na cidade de Barbacena, Minas Gerais, o Colônia rapidamente se converteu em um espaço de confinamento sistemático de pessoas indesejadas, categorizadas como “loucas”, mas que, em sua esmagadora maioria, não apresentavam qualquer quadro clínico de doença mental. Conforme relata Daniela Arbex (2013, p. 25), “[...] cerca de 70% dos internos não tinham diagnóstico psiquiátrico; eram pobres, analfabetos, a maioria negros, homossexuais, alcoólatras, prostitutas, meninas grávidas, mulheres que perderam a virgindade fora do casamento”. Por isso, a autora não hesita em afirmar que o Colônia foi, de fato, um “[...] campo de concentração nazista em pleno território brasileiro” (Arbex, 2013, p. 16).

As palavras sofrem com a banalização. Quando abusadas pelo nosso despudor, são roubadas de sentido. Holocausto é uma palavra assim. Em geral, soa como exagero quando aplicada a algo além do assassinato em massa dos judeus pelos nazistas na Segunda Guerra. Neste livro, porém, seu uso é preciso. Terrivelmente preciso. Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali (Arbex, 2013, p. 17).

Por conseguinte, a magnitude da tragédia ocorrida em Barbacena não pode ser tratada como um caso isolado ou exceção histórica. Ao longo de suas décadas de funcionamento, o Hospital Colônia foi responsável pela morte de mais de 60 mil pessoas, vítimas de abandono, violência, frio, fome, choques elétricos e negligência institucional. Como revela Arbex (2013, p. 32): “[...] entre 1969 e 1980, 1.853 corpos foram vendidos a faculdades de medicina do país”. E, ainda mais estarrecedor, “[...] quando houve excesso de cadáveres, os corpos foram dissolvidos em ácido na frente dos pacientes, para que os ossos pudessem ser comercializados” (2013, p. 33).

---

<sup>1</sup> O Hospital Colônia de Barbacena, fundado em Minas Gerais no início do século XX, tornou-se símbolo de uma das maiores tragédias da saúde mental no Brasil. Sob o discurso da psiquiatria hegemônica e influenciado por uma lógica higienista, o local abrigou mais de 60 mil pessoas ao longo de sua história, a maioria delas não apresentava qualquer transtorno mental diagnosticado, sendo internadas por razões como pobreza, homossexualidade, gravidez fora do casamento ou simples divergência social. O hospital funcionava como espaço de exclusão e extermínio, onde os internos eram submetidos a maus-tratos, fome, tortura e abandono, o que levou ao extermínio silencioso de milhares. Esse episódio escancara como a loucura foi utilizada como justificativa para a marginalização de sujeitos indesejáveis, revelando uma profunda articulação entre o saber médico, o aparato estatal e as estruturas de opressão social. Ver: Arbex, D. *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

Entretanto, para além da denúncia jornalística, é necessário compreender o Colônia como um espelho ampliado do próprio projeto psiquiátrico moderno<sup>2</sup>, que Michel Foucault (2014) já havia desvelado como um instrumento de poder e dominação disciplinar. O que estava em jogo ali não era apenas a contenção da loucura, mas o silenciamento e controle de corpos considerados desviantes das normas burguesas e coloniais de comportamento. Foucault (2014, p. 90) alerta que “[...] a exclusão da loucura sucedeu, no espaço social, a exclusão da lepra”, apontando que “[...] o internamento psiquiátrico reproduz estruturas de segregação, punição e moralização social”. Além disso, afirma que “[...] o nascimento do asilo foi menos um avanço terapêutico do que um gesto político de contenção” (2014, p. 231).

O asilo da era positivista [...] não é um livre domínio de observação, de diagnóstico e de terapêutica; é um espaço judiciário onde se é acusado, julgado e condenado e do qual só se consegue a libertação pela versão desse processo nas profundezas psicológicas, isto é, pelo arrependimento. A loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele. Por muito tempo, e pelo menos até nossos dias, permanecerá aprisionada num mundo moral [...] Toda a vida dos internos, todo o comportamento dos vigilantes em relação a eles, bem como o dos médicos, são organizados para que essas sínteses morais se efetuem (Foucault, 2014, p. 226).

Como, então, interpretar o manicômio como um dispositivo racial? A partir de uma análise interseccional entre exclusão psiquiátrica e racismo estrutural, é possível afirmar que a população negra foi especialmente visada pelos mecanismos de contenção e exclusão operados pelas instituições manicomiais. Segundo Frantz Fanon (2008, p. 144), “[...] o negro não é somente um objeto de discriminação social, mas de anulação ontológica”. Assim, o manicômio funcionou, muitas vezes, como um prolongamento do pelourinho, sendo o novo lugar de desterro dos corpos racializados. Fanon (2008, p. 110) afirma que “[...] o branco é ao negro o que o psiquiatra é ao alienado: aquele que determina sua verdade a partir de fora”.

Por isso, a articulação entre manicômio e racismo não pode ser ignorada nas leituras contemporâneas sobre o Colônia de Barbacena. A exclusão da população negra do espaço público e do reconhecimento civil encontrou no manicômio uma forma eficaz de institucionalização da morte em vida. Achille Mbembe (2018, p. 70) denomina essa lógica como “necropolítica”, ou seja, a prática

---

<sup>2</sup> Compreender o Hospital Colônia de Barbacena como um espelho ampliado do projeto psiquiátrico moderno significa reconhecer que suas práticas extremas de exclusão, confinamento e violência não foram desvios isolados, mas expressões radicais de uma racionalidade psiquiátrica fundada na normatização dos corpos e no controle social dos sujeitos considerados desviantes. O Colônia materializou de forma brutal a face oculta do saber psiquiátrico moderno, ao transformar o diagnóstico em sentença e o tratamento em punição, revelando como o manicômio operou historicamente como uma tecnologia de poder, alinhada a uma biopolítica excludente. Assim, o que se viu em Barbacena foi a amplificação de uma lógica que atravessou diversas instituições psiquiátricas: a medicalização da diferença e o silenciamento dos “anormais” sob a aparência de cuidado e ciência. Ver: Foucault, M. *História da loucura na idade clássica* (7. ed.). São Paulo: Perspectiva, 2014.

de um poder que define quem pode viver e quem deve morrer. Segundo o autor, “[...] o racismo é o vetor por excelência da autorização da morte em sociedades contemporâneas” (2018, p. 87).

Que a ‘raça’ (ou, na verdade, o ‘racismo’) tenha um lugar proeminente na racionalidade própria do biopoder é inteiramente justificável. Afinal de contas, mais do que o pensamento de classe, a raça foi a sombra sempre presente no pensamento e na prática das políticas do Ocidente [...] Em termos foucaultianos, racismo é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, ‘este velho direito soberano de matar’. Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado. Segundo Foucault, essa é ‘a condição para a aceitabilidade do fazer morrer’ (Mbembe, 2018, p. 87).

Portanto, é fundamental compreender que o Colônia não operava à margem do Estado, mas era parte de sua engrenagem institucional de controle dos indesejáveis. Nesse sentido, Cida Bento (2022, p. 41) denuncia que “[...] o pacto da branquitude consiste na manutenção de privilégios raciais silenciosamente legitimados nas práticas institucionais”. Ou seja, o manicômio não era apenas um espaço de loucura, mas também de branquitude autoritária, que excluía, punia e esquecia corpos negros, pobres e femininos. Como complementa Bento (2022, p. 65): “[...] o racismo institucional se manifesta quando se nega, retarda ou inviabiliza o acesso da população negra a direitos básicos e a lugares de reconhecimento e pertencimento”.

Ainda que a Reforma Psiquiátrica<sup>3</sup> brasileira tenha avançado na desconstrução do modelo asilar, a crítica racial permanece ausente de grande parte dos estudos e políticas públicas em saúde mental. A pesquisa que ora se apresenta busca justamente preencher essa lacuna, ao propor um olhar que intersecciona saúde mental, exclusão social e racismo estrutural no Brasil. Como observa Amarante (1998, p. 23), “[...] a loucura sempre foi objeto de um saber-poder disciplinador, que operava para eliminar a diferença”. E, conforme destaca o mesmo autor, “[...] o manicômio foi um dispositivo que institucionalizou a exclusão dos pobres, sob a justificativa da tutela psiquiátrica” (1998, p. 45).

Assim sendo, revisitar o caso do Hospital Colônia de Barbacena sob a lente do racismo estrutural constitui uma urgência científica, social e política. A invisibilidade das vítimas negras dessa política de exclusão revela como a necropolítica opera em silêncio, naturalizando o genocídio dos

---

<sup>3</sup> A Reforma Psiquiátrica no Brasil emergiu como um movimento político, social e sanitário que buscou romper com o modelo manicomial centrado na exclusão, confinamento e medicalização da loucura, propondo uma nova lógica de cuidado pautada nos direitos humanos, na cidadania e na inserção social da pessoa em sofrimento psíquico. Inspirada pelas experiências antimanicomiais italianas lideradas por Franco Basaglia, a reforma brasileira teve seu marco legal na década de 2000, com a promulgação da Lei 10.216/2001, que redirecionou o modelo assistencial da saúde mental e incentivou a criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse processo representou uma virada paradigmática, ao compreender a loucura como uma experiência humana complexa, que exige escuta, vínculo e protagonismo do sujeito no tratamento, e não o seu aprisionamento. Ver: Amarante, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

indesejáveis. Conforme afirma Ângela Davis (2018, p. 58): “[...] o racismo não é um problema apenas de atitudes individuais, mas uma estrutura que organiza instituições, saberes e práticas”. E, para ela, “[...] a luta pela liberdade passa necessariamente pela denúncia das prisões, dos manicômios e dos sistemas de controle punitivo que atingem desproporcionalmente os negros” (2018, p. 61).

