

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO**

**VICTOR HUGO SALVIANO PEREIRA**

**LOUCURA E PODER – A CASA DE SAÚDE SANTA TERESA E SEUS  
MECANISMOS DE EXCLUSÃO**

**JUAZEIRO DO NORTE – CE**

**2018**



**VICTOR HUGO SALVIANO PEREIRA**

**LOUCURA E PODER – A CASA DE SAÚDE SANTA TERESA E SEUS  
MECANISMOS DE EXCLUSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Psicologia, do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito obrigatório para obtenção do título de Graduado em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Raul Max Lucas da Costa.

**JUAZEIRO DO NORTE – CE**

**2018**

# LOUCURA E PODER – A CASA DE SAÚDE SANTA TERESA E SEUS MECANISMOS DE EXCLUSÃO

Victor Hugo Salviano Pereira\*  
Raul Max Lucas da Costa\*\*

## RESUMO

Este escrito remete à uma análise arqueogenealógica do hospital psiquiátrico da região do Cariri cearense, a Casa de Saúde Santa Teresa, criado na cidade de Crato-CE. Assim, remete a reunião e descrição de elementos históricos, políticos, discursivos (e não-discursivos) que perpassam, direta e indiretamente, o contexto do objeto estudado. Objetivando, a partir desta análise, realizar uma descrição (não-interpretativa e não-causal) de mecanismos de exclusão, alinhados a história (não-linear) de discursos e práticas, especialmente, do saber-poder da psiquiatria. Envolvendo discursos e práticas na história circunscrita, local e nacionalmente, sobre a criação, permanência e fechamento de hospitais psiquiátricos. Resultando na discussão de dois mecanismos de exclusão, referente ao aparato de Saber, mecanismo ideológico, e ao aparato de Poder, mecanismo político. Evidenciando, ao mecanismo ideológico, a construção e desenvolvimento de discursos relacionados ao trabalho, ao sistema econômico e as formas de produção, envolvendo modos operacionais do capitalismo (e neoliberalismo); ao mecanismo político, envolve a dimensão estrutural (do equipamento), instrumental e prática (da psiquiatria) relacionada ao mecanismo ideológico, e, com isso, proporcionando formas de subjetivação e assujeitamento das figuras internadas. Estando, estes mecanismos, sob a égide de uma governamentalidade emergente da economia e soberania. Sendo justificada pela ausência de um quem (uma figura em destaque) e a presença de um o que (sistema econômico e de produção).

**Palavras-chave:** Arqueogenealogia; Governamentalidade; Hospitais Psiquiátricos; Poder.

## ABSTRACT

This paper refers to archaeogeneal analysis of the psychiatric hospital in the Cariri, region of Ceará, at the Santa Teresa's Mental Health Center, created in the city of Crato - CE. Thus, it refers to the meeting and description of historical, political, discursive (and non-discursive) elements that permeate, directly and indirectly, the context of the object studied. Aiming, from this analysis, to perform a description (non-interpretative and non-causal) of mechanisms of exclusion, aligned with the (non-linear) history of discourses and practices, especially, the know-power of psychiatry. Involving speeches and practices in the history, circumscribed, locally and nationally, about the creation, permanence and closure of psychiatric hospitals. Resulting in the discussion of two mechanisms of exclusion, referring to the apparatus of knowledge, ideological mechanism, and the apparatus of power, political mechanism. Evidentiating, to the ideological mechanism, the construction and development of discourses related to work, the economic system and the forms of production, involving operational modes of capitalism (and neoliberalism); to the political mechanism, involves the structural (equipment), instrumental and practical dimension (of psychiatry) related to the ideological mechanism and with this, providing forms of subjectivation and subjection according to Foucault, of hospitalized figures. These mechanisms are under the aegis of an emerging governmentality of the economy and sovereignty. Being justified by the absence of a Who (a prominent figure) and the presence of a what (economic and production system).