As prisões são a encarnação do racismo. Como Michelle Alexander<sup>4</sup> salienta, elas constituem a nova [segregação] Jim Crow. E também muito mais; como instituições psiquiátricas com frequência são parte importante do complexo industrial-prisional; tampouco reconhecemos a intersecção entre o complexo industrial-farmacêutico e o complexo industrial-prisional. [...] Tivemos de desaprender o racismo – e não estou falando apenas das pessoas brancas. [...] Não há terapia psicológica suficiente nem treinamentos em grupo que possam lidar de modo eficaz com o racismo neste país, a menos que também comecemos a dismantelar as estruturas do racismo (Davis, 2018, p. 100).

Como justificativa acadêmica, destaca-se a escassez de pesquisas interdisciplinares que dialoguem com a saúde mental desde uma perspectiva decolonial e racializada. Ao se manter o olhar meramente biomédico, perpetua-se a ideia de que os manicômios foram erros médicos e não dispositivos de um projeto político de extermínio<sup>5</sup>. Segundo Bento (2022, p. 132), “[...] o discurso técnico é frequentemente utilizado como neutralizador das relações de poder que sustentam a desigualdade racial”. E, como aponta Fanon (2008, p. 89), “[...] a psiquiatria colonial foi um dos instrumentos mais eficazes da dominação, pois patologizou a resistência e tratou a dor do colonizado como distúrbio”.

Logo, o objetivo central desta pesquisa é demonstrar como o modelo manicomial brasileiro foi atravessado por uma racionalidade higienista, autoritária e racista. A pergunta que orienta este estudo é: de que maneira o discurso psiquiátrico contribuiu para o extermínio e silenciamento de corpos negros e pobres no Brasil? Conforme afirma Foucault (2014, p. 183), “[...] o saber psiquiátrico não é

---

<sup>4</sup> Michelle Alexander é uma jurista e ativista norte-americana que se destacou por sua crítica contundente ao sistema de justiça criminal dos Estados Unidos, especialmente em relação à população negra. Em sua obra mais conhecida, *The New Jim Crow*, Alexander argumenta que a chamada “guerra às drogas” e a política de encarceramento em massa configuram uma nova forma de segregação racial, comparável às leis de Jim Crow que institucionalizaram a discriminação racial no pós-escravidão. Para ela, o sistema penal funciona como um mecanismo de controle social que perpetua a exclusão econômica, política e civil dos afro-americanos, mesmo após conquistas legais dos direitos civis, ao criar uma “casta de párias” marcada pela racialização do crime. Sua análise revela como o racismo estrutural se atualiza por meio das instituições formais do Estado, mantendo a supremacia branca sob uma nova roupagem legalista. Ver: Alexander, M. *A nova segregação: racismo e encarceramento em massa*. São Paulo: Boitempo, 2017.

<sup>5</sup> Os manicômios, longe de serem apenas instituições de tratamento médico, funcionaram historicamente como dispositivos centrais de um projeto político de extermínio, voltado para a eliminação simbólica e física daqueles considerados indesejáveis pelo corpo social. Embasados por uma lógica higienista e eugenista, esses espaços de confinamento legitimaram, sob o discurso da ciência e da psiquiatria, práticas de violência, abandono e morte, voltadas principalmente contra pobres, negros, mulheres, homossexuais e outros sujeitos marginalizados. Ao patologizar a diferença e transformá-la em anormalidade a ser isolada, os manicômios cumpriram o papel de assegurar a ordem social excludente, operando como ferramentas de silenciamento e invisibilização das vidas que não importam. Assim, a loucura foi menos compreendida e cuidada, e mais utilizada como justificativa para uma necropolítica institucionalizada. Ver: Amarante, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.



somente uma ciência da alma, mas uma técnica de enquadramento social e normatização dos comportamentos”. E, para ele, “[...] o asilo produz loucos porque os isola, controla e retira sua fala, sob o pretexto de curá-los” (Foucault, 2014, p. 224).

No período de colonização não contestada pela luta armada, quando a soma das excitações nocivas ultrapassa um certo patamar, as posições defensivas dos colonizados desmoronam, e estes se veem então em grande número nos hospitais psiquiátricos. Há, portanto, nesse período calmo de colonização bem-sucedida, uma regular e importante patologia mental produzida diretamente pela opressão. [...] A verdade é que a colonização, em sua essência, já se apresentava como uma grande fornecedora para os hospitais psiquiátricos. [...] Por ser uma negação sistematizada do outro, uma decisão obstinada de recusar ao outro qualquer atributo de humanidade, o colonialismo força o povo dominado a se perguntar constantemente: ‘Quem sou eu, na realidade?’ (Fanon, 2022, p. 286-287).

Portanto, a escolha teórica por autores como Fanon, Mbembe, Foucault, Arbex, Davis e Bento, entre outros, não é casual, mas estratégica para construir uma crítica radical à instituição psiquiátrica como tecnologia de exclusão racial. É necessário escavar o fundo racial do saber médico-psiquiátrico<sup>6</sup>, que frequentemente se camufla sob a neutralidade científica. Como denuncia Szasz (1970, p. 27): “[...] a doença mental é um mito, uma construção ideológica usada para controlar os desviantes”. E, ainda, “[...] a psiquiatria moderna é uma forma de coerção disfarçada de terapia” (1970, p. 35).

Quer se olhe para o Colônia como campo de morte, quer se observe o discurso da saúde mental contemporânea, o fato é que o racismo permanece como eixo estruturante das políticas de cuidado e punição. Não se pode falar de loucura no Brasil sem falar da cor e da classe dos corpos internados. Como aponta Scheper-Hughes (s/d, p. 112): “[...] a morte social é um processo contínuo para os pobres e os negros nas periferias brasileiras”. E, como ela reforça, “[...] a psiquiatria institucional pode ser compreendida como uma forma de violência estrutural invisível” (Scheper-Hughes, s/d, p. 115).

Antes que se diga que o Colônia é um capítulo superado da história, é preciso lembrar que o Brasil ainda conta com hospitais psiquiátricos, e que a lógica manicomial se reinventa em abrigos, clínicas privadas e sistemas de privação de liberdade. Como reflete Mbembe (2018, p. 122): “[...] a necropolítica se adapta às formas modernas de controle, operando pela administração diferencial das

---

<sup>6</sup> O saber médico-psiquiátrico consolidou-se como um dos principais instrumentos de controle social na modernidade, ao instituir critérios normativos de normalidade e desvio, que permitiram classificar, diagnosticar e confinar sujeitos considerados perigosos, improdutivos ou moralmente desviantes. Ao longo dos séculos XIX e XX, esse saber adquiriu status de verdade científica, legitimando práticas de exclusão como internações compulsórias, tratamentos invasivos e institucionalizações prolongadas, muitas vezes sem respaldo ético ou consentimento. A psiquiatria, ao se aliar ao poder estatal, passou a exercer um papel disciplinador, não apenas no cuidado à saúde mental, mas na regulação dos corpos e condutas, funcionando como uma tecnologia de governo da vida e da subjetividade. O saber psiquiátrico, portanto, não é neutro, mas atravessado por valores, interesses e estruturas de poder que produzem e reproduzem desigualdades. Ver: Foucault, M. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.



existências indesejadas”. E, segundo ele, “[...] não se trata apenas de matar, mas de deixar morrer, de matar lentamente” (2018, p. 124).

Dito isso, reafirma-se que este trabalho pretende contribuir com a construção de uma epistemologia crítica da loucura, que integra raça, gênero e classe em sua análise. O manicômio, tal como o Colônia, não foi apenas um lugar de tratamento, mas um espaço de desaparecimento social e simbólico. Como escreve Arbex (2013, p. 46): “[...] os mortos do Colônia foram apagados da história, como se nunca tivessem existido”. E, parafraseando sua contundente denúncia: “[...] o Brasil construiu um holocausto com trens e jalecos brancos, e o mundo fingiu não ver” (2013, p. 17).

## **2 CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA UMA ANÁLISE CRÍTICA DA LOUCURA RACIALIZADA: ABORDAGEM QUALITATIVA, BIBLIOGRÁFICA E COMPREENSIVA**

Antes que se analise o conteúdo e os dados coletados neste estudo, é essencial explicitar que a pesquisa em questão é de natureza qualitativa, seguindo os fundamentos epistemológicos propostos por Minayo (2007). Conforme destaca a autora, a pesquisa qualitativa “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2007, p. 21), o que é especialmente relevante para investigar fenômenos como a exclusão psiquiátrica e o racismo estrutural. Por conseguinte, trata-se de uma abordagem voltada para a compreensão profunda dos sentidos construídos socialmente. Ainda que muitos estudos recorram a metodologias quantitativas por sua objetividade, esta pesquisa optou por captar “[...] um nível de realidade que não pode ser quantificado” (Minayo, 2007, p. 21), sendo essa a via mais adequada para acessar as camadas simbólicas, políticas e históricas que envolvem o caso de Barbacena.

A pesquisa qualitativa removeu a pesquisa social da ênfase na explicação de causa e efeito e a colocou no caminho da interpretação pessoal. A pesquisa qualitativa é conhecida por sua ênfase no tratamento holístico dos fenômenos. [...] Essas duas visões estão correlacionadas com uma expectativa de que os fenômenos estão intrinsecamente relacionados a muitas ações coincidentes e que compreendê-los exige uma ampla mudança de contextos: temporal e espacial, histórica, política, econômica, cultural, social, pessoal. [...] O conjunto de características e a sequência de acontecimentos são vistos pelas pessoas próximas como (de muitas maneiras) sem precedentes, uma singularidade importante. Os leitores podem ser facilmente atraídos para esse senso de singularidade quando fornecemos relatos experienciais (Stake, 2011, p. 42).

Entretanto, é importante esclarecer que o presente trabalho também se classifica como uma pesquisa bibliográfica e descritiva, conforme a concepção metodológica de Gil (2008). Segundo o autor, “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos” (Gil, 2008, p. 50), o que se adequa à natureza documental deste estudo. Além disso, conforme Gil, “[...] o pesquisador parte da análise de um

material teórico previamente sistematizado, não tendo contato direto com a realidade que estuda” (2008, p. 44), reforçando que este estudo não envolveu entrevistas ou coletas empíricas, mas sim a análise crítica de fontes já produzidas. Dessa forma, a construção teórica e a sistematização do conhecimento foram realizadas a partir da leitura de obras acadêmicas, documentos históricos e reportagens investigativas.