**Keyword:** Archaeogeneal Analysis; Governmentality; Psychiatric Hospital; Power.

---

\* Discente do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Curso de Psicologia. E-mail: v.hugosalviano@gmail.com

\*\* Doutor em Psicologia (UNIFOR); Mestre em História (UFC); docente do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Curso de Psicologia. E-mail: raulmax@leaosampaio.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

O surgimento dos hospitais psiquiátricos, desde da criação do primeiro até os que foram fechados e permanecem em funcionamento – com os movimentos de Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial –, faz referência à momentos de aprisionamento e isolamento de determinadas figuras não encaixadas nos moldes vigentes de determinados sistemas de governo. Ocasionalmente na diminuição destas figuras na convivência e vivência cotidiana e social.

A sustentação destes nosocômios (hospitais psiquiátricos em forma de várias instituições) se deu por sua, dita, funcionalidade tanto para um conhecimento, cujo objeto de estudo eram as figuras que desviavam, quanto para governo e suas transições. Ao que se mostrou como verdade útil pelo contexto que se localizaram, tanto com os discursos que se criavam e/ou se atualizavam, como com as práticas que se detalharam e se aperfeiçoaram.

No cenário nacional, os equipamentos da psiquiatria apresentam nuances e eixos, que, respectivamente, distanciam-se e se assemelham. Estando estas nuances interligadas ao contexto histórico, espacial, relacional, político, econômico, entre outros elementos, que compõem a realidade local (também, da realidade nacional), especificando-os. Enquanto os eixos se assemelham partindo da função para com figuras específicas, para com a sociedade.

A saber, por sua interligação com elementos locais e nacionais, muitos dos hospitais foram criados quando se apresentavam um governo, ou aspectos governamentais, conservadores, e sua redução, quando não-conservadores. Por isso, na emergência (potencial) de uma realidade conservadora, a (re)existência e transfiguração destes equipamentos, tanto em narrativas como na modificação de equipamentos já existentes, mostra-se uma realidade possível. Assim, a escrita sobre narrativas vividas, torna-se um ato político de lembrança sobre o preço daquela (super)valorização de vidas que acompanham e contribuem para sanar as, ditas, mazelas sociais, bem como a indiferença às vidas que resistem ao sistema.

Assim, apresenta-se como objetivo: demonstrar os mecanismos de exclusão provenientes à Casa de Saúde Santa Teresa. Especificando-se em: apresentar as relações de poder e saber sobre as figuras da loucura; descrever a criação do dispositivo do saber-poder psiquiátrico, no contexto global e, posteriormente, destacando esse processo no Brasil (Rio de Janeiro, Minas Gerais e Fortaleza<sup>1</sup>) e no Crato-CE; e por fim, sintetizar os mecanismos de exclusão percebidos a partir da construção da Casa de Saúde Santa Teresa.

---

<sup>1</sup> Essas localidades não foram escolhidas por características históricas lineares, tão pouco por uma relevância hierárquica, pois nas localidades brasileiras, que tenha apresentado um dispositivo da loucura, apresenta processos e desfechos singulares para com esses dispositivos. Foram escolhidas essas como comparativo e ilustração.

## 2 MÉTODO DE PESQUISA

Visualizando a especificidade da temática escolhida, classifica-se dentro dos objetivos de uma pesquisa descritiva e com abordagem qualitativa (GIL, 2017). Pois, diante das produções diretamente conectadas à temática, encontraram-se algumas publicações científicas, proporcionando a construção e a sustentação teórica de novas perspectivas, na tentativa de realizar uma descrição de um objeto específico e delimitado; entendendo que há uma relação singular entre o objeto e contexto sócio-territorial estudado, apresentando nuances que ultrapassam um olhar objetivo, causal e/ou linear.

Enquanto procedimento, que reflete na própria construção de cada tópico e subtópico, foi adotado a análise arqueogenealógica de produções, direta ou indiretamente, relacionadas ao tema. Assim, este procedimento é construído a partir de dois outros métodos de investigação, a arqueologia e a genealogia, representando, respectivamente a relação do Saber e do Poder. Mesmo, que esta relação remete às práticas discursivas e práticas de disciplina e controle. Apresentando uma proposta de descontinuidade histórica, da qual esses discursos e disciplinas estão contextualizados com a política, economia, cultura e outras contingências.