Por isso, delimitou-se como objeto de estudo o Hospital Colônia de Barbacena, uma instituição psiquiátrica emblemática cujos efeitos simbólicos e estruturais atravessam os campos da medicina, da política e do racismo institucional no Brasil. A escolha por esse caso se justifica pelo seu impacto histórico, sendo um ícone da exclusão social sob a justificativa da loucura. Assim, recorreu-se à análise compreensiva de base weberiana, considerando que “[...] compreender significa interpretar os sentidos que os sujeitos atribuem às suas ações” (Weber apud Minayo, 2007, p. 62), e que tais sentidos estão historicamente situados. Além disso, “[...] o método compreensivo se baseia no esforço de captar as significações que orientam as práticas sociais” (Minayo, 2007, p. 63), o que permitiu interpretar criticamente o processo de racialização da loucura e da patologização da diferença.

Contudo, a análise realizada não se limitou à observação dos fatos, mas fundamentou-se em uma densa articulação teórica com autores clássicos e contemporâneos que problematizam o poder disciplinar, a medicalização e o racismo estrutural. Foram utilizados os aportes de Michel Foucault, Frantz Fanon, Achille Mbembe, Cida Bento, Daniela Arbex, Erving Goffman, Thomas Szasz, R.D. Laing, Nise da Silveira, Franco Basaglia, entre outros. Conforme Gil (2008, p. 49), “[...] o uso de fontes diversificadas enriquece a análise e permite ao pesquisador uma visão mais crítica e abrangente do objeto”. Além disso, como aponta o autor, “[...] a pesquisa descritiva tem como preocupação central a exposição detalhada das características de determinado fenômeno” (2008, p. 27), sendo esse o objetivo aqui perseguido ao narrar, historicizar e interpretar os sentidos sociopolíticos atribuídos ao manicômio de Barbacena.

Logo, o trabalho analítico empreendido se deu por meio de categorias centrais que emergem da literatura utilizada e dos próprios relatos sobre o Colônia, como racismo estrutural, dispositivo manicomial, medicalização da diferença, loucura racializada e necropolítica. A fim de garantir um tratamento metodológico coerente com a natureza do fenômeno estudado, adotou-se o que Minayo define como “[...] análise interpretativa, baseada em categorias teóricas e empíricas que se constroem no decorrer da leitura reflexiva dos dados” (2007, p. 83). Para isso, o percurso metodológico foi flexível, pois, segundo a autora, “[...] a pesquisa qualitativa não se realiza a partir de um roteiro rígido, mas por meio de um processo contínuo de interpretação” (Minayo, 2007, p. 23), o que permitiu adequar as categorias de análise conforme os dados emergiram das fontes.

Entretanto, cabe aqui reconhecer as limitações deste estudo. Por tratar-se de uma pesquisa eminentemente bibliográfica, não foram realizadas entrevistas com sobreviventes, nem observações diretas em instituições psiquiátricas contemporâneas. Essa delimitação metodológica, embora coerente com os objetivos teóricos do trabalho, restringe a possibilidade de captar a dimensão vivencial dos sujeitos afetados pelas práticas analisadas. Conforme salienta Gil (2008, p. 57), “[...] a pesquisa bibliográfica não substitui a pesquisa de campo, mas serve como base para sua realização futura”. Além disso, “[...] ela permite uma visão crítica inicial do tema, o que é fundamental para investigações posteriores mais aprofundadas” (2008, p. 58), sendo este o horizonte que se vislumbra para os desdobramentos desta análise.

Por conseguinte, a escolha pela abordagem qualitativa não se deu por conveniência, mas sim por sua capacidade epistemológica de compreender realidades atravessadas por múltiplas determinações simbólicas, políticas e históricas. Ainda que a objetividade seja um critério valorizado nas ciências, é necessário reconhecer, como afirma Minayo (2007, p. 24), que “[...] na pesquisa qualitativa, o objeto de estudo é constituído por significados, e não por dados passíveis de mensuração”. Assim, para investigar os dispositivos de exclusão institucional que atuaram no Hospital Colônia de Barbacena, foi imprescindível lançar mão de “[...] estratégias que permitam captar os sentidos subjetivos das práticas sociais” (Minayo, 2007, p. 65), o que só a abordagem qualitativa possibilita de modo eficaz.

O conhecimento dos significados, valores, atitudes e representações sociais dos diversos atores sociais envolvidos, bem como da lógica interna de seu discurso e de suas práticas, requer do pesquisador a habilidade de captar o sentido que esses atores dão às suas ações, relações e mundo. [...] É nesse processo que se delinea o compromisso com a interpretação e a reconstrução dos significados, não como um dado objetivo, mas como produto da interação entre sujeito e objeto no processo de pesquisa (Minayo, 2007, p. 65).

Portanto, reafirma-se que a natureza qualitativa desta pesquisa está plenamente justificada diante do desafio analítico proposto: compreender como a psiquiatria institucionalizada se articulou ao racismo estrutural para legitimar a exclusão de corpos negros e pobres no Brasil. Em consonância com essa proposta, Gil (2008, p. 64) defende que “[...] a clareza quanto à escolha metodológica é essencial para que o leitor compreenda os limites e alcances da investigação”. E, ainda segundo ele, “[...] é necessário que o pesquisador tenha consciência crítica da sua posição teórica, pois a pesquisa social não é neutra” (Gil, 2008, p. 65). Nesse sentido, o presente estudo se inscreve na tradição crítica, comprometida com a denúncia das formas de violência simbólica e material que se ocultam sob o manto do saber técnico e institucional.

### **3 PSQUIATRIA E RACISMO: O HOLOCAUSTO PSQUIÁTRICO NO HOSPÍCIO DE BARBACENA E O RACISMO CONTRA NEGROS NO BRASIL**

Ainda que a história oficial da medicina celebre o surgimento da clínica como um marco civilizatório, Michel Foucault propõe uma leitura crítica sobre a constituição da psiquiatria como saber moderno. Para o autor, a medicalização da diferença operou não como um avanço humanitário, mas como um modo disciplinar de controle social. Como ele aponta, “[...] a doença mental, nas significações que ora lhe atribuímos, torna-se então possível” somente com a figura central do médico no asilo (Foucault, 2014, p. 918). E ainda ressalta que “[...] a loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele”, pois o asilo se converteu num “espaço judiciário” onde se é “acusado, julgado e condenado” (2014, p. 918).

Por isso, o nascimento da clínica representa, segundo Foucault, o início de uma nova forma de produção de saber que esquadrinha, normatiza e separa os corpos. O olhar clínico torna-se, então, um dispositivo de poder que transforma o sujeito em objeto de vigilância contínua. Como ele descreve: “[...] o hospital torna-se, assim, nas palavras de Foucault, o *a priori* da medicina moderna” (Foucault apud Amarante, 1998, p. 36). Nesse sentido, o hospital psiquiátrico não emerge como espaço neutro de cuidado, mas como local de imposição de normas, pois “[...] a medicina torna a loucura ao mesmo tempo visível e invisível” (Amarante, 1998, p. 42).

Foucault, em *O Nascimento da Clínica* (Foucault, 1977), descreve a transformação do hospital (etimologicamente hospedaria, hospedagem, hotel) em uma instituição medicalizada, pela ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e esquadrinhamento médicos. O hospital torna-se, assim, nas palavras de Foucault, o *a priori* da medicina moderna. [...] A doença se desdobra por reagrupamento – diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta. Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são efetivamente doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar (Amarante, 1998, p. 36).

Portanto, a psiquiatria nasce imbricada na lógica de exclusão e moralização da diferença, articulando-se a uma razão disciplinadora. A constituição da figura do médico como autoridade moral e científica se deu paralelamente à medicalização da alteridade. Conforme Foucault, “[...] o internamento clássico havia criado um estado de alienação que só existia do lado de fora [...] Pinel e Tuke [...] interiorizaram a alienação” (2014, p. 897). Além disso, ele assinala que “[...] o verdadeiro tratamento psíquico [...] pressupõe que o doente é razoável e encontra aí um sólido ponto para abordá-lo desse lado” (2014, p. 897).

Contudo, é na figura de Philippe Pinel<sup>7</sup> que encontramos o paradoxo fundador da psiquiatria: ao mesmo tempo libertador e regulador, seu gesto simbólico de romper as correntes dos internos fundou um novo modelo de contenção. Como Foucault observa: “[...] Pinel viu-se investido de um extraordinário poder moral [...] para avaliar as dimensões médicas da loucura, libertar vítimas e denunciar suspeitos” (2014, p. 884). Mas também, “[...] a libertação assume aqui um sentido paradoxal [...] o mutismo de todos o aprisiona no uso restrito de uma liberdade vazia” (Foucault, 2014, p. 919).

O asilo de Pinel, retirado do mundo, não será um espaço de natureza e de verdade imediata como o de Tuke, mas um domínio uniforme da legislação, um lugar de sínteses morais onde se apagam as alienações que nascem nos limites exteriores da sociedade. Toda a vida dos internos, todo o comportamento dos vigilantes em relação a eles, bem como o dos médicos, são organizados por Pinel para que essas sínteses morais se efetuem. [...] Essa proibição, observada rigorosamente, produz sobre esse homem tão cheio de si mesmo um efeito bem mais sensível que as correntes e a cela; sente-se humilhado pelo abandono e pelo novo isolamento em meio de sua plena liberdade (Foucault, 2014, p. 918-919).

Assim, Pinel representa um divisor de águas: fundador da clínica moderna, ele encarna também o controle moral que passou a reger o tratamento dos alienados. Seu discurso é ambivalente: promove a humanização, mas inscreve a loucura no campo da norma burguesa. Como ele próprio escreve: “[...] o verdadeiro tratamento humano da loucura [...] pressupõe que o doente é razoável” (1809, p. 36). E ainda defende que “[...] a alienação não é perda da razão, mas uma contradição dentro desta”, revelando o esforço de reconduzir o desvio à lógica racional (1809, p. 37).