Desta forma, a arqueologia se constitui enquanto prática não interpretativa; não estabelecendo a linearidade da história, do Saber; busca-se relacionar discursos, ditos e escritos, com o contexto que foram criados e desenvolvidos, envolvendo equipamentos, comportamentos sociais, necessidades, técnicas e práticas não-ditas e/ou não-escritas (FOUCAULT, 1999a; 2008a). Continuando, não é um procedimento que busca definir estes discursos como visíveis ou invisíveis, estabelecendo-o como signo, mas como estes discursos se apresentam – ou são atravessados – pelas normas e regras em seu contexto; em processo de análise, não é redutível à sequência dos fatos ou à presença de outros discursos; não colocando relações de causalidade, porém, acentuando sua participação para com os outros discursos; por fim, não se trata de reproduzir o que foi dito e/ou escrito, mas de uma sistemática descrição do discurso-objeto.

Já a genealogia se estende à organização política, ideológica e estrutural das relações de poder. E, relativamente, como o Saber se efetiva no corpo social e no individual. Assim, inicialmente, visava o poder com a relação disciplinar (FOUCAULT, 2003). E, posteriormente, configurou-se pela biopolítica (FOUCAULT, 2008b). Por sorte, não se trata de conceituar ou materializar o Poder – ou relação de poder –, mas de compreendê-lo como um sistema de rede que existe um sistema, na efetivação de práticas, técnicas, táticas, leis, etc.; ainda, não procura visualizar a gênese histórica, seu desenvolvimento e suas ramificações, e sim, de como esse o poder, em seu contexto, atuava, produzia, reprimia, controlava, potencializava, etc.; e, por fim,

como, a partir destas relações produzia-se verdades sobre a vida, o viver, a morte e o morrer (FOUCAULT, 1999b).

Assim, torna-se uma visão de contextualização dos discursos, das práticas discursivas, dos agentes de saber com seu objeto. Envolvendo as diversas variáveis que estão, intimamente, ligadas, que mantêm estes discursos e verdades. Ademais, do como é a relação destes com seu objeto, na permanência ou passagem histórica e cultural. Não compreendendo essa história e cultura como causa desta prática discursiva, em suas propostas e finalidades, mas, como contexto que a permanência desta e invisibilidade de outras, ou seu contrário.

Por fim, referente ao material utilizado como referência, foram escolhidos, por conveniência, escritos que fornecessem dados históricos, das narrativas, política (e acontecimentos políticos), da economia, etc. (caracterizando-se como uma pesquisa e um escrito teórico sobre dados secundários). Em suma, do contexto das realidades mencionadas. A busca, fazendo menção às palavras-chave utilizadas, prioritariamente, na base de dados do Google Acadêmico. Por fim, há alguns escritos selecionados, de conhecimento e/ou de leitura prévia.

### **3 A RELAÇÃO SABER-PODER E GOVERNO**

Observar os comportamentos, os aspectos culturais, certos desejos comuns socialmente, a concepção de humano (no valor e nos feitos morais), em determinado momento histórico e contextual, é adentrar aos jogos relacionais de Saber e de Poder, quer numa dimensão macro quer micropolítica. Ou seja, tanto o Saber quanto o Poder são presentes em qualquer relação, seja no nível molecular (direta e/ou indiretamente, entre indivíduos) ou molar (direta e/ou indiretamente, entre sistema-sociedade-indivíduos). Ainda, como esses jogos relacionais estão intimamente ligados aos níveis biopolíticos e de biopoder, e de governamentalidade – que podem vir a valorizar determinados tipos de vida, em detrimento da exclusão, quiçá exterminação, de outros tipos de vidas indesejáveis.

Assim, o Poder é um conceito polimorfo, relacionado ao contexto e ao efeito que apresenta nas relações (FOUCAULT, 1999b; 2001; 2003; 2008b; 2008c; 2012). Ou seja, uma relação polarizada entre entidades, podendo visar a produção, a normalização, a propagação de discursos, a resistência, etc. É necessário olhar o contexto (espaço e tempo) que é – ou foi –, estabelecida, essa relação. A saber, o Poder não é substancial, no sentido de ser possuído, é praticado ou exercido por uma personificação – contextual, histórica e objetiva, pelos polos localizados neste campo (FOUCAULT, 2012) –, seja como pessoa, personagem, a realidade física, gestos, corpo, sexualidade, etc. (FOUCAULT, 2001).