Logo, o espaço asilar torna-se, sob a lógica de Pinel, um território de sínteses morais, onde a cura passa pela obediência e adequação aos valores dominantes. Foucault é incisivo ao apontar: “[...] o asilo de Pinel é um domínio uniforme da legislação, onde se apagam as alienações que nascem nos limites exteriores da sociedade” (2014, p. 918). E reforça que “[...] toda a vida dos internos [...] são organizadas por Pinel para que essas sínteses morais se efetuem” (Foucault, 2014, p. 918).

Por conseguinte, a institucionalização da loucura não apenas retira o sujeito do convívio social, mas o inscreve em um espaço de moralização e disciplinamento. Como observa Amarante, “[...] o modelo pineliano é criticado pelo seu caráter fechado e autoritário” (1998, p. 38). E esse modelo ainda

---

<sup>7</sup> Philippe Pinel é frequentemente lembrado como uma figura central na história da psiquiatria, sobretudo por seu gesto simbólico de libertar os loucos acorrentados no Hospital de Bicêtre, na França, no final do século XVIII. Considerado um dos fundadores da psiquiatria moderna, Pinel propôs uma abordagem mais humanizada ao tratamento dos chamados alienados, introduzindo o que denominou de “tratamento moral”, baseado no diálogo, disciplina e vigilância contínua. No entanto, embora sua atuação tenha representado um avanço em relação às práticas brutais anteriores, muitos estudiosos, como Foucault, destacam que essa mudança não aboliu a violência institucional, mas apenas a reformulou sob novos códigos. O que antes era força física passou a ser controle moral, instituindo uma nova racionalidade sobre a loucura, ainda fundamentada na exclusão e na normatização dos sujeitos desviantes. Ver: Foucault, M. *História da loucura na Idade Clássica* (7. ed.). São Paulo: Perspectiva, 2014.

serviu de base para as colônias de alienados, que “[...] em que pese seu princípio de liberdade [...] não se diferenciam dos asilos pinelianos” (Amarante, 1998, p. 39).

Entretanto, a análise foucaultiana do nascimento do hospital psiquiátrico permite ver como o saber médico não é neutro, mas profundamente articulado a práticas de exclusão. Segundo Foucault, “[...] a loucura só escapou ao arbitrário para entrar num processo indefinido [...] cuja única saída é o eterno recomeçar sob a forma interiorizada do remorso” (2014, p. 918). E conclui que “[...] o médico se transforma na figura essencial do asilo [...] e comanda a entrada nesse espaço de controle” (2014, p. 918).

Ao silêncio, ao reconhecimento pelo espelho, a esse eterno julgamento, seria preciso acrescentar uma quarta estrutura própria do mundo asilar, tal como ele se constitui ao final do século XVIII: é a apoteose da personagem do médico. De todas, ela é sem dúvida a mais importante, pois vai autorizar não apenas novos contatos entre o médico e o doente, mas um novo relacionamento entre a alienação e o pensamento médico e, enfim, comandar toda a experiência moderna da loucura. [...] Agora ele se transforma na figura essencial do asilo. Ele comanda a entrada no asilo. [...] Desde o fim do século XVIII, o certificado médico tinha-se tornado mais ou menos obrigatório para o internamento dos loucos. [...] No entanto, e isto é essencial, a intervenção do médico não se faz em virtude de um saber ou de um poder médico que ele deteria [...] mas como sábio (Foucault, 2014, p. 926-927).

Não obstante, Erving Goffman amplia esse diagnóstico ao propor o conceito de “instituições totais” para descrever os espaços onde indivíduos são internados e submetidos a uma vida padronizada e controlada em todos os aspectos. Para ele, esses lugares operam a despersonalização dos sujeitos, eliminando sua individualidade. Conforme Goffman (1961, p. 13), “[...] a característica central da instituição total é a barreira ao mundo externo, tanto física quanto simbólica”. E complementa que “[...] nesses locais, o indivíduo é obrigado a desempenhar papéis prescritos, segundo uma lógica hierárquica rígida” (1961, p. 16).

O hospital psiquiátrico representa um tipo desses estabelecimentos singularmente propício ao desenvolvimento da vida íntima. [...] O estigma da doença mental e a hospitalização involuntária são os meios com que respondemos a essas infrações contra a norma de correção. [...] Do ponto de vista do paciente, recusar-se a trocar uma só palavra com o pessoal ou com seus companheiros de internação pode ser um testemunho suficiente de que rejeita o conceito que a instituição tem sobre quem ele é. [...] Em suma, a hospitalização psiquiátrica impede todas as manobras do paciente e tende a lhe retirar até mesmo as expressões mais comuns pelas quais os seres humanos resistem ao domínio das organizações: a insolência, o silêncio, os comentários murmurados, a indocilidade, a destruição maliciosa de certos elementos da ambientação interna<sup>8</sup> (Goffman, 1961, p. 135-136).

---

<sup>8</sup> Tradução nossa. Ver referências.



Portanto, o surgimento da psiquiatria não pode ser dissociado de sua função social de normatizar e excluir. Como Foucault enfatiza: “[...] a medicina mental nasceu do cruzamento entre razão e exclusão, num movimento de domesticação do desvio” (Foucault apud Amarante, 1998, p. 54). E, como reforça Amarante: “[...] a constituição da doença mental é inseparável de um paradigma de periculosidade social” (1998, p. 56).

Dito isso, embora o discurso oficial sobre a psiquiatria tenha sustentado por décadas a ideia de que os hospitais seriam espaços terapêuticos, o Colônia de Barbacena revelou-se como o extremo oposto: um centro de exclusão institucionalizada. O hospital funcionava como o fim da linha para os considerados “desajustados”, e sua arquitetura moral estava fundamentada na exclusão. Como afirma Arbex (2013, p. 18), “[...] cerca de 70% dos internos não tinham diagnóstico psiquiátrico; eram pobres, analfabetos, a maioria negros, homossexuais, alcoólatras, prostitutas, meninas grávidas, mulheres que perderam a virgindade fora do casamento”. E reforça que “[...] pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força”.

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. [...] Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou – se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (Arbex, 2013, p. 18).

Como exposto no texto, o Colônia de Barbacena deve ser compreendido como um espaço de segregação social que operava sob a aparência da cura, mas cujo real objetivo era o silenciamento de corpos incômodos. Conforme relata Arbex (2013, p. 17), “[...] quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários”. E ainda acrescenta: “[...] a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública” (2013, p. 18).

Assim, o manicômio tornou-se o palco de um genocídio silencioso, onde as mortes diárias eram naturalizadas pela estrutura institucional. Segundo a autora, “[...] nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade” afirma Arbex (2013, p. 64). Além disso, “[...] entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse” (2013, p. 65).

E se a morte era cotidiana, ela também era lucrativa. A gestão da morte, a comercialização de corpos e a omissão do Estado revelam o manicômio como um aparelho biopolítico<sup>9</sup> de produção da morte. Conforme descreve Arbex (2013, p. 66), “[...] quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes”. E completa que “[...] nada se perdia, exceto a vida” (2013, p. 66). Assim, como afirma Mbembe (2018 p. 5-6):

[...] 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. Ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder. [...] A guerra, afinal, é tanto um meio de alcançar a soberania como uma forma de exercer o direito de matar. Se considerarmos a política uma forma de guerra, então, ela tende a funcionar em nome da destruição das pessoas e da criação de mundos de morte, nos quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o estatuto de ‘mortos-vivos’.

Desse modo, o manicômio também foi um espaço de violências e “violentas guerras sistemáticas” que atingiam especialmente pessoas pobres, crianças, mulheres, negros. Arbex narra: “[...] pelo menos trinta bebês foram roubados de suas mães. [...] as pacientes conseguiam proteger sua gravidez passando fezes sobre a barriga para não serem tocadas” (2013, p. 67). E cita o caso de Débora Soares: “[...] dez dias depois do parto, foi adotada por uma funcionária do hospício” (2013, p. 68). Dito isso, Ângela Davis (2018), articula de forma contundente a violência contra mulheres negras à violência institucional e estatal – tema diretamente relacionado ao contexto das mulheres internadas e violentadas no Hospital Colônia de Barbacena:

[...] muitos aspectos da condição feminina negra ontem e hoje aparecem como dados fundamentais para pensarmos nossa realidade de um ponto de vista feminista negro. Aspectos relativos à experiência de mulheres negras durante a escravidão, por exemplo – como quando a autora descreve uma cena comum no período, em que uma mulher negra escravizada e recém-parida é chicoteada, e o sangue escorre de seu corpo junto com o leite de seu peito –, confrontam uma narrativa que invisibiliza a experiência da mulher negra e questiona o verdadeiro significado da maternidade, como uma condição feminina para mulheres racialmente identificadas. A correlação entre as categorias de opressão de gênero, raça e classe antecipa, portanto, o debate sobre a interseccionalidade, conceito fundamental para pensar nossa experiência hoje (p. 85).

---

<sup>9</sup> A análise crítica do manicômio sob a ótica da biopolítica revela que essas instituições funcionaram como verdadeiros aparelhos de gestão da vida e da morte, controlando populações consideradas desviantes sob o pretexto de cuidado e tratamento. Ao internalizar a lógica da disciplina e do controle, o manicômio se tornou um instrumento privilegiado do poder moderno, operando na fronteira entre o normal e o patológico, entre o incluído e o excluído. Michel Foucault aponta que, nesse contexto, a loucura deixou de ser apenas um fenômeno clínico para se tornar uma categoria política, sobre a qual o Estado exerce seu poder de normatização, vigilância e punição. Dessa forma, o manicômio evidencia como o saber psiquiátrico, aliado às estratégias estatais, serviu para administrar corpos indesejáveis e regular a vida social, instituindo uma biopolítica da exclusão. Ver: Foucault, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Logo, o Colônia não era apenas um hospital, mas um campo de extermínio cuidadosamente mantido. Como afirma Basaglia ao visitar a instituição: “[...] estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como esta” (Arbex, 2013, p. 73). E a autora complementa que “[...] nenhuma violação dos direitos humanos mais básicos se sustenta por tanto tempo sem a nossa omissão” (2013, p. 74).

Portanto, o manicômio operava como um dispositivo estatal de contenção, institucionalizando a morte em vida. Como relata Arbex (2013, p. 75): “[...] o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente”. E conclui que “[...] é permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma” (2013, p. 75).

A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma correlação e identificação entre punição e terapeutização, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e de equilíbrio. Desta forma, a relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico. [...] É a passagem de uma visão trágica da loucura – perfeitamente integrada no universo social do renascimento – para uma visão crítica, produtora de redução, exclusão e morte social (Amarante, 1998, p. 25).

E ainda que as denúncias tenham sido feitas, o silêncio social e institucional permitiu a continuidade do horror. Conforme diz a autora, “[...] o hospital estava blindado. Hiram não só conseguiu entrar no Colônia, mas também despertar na sociedade a necessidade de mobilização” (Arbex, 2013, p. 122). E rememora o depoimento de um fotógrafo: “[...] aquilo não é um acidente, mas um assassinato em massa” (2013, p. 125).

Não obstante, o manicômio também funcionava como depósito de “desafetos”, ou seja, de pessoas que se tornavam incômodas para os que detinham poder. Segundo Arbex (2013, p. 18), “[...] eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento, homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos”. E acrescenta: “[...] alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças” (2013, p. 18).

Assim, como bem aponta Arbex (2013, p. 92), “[...] o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres [...] e todos os tipos de indesejados”. E a conclusão é inescapável: “[...] sessenta mil pessoas perderam a vida no Colônia. [...] Restam hoje menos de 200 sobreviventes dessa tragédia silenciosa” (2013, p. 93).

Diante desse contexto, ainda que a psiquiatria se apresente como ciência neutra e terapêutica, sua história revela um vínculo profundo com os dispositivos de exclusão, por exemplo, racial. A associação entre a loucura e a desumanização do sujeito negro não é apenas simbólica, mas funcional no interior das instituições psiquiátricas. Segundo Fanon (2008, p. 83), “[...] o negro é comparado ao animal, é infantilizado, transformado em objeto que o branco pode manipular, avaliar, classificar”. E ele acrescenta: “[...] o racismo retira do negro não apenas sua dignidade, mas também seu estatuto de sujeito” (2008, p. 84).

[...] gostaria de transformar o negro em um ser de ação. Isto é importante por causa das barreiras à liberdade em ambientes racistas e coloniais. O problema torna-se mais agudo no capítulo sobre a psicopatologia, onde o mundo moderno não tem uma noção coerente sobre o que seja uma pessoa negra normal ou um adulto negro. O comportamento patológico é frequentemente apresentado como ‘autenticamente’ negro. Caso um negro ou uma negra não se comportem como tais, seriam considerados ‘inautênticos’, o que resulta em uma confirmação da patologia. O efeito disso era corriqueiro numa época em que, no mundo anglófono, negros adultos, homens e mulheres, eram chamados de ‘menino’ (boy) ou ‘menina’ (girl), mas ainda hoje influencia a cultura popular, na medida em que os adolescentes negros dominam a representação do negro (Fanon, 2008, p. 16).

Por isso, a racialização da loucura opera como uma forma de apagamento da subjetividade negra, marcando esses corpos como desviantes da norma branca, burguesa e colonial. Conforme Fanon (2022, p. 286), “[...] a colonização, em sua essência, já se apresentava como uma grande fornecedora para os hospitais psiquiátricos”. E ele observa ainda que “[...] o colonialismo força o povo dominado a se perguntar constantemente: ‘Quem sou eu, na realidade?’” (2022, p. 287).

Portanto, a loucura, no contexto do racismo estrutural, não é apenas um sintoma clínico, mas uma construção política que determina quem pode ser considerado são ou insano. Mbembe (2018, p. 17) afirma que “[...] na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado”. E explica que “[...] o racismo é uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, ‘este velho direito soberano de matar’” (2018, p. 17).

Assim, o Estado moderno, por meio de suas instituições psiquiátricas, define e administra os corpos que devem ser mantidos vivos ou deixados à morte. Segundo Mbembe (2018, p. 71), “[...] a necropolítica permite que se organizem zonas em que a segurança é garantida apenas pelo extermínio dos inimigos”. E complementa: “[...] essas zonas de morte não são exceções, mas cada vez mais, estruturas regulares da administração de populações negras, indígenas e marginalizadas” (Mbembe, 2018, p. 73).

Não obstante, essa lógica necropolítica de administração da vida e da morte é sustentada por uma engrenagem institucional silenciosa que mantém o privilégio racial. É o que Cida Bento

denomina de pacto da branquitude<sup>10</sup>. Segundo a autora, “[...] o pacto narcísico da branquitude atua para silenciar as desigualdades que ela própria produz e sustenta” (Bento, 2022, p. 32). E ela destaca que “[...] os efeitos desse pacto são observáveis nas instituições, nos currículos escolares, nas seleções de pessoal e, sobretudo, no acesso desigual à saúde e à justiça” (2022, p. 33).

As instituições públicas, privadas e da sociedade civil definem, regulamentam e transmitem um modo de funcionamento que torna homogêneo e uniforme não só processos, ferramentas, sistema de valores, mas também o perfil de seus empregados e lideranças, majoritariamente masculino e branco. [...] Esse fenômeno tem um nome, branquitude, e sua perpetuação no tempo se deve a um pacto de cumplicidade não verbalizado entre pessoas brancas, que visa manter seus privilégios. [...] As formas de exclusão e de manutenção de privilégios nos mais diferentes tipos de instituições são similares e sistematicamente negadas ou silenciadas (Bento, 2022, p. 36).

Portanto, o pacto da branquitude opera como matriz invisível que estrutura a produção do saber psiquiátrico e justifica a exclusão racial nos espaços institucionais. Conforme Bento (2022, p. 41), “[...] os lugares de poder são ocupados por pessoas brancas e os lugares de exclusão são majoritariamente negros. Essa segregação é naturalizada como se fosse uma consequência do mérito individual”. E ela ressalta: “[...] a branquitude tem como uma de suas estratégias a negação da existência do racismo, o que a torna ainda mais perigosa e difícil de ser desvelada” (2022, p. 42).

Além disso, o racismo institucional se perpetua por meio da linguagem técnica, que camufla as desigualdades estruturais sob o manto da neutralidade científica. Para Fanon (2008, p. 112), “[...] a psiquiatria colonial patologizou a resistência dos colonizados e tratou sua revolta como delírio”. E ele observa que “[...] a objetificação do negro pelo saber colonial o transforma em algo a ser controlado e silenciado” (2008, p. 113).

Assim vem sendo construída a história de instituições e da sociedade onde a presença e a contribuição negras se tornam invisibilizadas. As instituições públicas, privadas e da sociedade civil definem, regulamentam e transmitem um modo de funcionamento que torna homogêneo e uniforme não só processos, ferramentas, sistema de valores, mas também o perfil de seus empregados e lideranças, majoritariamente masculino e branco. [...] Esse fenômeno tem um nome, branquitude, e sua perpetuação no tempo se deve a um pacto de cumplicidade não verbalizado entre pessoas brancas, que visa manter seus privilégios. [...] É evidente que os brancos não promovem reuniões secretas às cinco da manhã para definir como vão manter seus privilégios e excluir os negros. Mas é como se assim fosse: as formas de

---

<sup>10</sup> O conceito de pacto da branquitude, formulado por Cida Bento, descreve os mecanismos conscientes e inconscientes de manutenção dos privilégios das pessoas brancas em detrimento da população negra, operando de forma silenciosa e estrutural em diversos espaços sociais, como o mercado de trabalho, as instituições educacionais e os sistemas de saúde e justiça. Trata-se de um acordo não verbalizado, mas amplamente praticado, que naturaliza a exclusão dos negros dos espaços de poder e decisão, ao mesmo tempo em que preserva os lugares de privilégio dos brancos, independentemente de seu mérito ou competência. Esse pacto é sustentado por uma rede de cumplicidades que evita o enfrentamento do racismo estrutural e bloqueia a ascensão social e política dos negros, perpetuando desigualdades históricas sob a aparência de neutralidade e meritocracia. Ver: Bento, M. A. da S. *O pacto da branquitude* (2. ed.). São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

exclusão e de manutenção de privilégios nos mais diferentes tipos de instituições são similares e sistematicamente negadas ou silenciadas (Bento, 2022, p. 36-37).

Por conseguinte, a loucura se torna, para os corpos negros, uma metáfora e uma ferramenta de exclusão, pois sua humanidade é constantemente colocada sob suspeita. Como afirma Mbembe (2018, p. 79), “[...] nas zonas onde o necropoder se instala, a morte não é um evento, mas uma condição permanente de vida”. E ele enfatiza: “[...] ser negro em sociedades fundadas sobre a racialização é viver sob ameaça constante de aniquilação” (Mbembe, 2018, p. 81).

Ainda que muitas instituições se digam democráticas, a permanência de práticas racistas mostra que a psiquiatria não escapou da lógica colonial. Para Bento (2022, p. 132): “[...] o discurso técnico é frequentemente utilizado como neutralizador das relações de poder que sustentam a desigualdade racial”. E ela reitera que “[...] enquanto não rompemos com esse pacto, seguimos reproduzindo um sistema de apartheid institucional velado” (2022, p. 133).

Assim, a racialização da loucura evidencia que a psiquiatria, longe de ser neutra, é parte de uma engrenagem maior de controle social que legitima o extermínio simbólico e físico dos corpos negros. Fanon (2022, p. 271) argumenta que “[...] a psiquiatria colonial nunca quis compreender o colonizado; seu papel era mantê-lo sob controle”. E completa: “[...] o silêncio do negro não é apenas ausência de fala, mas uma fala interdita pelo poder branco” (2022, p. 273).

A verdade é que a colonização, em sua essência, já se apresentava como uma grande fornecedora para os hospitais psiquiátricos. Em diferentes trabalhos científicos, desde 1954, temos chamado a atenção dos psiquiatras franceses e internacionais para a dificuldade de ‘curar’ corretamente um colonizado, isto é, torná-lo homogêneo a um meio social de tipo colonial. Por ser uma negação sistematizada do outro, uma decisão obstinada de recusar ao outro qualquer atributo de humanidade, o colonialismo força o povo dominado a se perguntar constantemente: ‘Quem sou eu, na realidade?’ (Fanon, 2022, p. 271).

Dito isso, ainda que o manicômio tenha se apresentado historicamente como espaço terapêutico, autores como Franco Basaglia escancararam sua função de exclusão, especialmente de sujeitos considerados socialmente desviantes. Ao analisar a realidade institucional, Basaglia afirma: “[...] o hospital psiquiátrico é o local onde se realiza a violência da exclusão social sob o disfarce do cuidado” (Basaglia, 1987, p. 75). E completa: “[...] a psiquiatria transforma o desvio em patologia, legitimando o confinamento dos pobres, negros, dissidentes e errantes” (1987, p. 82).

Portanto, a crítica basagliana ao manicômio é, também, uma denúncia das estruturas de poder que autorizam o encarceramento de corpos racializados. Segundo ele, “[...] a instituição psiquiátrica é a resposta repressiva de uma sociedade incapaz de lidar com a diferença” (Basaglia, 2011, p. 123).



E reforça: “[...] o manicômio é o espelho de uma sociedade que prefere o silêncio do excluído à complexidade de sua escuta” (2011, p. 127).

O manicômio concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença. [...] A tradição iniciada por Franco Basaglia [...] traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento ‘político’: traz a *polis* e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam (Amarante, 1998, p. 53).

Contudo, essa crítica não se limita ao campo europeu. Paulo Amarante, ao discutir a Reforma Psiquiátrica brasileira, mostra que a tradição basagliana teve ressonância direta nas lutas contra o modelo manicomial no Brasil. Como explica: “[...] o manicômio concretiza a metáfora da exclusão que a modernidade produz na relação com a diferença” (Amarante, 1998, p. 34). E acrescenta: “[...] o saber médico transforma comportamentos em patologias, moraliza a diferença e legitima a exclusão” (1998, p. 35).

Assim, o modelo psiquiátrico tradicional é confrontado por uma nova ética, que busca desmontar a aliança entre ciência e exclusão. Para Amarante, “[...] é urgente rever as relações que fundam a prática psiquiátrica, marcadas por tutela, hierarquia e violência simbólica” (1998, p. 36). E aponta que “[...] a tradição crítica da psiquiatria incorpora os movimentos sociais como atores centrais da transformação” (1998, p. 37).

Entretanto, não é apenas Basaglia ou Amarante que denunciam o saber psiquiátrico como instrumento de controle. Thomas Szasz, por exemplo, destaca que “[...] o conceito de doença mental é um mito criado para justificar a medicalização da conduta” (Szasz, 1994, p. 31). E complementa: “[...] o discurso psiquiátrico serve para rotular e neutralizar comportamentos que ameaçam a norma” (Szasz, 1994, p. 37).

A psiquiatria não é, como se costuma acreditar, uma especialidade médica neutra voltada ao diagnóstico e tratamento de doenças. Ela é, antes, uma tecnologia de controle social disfarçada de medicina. O 'doente mental' não é um paciente no sentido tradicional, mas uma pessoa que perturba ou ameaça a ordem estabelecida. [...] Rotular alguém como doente mental é uma manobra retórica e política: significa colocá-lo fora do discurso racional, privando-o de credibilidade e de direitos. E, em sociedades racialmente estratificadas, como a norte-americana ou a brasileira, essa rotulação recai de modo desproporcional sobre os membros dos grupos subalternos, especialmente os negros, que são percebidos como ‘perigosos’ ou ‘desviantes’ por sua mera presença (Szasz, 1994, p. 58).

Logo, ao tratar a diferença como sintoma, a psiquiatria atua como instância de repressão e normalização. Como observa Szasz: “[...] a psiquiatria moderna é uma forma de coerção moral

disfarçada de ciência médica” (1970, p. 12). E ele enfatiza: “[...] a internação involuntária é o equivalente psiquiátrico da prisão política” (Szasz, 1970, p. 19). Além disso, R. D. Laing traz uma crítica existencial e fenomenológica à psiquiatria, destacando que “[...] o louco não é um doente, mas um ser em crise existencial” (1968, p. 43). E argumenta que “[...] a loucura pode ser um caminho de resistência ao mundo insano da normalidade imposta” (Laing, 1968, p. 51).

Ou seja, Laing recusa a ideia de que o sofrimento mental seja algo a ser curado em moldes disciplinares. Segundo ele, “[...] a psiquiatria nega a alteridade ao impor narrativas médicas que anulam a singularidade do sujeito” (Laing, 2010, p. 87). E conclui: “[...] patologizar o diferente é um ato de violência epistemológica” (Laing, 2010, p. 89). Dito isso, a Reforma Psiquiátrica brasileira não pode ser compreendida apenas como política de saúde, mas como um projeto de enfrentamento das formas de opressão institucional. Amarante afirma: “[...] a tradição crítica coloca em xeque a neutralidade da ciência psiquiátrica e revela seu vínculo com projetos de exclusão social” (1998, p. 38). E defende: “[...] a cidadania dos usuários deve estar no centro da política de saúde mental” (1998, p. 39).

Neste sentido, desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos. [...] A trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas. Ainda segundo Amarante, tal ruptura teria sido operada tanto em relação à psiquiatria tradicional (o dispositivo da alienação), quanto em relação à nova psiquiatria (o dispositivo de saúde mental) (Amarante, 1998, p. 61).

Por isso, é urgente racializar a crítica antimanicomial. A intersecção entre raça, classe e sofrimento psíquico foi invisibilizada por muito tempo, mas é ela que sustenta o encarceramento manicomial. Como destaca Basaglia: “[...] os pobres e negros sempre foram os principais habitantes dos manicômios, não por serem loucos, mas por serem indesejados” (1968, p. 56). E finaliza: “[...] o manicômio é uma invenção da sociedade para esconder os que ela recusa reconhecer como seus” (1968, p. 60).

Este momento revela a estrutura social excludente e fundamenta três pilares de crítica da tradição basagliana: ‘a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem de classe das pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência’ (Barros, 1994:60). Na realidade, o problema das instituições psiquiátricas revelava uma questão das mais fundamentais: a impossibilidade, historicamente construída, de trato com a diferença e os diferentes. Em um universo das igualdades, os loucos e todas as maiorias feitas minorias ganham identidades redutoras da complexidade de suas existências. Opera-se uma identificação entre diferença e exclusão no contexto das liberdades formais e, no caso da loucura, o dispositivo médico alia-

se ao jurídico, a fim de basear leis e, assim, regulamentar e sancionar a tutela e a irresponsabilidade social (Amarante, 1998, p. 62).

Como podemos denotar, essa passagem contribui para aprofundar o argumento de que o manicômio serviu como espaço de contenção dos “diferentes”, sobretudo negros e pobres, cuja existência questiona a ordem social racista. A crítica de Amarante, inspirada diretamente em Basaglia, evidencia como o manicômio é uma construção política que articula ciência, justiça e exclusão. Ainda que o discurso manicomial tenha se travestido de saber científico, a experiência do Hospício de Barbacena revela um dispositivo de exclusão racial disfarçado de cuidado. O hospital funcionava como um mecanismo de “limpeza social”, em que a pobreza e a negritude eram capturadas sob a lógica do higienismo. Conforme Nancy Scheper-Hughes (2004, p. 22), “[...] as instituições do Estado produzem categorias de seres humanos descartáveis [...] que são mantidos vivos apenas para morrer lentamente, à margem da dignidade social.” E completa: “[...] essas pessoas vivem à beira da morte, privadas de alimento, cuidado e reconhecimento, situadas numa zona de indiferença moral” (Scheper-Hughes, 2004, p. 27).

Por isso, não é exagero afirmar que o manicômio operava como um campo de concentração simbólico, onde os corpos racializados eram desumanizados e esquecidos. A necropolítica, segundo Achille Mbembe (2018, p. 28), “[...] refere-se às formas contemporâneas de submissão da vida ao poder da morte [...], em que vastas populações são submetidas a condições de existência que lhes conferem o estatuto de mortos-vivos.” E conclui que “[...] o objetivo é a destruição máxima das pessoas por meio da criação de mundos de morte, onde o viver é apenas uma forma de morte prolongada” (2018, p. 30). Dito isso, Achille Mbembe, fundamenta com precisão a análise sobre o manicômio como campo de concentração simbólico e a racialização da morte enquanto política institucionalizada:

[...] as formas contemporâneas que subjagam a vida ao poder da morte (necropolítica) reconfiguram profundamente as relações entre resistência, sacrifício e terror. Tentei demonstrar que a noção de biopoder é insuficiente para dar conta das formas contemporâneas de submissão da vida ao poder da morte. Além disso, propus a noção de necropolítica e de necropoder para dar conta das várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, as armas de fogo são dispostas com o objetivo de provocar a destruição máxima de pessoas e criar ‘mundos de morte’, formas únicas e novas de existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o estatuto de ‘mortos-vivos’. Sublinhei igualmente algumas das topografias recalcadas de crueldade (plantation e colônia, em particular) e sugeri que o necropoder embaralha as fronteiras entre resistência e suicídio, sacrifício e redenção, mártir e liberdade (Mbembe, 2018, p. 70).

Ora, o que se viu em Barbacena foi justamente essa criação de um “mundo de morte” autorizado pelo Estado e sustentado pela psiquiatria tradicional. O hospital produzia o

desaparecimento dos indesejáveis por meio da institucionalização do abandono. Como aponta Scheper-Hughes (2004, p. 41): “[...] o sofrimento extremo de populações empobrecidas, racializadas ou doentes mentais é tratado como um dado natural, e não como resultado de decisões políticas.” E adverte: “[...] a recusa em ver esses corpos é, em si, um ato de violência social, um tipo de assassinato por negligência” (2004, p. 44).

Contudo, a função do manicômio excede o confinamento físico: ele age na produção simbólica da inferioridade racial. O racismo, como tecnologia de biopoder, legitima o fazer morrer como parte da ordem social. Segundo Mbembe (2018, p. 42), “[...] o racismo é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder [...] ele regula a distribuição da morte e torna possíveis as funções assassinas do Estado.” E acrescenta: “[...] o racismo é a condição para a aceitabilidade do fazer morrer. Ele torna o assassinato não apenas possível, mas legítimo e desejável” (2018, p. 43).

Entretanto, a psiquiatria institucionalizada manteve alianças com esse racismo estrutural<sup>11</sup>, naturalizando o desaparecimento dos negros como parte de um projeto de ordem pública. Em Barbacena, os internos eram chamados de “mofinos”, “bichos” ou “restos”, refletindo o desprezo simbólico pelos seus corpos. Scheper-Hughes (2004, p. 57) afirma que “[...] o uso de linguagem desumanizadora dentro dos hospícios não é acidental, mas parte de um processo ativo de eliminação simbólica.” E observa: “[...] a institucionalização opera como uma pedagogia do abandono, ensinando a sociedade a esquecer aqueles que ela decidiu não querer” (Scheper-Hughes, 2004, p. 60).

Não obstante, é preciso reconhecer que essa política de morte foi racialmente dirigida. Os internos negros compunham a maioria dos pacientes abandonados, desprovidos de defesa familiar ou jurídica. Mbembe (2018, p. 47) argumenta que “[...] a função do racismo, dentro do necropoder, é tornar alguns corpos matáveis sem escândalo – corpos que não fazem falta, cuja morte é silenciosa e eficaz.” E conclui: “[...] o negro é, neste dispositivo, aquele cuja morte não demanda luto, cuja vida não exige justificativa” (Mbembe, 2018, p. 49). Laing (2010) fundamenta teoricamente sua afirmação sobre o abandono institucional, a racialização do desaparecimento e a produção do “louco” como alguém desprovido de voz e existência legítima:

---

<sup>11</sup> O racismo estrutural refere-se à forma como o racismo está entranhado nas instituições, nas normas sociais, nas práticas cotidianas e nas relações de poder, funcionando como uma engrenagem que perpetua a desigualdade racial de maneira sistêmica e duradoura. Diferente de atitudes individuais preconceituosas, o racismo estrutural opera de forma difusa e silenciosa, naturalizando a exclusão da população negra dos espaços de privilégio e acesso, como o ensino superior, os cargos de liderança, o sistema judiciário e os serviços de saúde. Essa forma de racismo não depende da intenção consciente dos indivíduos, mas se manifesta nos resultados concretos das políticas públicas, das decisões institucionais e da distribuição desigual de oportunidades. Segundo Silvio Almeida, compreender o racismo como estrutural é essencial para enfrentar suas causas profundas e romper com os mecanismos que o reproduzem cotidianamente. Ver: Almeida, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019.

Os outros o percebem como ausente, morto, irreal, falso ou invisível. Ele próprio se sente irreal ou ‘morto’. É difícil expressar a intensidade extrema da angústia presente quando o mundo e os outros se tornaram irreais, fantasmas e sombras; quando o próprio sujeito se vê como um espectro, sem forma corpórea. [...] Ele é dominado pelo terror, incapaz de se localizar em um mundo do qual se sente fundamentalmente estrangeiro. Nessa condição, ele não é apenas rejeitado pelo mundo, mas também radicalmente separado de qualquer ponto de referência social que possa reintroduzi-lo a uma existência com significado (p. 116).

Por conseguinte, o manicômio de Barbacena deve ser compreendido como parte de um projeto maior de controle social, onde a loucura foi racializada para legitimar o encarceramento de pessoas pobres e negras. Conforme Scheper-Hughes (2004, p. 72), “[...] os hospitais psiquiátricos são fábricas de morte lenta, espaços de administração da inutilidade, onde o tempo não cura, apenas apaga.” E reforça: “[...] os pobres, especialmente os negros, foram institucionalizados não por estarem loucos, mas por não servirem a nenhum propósito produtivo para a sociedade” (Scheper-Hughes, 2004, p. 75).

Assim, é urgente reconhecer que o manicômio não é apenas uma estrutura ultrapassada, mas um símbolo ativo da necropolítica brasileira. O dispositivo psiquiátrico serviu à lógica de desaparecimento dos corpos negros, transformando sofrimento em silêncio e exclusão em regra. Como sintetiza Mbembe (2018, p. 53), “[...] a soberania consiste na capacidade de decidir quem pode viver e quem deve morrer – e é precisamente isso que se vê nas estruturas institucionais que regulam o sofrimento, como os manicômios.” E reafirma: “[...] na lógica necropolítica, o Estado abandona os indesejáveis à morte, mas ainda assim os vigia – numa gestão cruel do fim” (2018, p. 55).

Embora o Hospital Colônia de Barbacena tenha sido oficialmente desativado, suas marcas permanecem impressas na lógica que estrutura os atuais serviços de saúde mental. A herança do extermínio manicomial ainda opera na invisibilização dos corpos negros e na manutenção de um modelo higienista, travestido de cuidado. Segundo Daniela Arbex, “[...] os hospitais de crônicos da rede pública são ‘instituições finais’, numa alusão à ‘solução final’ do nazismo” (2013, p. 157). E denuncia: “[...] não procuram saber onde são fabricados os cadáveres que alimentavam as salas de anatomia das faculdades” (2013, p. 158).

Todavia, a persistência dessa estrutura racista se revela também na ausência de políticas públicas específicas que enfrentem a desigualdade racial na saúde mental. Conforme Paulo Amarante, “[...] o fato de ser um serviço externo não garante sua natureza não-manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional” (1998, p. 189). E completa: “[...] até o momento, as doenças mentais estão entre as principais responsáveis por internações e ocupam o primeiro lugar com gastos públicos com assistência hospitalar no Brasil” (1998, p. 191).

Poder-se-ia pensar que o antônimo natural do processo esquizofrênico seria um processo de crescimento e desenvolvimento pessoal, mas não é assim. O que tende a acontecer não é a emergência de uma pessoa, mas a continuidade da desordem em um contexto social que já não exige portas trancadas ou contenções mecânicas. O ambiente pode parecer menos coercitivo, mas as suposições e julgamentos que o sustentam permanecem os mesmos. Falha-se em perceber que o que se chama de ‘tratamento’ pode ser, de fato, a perpetuação da alienação sob o disfarce do cuidado, e que a voz da pessoa continua sendo abafada pelo discurso institucional (Laing, 2010, p. 110).

Assim, mesmo com o avanço da Reforma Psiquiátrica, o racismo institucional não foi devidamente enfrentado. A racialização do sofrimento psíquico continua sendo naturalizada. Djamila Ribeiro (2017, p. 54) afirma que “[...] a negação aos negros da condição de sujeitos de conhecimento [...] é fenômeno que ocorre pelo rebaixamento da autoestima que o racismo e a discriminação provocam.” E complementa: “[...] Esses processos constituem formas de aniquilamento da capacidade cognitiva e da confiança intelectual”, processo que Sueli Carneiro nomeia como epistemicídio (2017, p. 55).

Portanto, o epistemicídio institucional é uma continuidade da política de morte que imperava em Barbacena, onde negros eram encarcerados por “inadequação” à norma branca e colonial. Conforme denúncia documentada por Arbex, “[...] o Colônia foi o que fez mais vítimas no país, cerca de 60 mil brasileiros entre 1930 e 1980” (2013, p. 199). E ela enfatiza: “[...] a tragédia que ele produziu está longe de ser superada” (2013, p. 199). Por isso, falar em racismo institucional na saúde mental brasileira é também reconhecer a ausência de escuta qualificada dos sujeitos negros. Conforme aponta Ribeiro (2017, p. 59), “[...] não se trata de incluir as pessoas negras nos moldes já dados, mas de reconhecer que seus saberes e experiências também são formas legítimas de conhecimento.” E reforça: “[...] lugar de fala é, sobretudo, um exercício político e epistemológico de restituição da humanidade daqueles cuja voz foi historicamente silenciada” (2017, p. 61).

Logo, o silêncio que recaiu sobre Barbacena e que recai hoje sobre os corpos negros nos serviços de saúde mental é um projeto político. Segundo Amarante (1998, p. 173), “[...] muitos novos serviços chamaram a atenção para o aspecto da qualidade, mas percebeu-se que poderiam reproduzir os mesmos mecanismos do manicômio.” E adverte: “[...] a participação social, por si só, não é garantia de democratização ou de ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional” (1998, p. 174).

O paciente psiquiátrico não é apenas um indivíduo em sofrimento. Ele é um indivíduo em sofrimento que foi declarado mentalmente doente e, assim, colocado dentro de um contexto social no qual seu comportamento e suas falas deixam de ser considerados significativos. [...] Uma vez feito isso, suas palavras tornam-se sintomas, e suas ações são reclassificadas dentro de um discurso médico. Seu sofrimento, assim enquadrado, torna-se ininteligível exceto por meio de categorias institucionais. Dessa forma, a sociedade garante que ele não será ouvido — e que aquilo que ele poderia dizer, se lhe fosse permitido, não teria importância (Laing, 2010, p. 104).



Não obstante, o Estado segue negligente diante da desigualdade racial que estrutura os dispositivos de saúde. Arbex (2013, p. 165) relata que, mesmo após décadas de denúncia, “[...] em 2004 foram encontrados celas fortes, instrumentos de contenção e muitos, muitos cadeados” em hospitais psiquiátricos. E conclui que “[...] o alerta para o risco de reprodução ‘bruta e silenciosa do modelo manicomial’ foi então dado” (2013, p. 166).

Entretanto, há um movimento crescente que busca racializar os debates sobre saúde mental, exigindo que o SUS reconheça o racismo como determinante social da loucura. A crítica de Djamila Ribeiro (2017, p. 63) é contundente: “[...] o racismo não é um problema do negro, mas uma responsabilidade da branquitude, que historicamente se beneficiou da exclusão.” E afirma: “[...] desconstruir privilégios é reconhecer a existência de estruturas que, há séculos, organizam o poder de maneira desigual” (2017, p. 64).

Por conseguinte, é urgente incluir no debate institucional os saberes produzidos por sujeitos negros, historicamente tratados como “objetos” do saber psiquiátrico. Amarante (1998, p. 162) escreve: “[...] a trajetória da desinstitucionalização é caracterizada pelo surgimento de novos serviços e estratégias [...] mas não necessariamente por uma ruptura radical.” E conclui: “[...] a natureza não-manicomial de um serviço está na lógica que o sustenta, não em sua forma física” (1998, p. 162).

Assim que reconhecermos o manicômio como parte de um projeto de apagamento do povo negro, poderemos propor políticas públicas antirracistas que valorizem o cuidado em liberdade e a escuta de vozes silenciadas. Conforme Arbex (2013, p. 170), “com a futura transferência de 120 pacientes para os módulos residenciais [...] o ciclo dos porões da loucura se encerra.” Mas ela adverte: “o fim dos pacientes não será o último capítulo da história que apenas começa a ser revelada” (Arbex, 2013, p. 171).

#### **4 CONCLUSÃO**

O percurso desenvolvido nesta pesquisa permite afirmar que o discurso psiquiátrico, historicamente articulado ao poder disciplinar e ao racismo estrutural, operou não apenas como tecnologia de diagnóstico e tratamento, mas sobretudo como um dispositivo político de exclusão. O Hospital Colônia de Barbacena, ao internar de forma compulsória milhares de pessoas negras, pobres, mulheres e outros sujeitos considerados desviantes, evidencia como a psiquiatria institucionalizada serviu à manutenção da ordem racial e social. E, ainda que sob o pretexto da ciência e da cura, o saber psiquiátrico atuou como ferramenta de silenciamento, legitimação da violência e administração da morte, especialmente daqueles corpos marcados pela diferença racial e pela marginalidade social.

Mas ainda, é possível observar que essa articulação entre loucura e raça produziu uma forma específica de necropolítica psiquiátrica, em que a exclusão da pessoa negra foi legitimada por categorias clínicas travestidas de neutralidade técnica. Conforme revelado ao longo da análise, o manicômio não apenas confinava corpos, mas produzia simbolicamente a desumanização, apagando identidades, subjetividades e histórias. O manicômio, nesse sentido, não era um erro da medicina, mas o retrato fiel de uma sociedade fundada na exclusão racial como norma e na negação da humanidade do outro como política institucional.

Entretanto, não se pode ignorar que a Reforma Psiquiátrica brasileira, embora tenha inaugurado novos paradigmas de cuidado em saúde mental, falhou em racializar suas práticas e discursos. Assim, mesmo após o fim oficial de instituições como o Colônia, persistem formas de institucionalização disfarçadas, em que o racismo continua operando de maneira silenciosa. A permanência da branquitude como matriz de poder e decisão nas políticas públicas de saúde mental reafirma que o racismo não é resquício do passado, mas estrutura ativa do presente. E, como aponta Cida Bento, a branquitude opera como pacto silencioso que naturaliza a exclusão e bloqueia a transformação efetiva das instituições.

Por isso, é necessário afirmar que o discurso psiquiátrico contribuiu sim para o extermínio e silenciamento de corpos negros e pobres no Brasil. Essa contribuição não se deu apenas pela violência direta, mas também pela produção de um saber que patologizou a diferença e transformou o sofrimento em crime ou anormalidade. Ao racializar a loucura, a psiquiatria brasileira contribuiu para consolidar um modelo de sociedade que mata de forma lenta, simbólica e institucionalizada. A negação do acesso à escuta, à cidadania e ao cuidado ético se constituiu como parte de um projeto que não apenas exclui, mas também apaga memórias e subjetividades.

Logo, o enfrentamento desse legado exige mais do que a desconstrução do modelo asilar: demanda o desmonte do pacto racial que sustenta as práticas excludentes e o reconhecimento das vozes silenciadas nos corredores da psiquiatria. É urgente que a crítica antimanicomial incorpore a dimensão racial em seus fundamentos, pois sem isso, corre-se o risco de reproduzir, com nova roupagem, os mesmos mecanismos que sustentaram o holocausto psiquiátrico em Barbacena. A interseccionalidade entre loucura, raça e classe deve, portanto, orientar não apenas a crítica, mas também a construção de uma política radical de cuidado, reparação e justiça.

Por conseguinte, este estudo não apenas responde à nossa pergunta de partida, como reafirma a necessidade de uma nova epistemologia da loucura – uma que reconheça a psiquiatria como parte da engrenagem histórica de exclusão racial e social. Para isso, é preciso escutar os que foram silenciados, reconstruir suas histórias e, sobretudo, transformar as instituições que ainda hoje operam

como zonas de morte simbólica. Que o Colônia de Barbacena não seja lembrado apenas como um erro do passado, mas como um alerta permanente sobre o que o Estado é capaz de fazer quando o sofrimento é racializado, e a vida, classificada como descartável.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, M. **A nova segregação: racismo e encarceramento em massa**. São Paulo: Boitempo, 2017.
- ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARROS, D. D. **O movimento de reforma psiquiátrica: contradições e desafios**. Campinas: Autores Associados, 1994.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1968.
- BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2011.
- BENTO, C. M. A. S. **O pacto da branquitude**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
- DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Condenadas pela cor – a disparidade racial na violência de gênero contra mulheres negras e a omissão das políticas públicas a partir do “fascismo da cor” no Brasil. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 4407–4436, 2025. DOI: 10.56238/arev7n1-260. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3084>. Acesso em: 25 Fev. 2025.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Letramento racial e educação: formação de educadores para práticas pedagógicas antirracistas com enfoque na produção intelectual de autores “ladino-amefricanos”. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 3897–3916, 2025. DOI: 10.56238/arev7n1-231. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3040>. Acesso em: 25 Fev. 2025.
- FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FANON, F. **Os condenados da terra**. São Paulo: Biblioteca Azul, 2022.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.
- GROSGOUEL, R.; BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N. **Decolonialidade e pensamento descolonial: contribuições para a crítica ao eurocentrismo**. Curitiba: Appris, 2018.
- LAING, R. D. **O eu dividido**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.
- LAING, R. D. **A política da experiência**. Rio de Janeiro: Cosac Naify, 2010.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1809.
- RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento; Justificando, 2017.
- SCHEPER-HUGHES, N. **A morte sem luto: a violência institucional na saúde mental**. São Paulo: Editora da UFRJ, 2004.
- SILVEIRA, N. da. **Imagens do inconsciente**. Rio de Janeiro: Museu de Imagens do Inconsciente, 1981.
- SILVEIRA, N. da. **Cartas a Spinoza**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
- SZASZ, T. **O mito da doença mental**. São Paulo: Cultrix, 1970.
- SZASZ, T. **A fabricação da loucura**. São Paulo: Hemus, 1970.
- SZASZ, T. **Psiquiatria: a ciência da mentira**. Rio de Janeiro: Record, 1994.
- SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Políticas culturais e saúde mental na infância: políticas públicas de cultura e sua importância para o desenvolvimento da saúde mental das crianças. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(4), e4045, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n4-136> Acesso em 26 de Fev. de 2025.
- SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “A fortaleza invisível”: reflexões sobre aspectos socioemocionais e de saúde mental das mães solas no Brasil. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(6), e4510, 2024. Disponível em <https://doi.org/10.55905/cuadv16n6-101> Acesso em 24 de Fev. de 2025.
- SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Vidas Entrelaçadas”: vivências e agenciamentos subjetivos de cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(7), e4773, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-051> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “O grito silencioso”: desvendando os nós invisíveis do suicídio e da autolesão entre jovens no Brasil. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, 17(8), e9319, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-144> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Diálogos que Curam”: a percepção dos pacientes sobre a comunicação dos profissionais da saúde no SUS. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, 17(6), e7404, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-100> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Tecendo os fios da saúde pública: o impacto do saneamento básico na qualidade de vida urbana e no meio ambiente. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(5), e4259, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n5-079> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “De portas fechadas e uma infância fragmentada”: a importância da creche e pré-escola para abrir caminhos e garantir uma primeira infância plena no Brasil. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, 17(6), e7843, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-335> Acesso em 23 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. et. al. “Ordem de saúde, norma familiar”: entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitaristas e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, 22(9), e6930, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n9-202> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Os novos manicômios: contrarreforma psiquiátrica, a mercantilização da loucura e a ascensão das comunidades terapêuticas no Brasil. **Caderno Pedagógico**, 21(12), e11224, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n12-245> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Sobre “ser filho da mãe”: a influência da ausência materna no desenvolvimento infantil sob as lentes da psicopedagogia de Fernandez e da psicanálise de Winnicott. **Caderno Pedagógico**, 21(10), e9587, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n10-278> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Necropolítica negra”: o pacto da branquitude e a invisibilidade da morte de mulheres negras no Brasil a partir de uma análise crítica de Cida Bento e Achille Mbembe.

**OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, 22(9), e6560, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n9-036> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Tecer Saberes, Erguer Liberdades: a educação como ferramenta de emancipação na luta de mulheres negras pela visão de Ângela Davis. **Caderno Pedagógico**, 21(13), e11468, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n13-047> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1949.