Em continuação, o Poder é bilateral. Ou ainda, os jogos de poder são bilaterais. Se por um lado, há uma figura, dita, detentora de poder, destacando-se histórica e politicamente (bem como um rei, um imperador, um governante, etc.), por outro lado, merece-se atenção às figuras, ditas, dominadas (bem como os súditos, a população em geral). Pois, estas entidades, de alguma maneira, apresentam atos de Poder. Por isto, quando o jogo de poder – ou, neste sentido, exercendo-se o Poder – é unilateral, adentra-se ao campo de dominação e assujeitamento dos ditos dominados aos desejos daquelas outras figuras. Ou seja, há restrição da liberdade, assim, a supressão e a eliminação das expressões de Poder (DREYFUS; RABINOW, 1995).

Com isto, duas noções de Poder – o Soberano (imperativo), e o Disciplinar – estão presentes tanto na história da loucura, quanto as que se relacionaram com seu público. O primeiro, o Poder Soberano, alinha-se entre os contextos médico-jurídico, político e de produção e enunciação de verdades (FOUCAULT, 2001). Por isso, quando as figuras da loucura perturbavam a ordem pública, em primeiro dado, a partir da decisão do médico-judiciário<sup>2</sup>, classificava os loucos na categoria de perversidade, pela institucionalização-mestra do exame médico-legal.

A classificação de perversidade adentrava à construção de outros adjetivos ligados a noção de periculosidade, como agressivo, instável, irracional, propenso a atos criminosos, e o convívio destas figuras no cotidiano social seria uma ameaça ao bem-estar da população, da ordem e da moral (FOUCAULT, 2001; 2010). Assim, em continuação, paralelamente, ao contexto da lepra, leprosos e leprosários, a retirada – quiçá, exclusão – deste público, em dado momento foi uma (enunciação da) verdade, é um ato unilateral, passado e aceito pela população. A produção de verdades sobre a loucura e os loucos não foi alheia a esta realidade. O exame médico-legal proporcionou a exclusão social dos loucos (consequentemente, a loucura) pela internação nos equipamentos jurídicos (prisões) ou psiquiátricos (manicômios).

Por fim, a este poder imperativo resta determinar a vida destes sujeitos – também de outros –, onde (se deve) habitar, como (se deve) viver, o que (se deve) fazer. Adentrando a lógica de tomada de poder sobre figuras enquanto seres vivos – ou como homem-espécie (FOUCAULT, 1999b; 2001). Ou, por outro lado, decidir sobre a morte destas figuras. Assim, não distante, o médico-judiciário assumiu o lugar de decisão sobre aspectos legais do direito à vida ou à morte, dos loucos criminosos. Ou melhor, “[o] poder de ‘fazer’ viver e o de ‘deixar’ morrer” (FOUCAULT, 1999b, p. 287) – e pelo paralelo de deixar viver e fazer morrer, também.

---

<sup>2</sup> Sendo essa uma nova prática, de dupla qualificação. Saindo da classificação jurídica e, depois, da classificação médica. Estando essas práticas aptas a produzir uma decisão sobre o crime e loucura (quiçá, juntas), mesmo que o juiz e/ou médico julgassem de forma parcial. Visando o “domínio da ‘perversidade’” (FOUCAULT, 2001, p. 41).

Aquém do Poder Soberano, localizando-se nas instituições, está o Poder Disciplinar. Visando o sequestro, a docilização e a disciplinarização de figuras internas em equipamentos sociais – inicialmente, pela análise das prisões – (FOUCAULT, 2003). E ainda, que esses objetivos, em contato com a desordem (figuras indesejadas), ajustem-nas, para tornar seguro a sociedade (FOUCAULT, 2008c) e, conseqüentemente, determinado público, moral e socialmente, aceito (FOUCAULT, 2006b), e por tornar os internos, figuras do sistema de produção (FOUCAULT, 2003).

Assim, para o primeiro objetivo, o sequestro, há dois outros eventos correlacionados: a grande internação (FOUCAULT, 1984; 2010) e as instituições de sequestro (FOUCAULT, 2003). Ou seja, a grande internação enquanto um movimento de retirar qualquer figura indesejada (leprosos, prostitutas, libertinos, criminosos, insanos, etc.) dos centros urbanos para uma instituição (hospital geral), colocando-os numa categoria homogênea (a loucura). Isso pelo discurso científico em ascensão da época (século XVII), criando-se o paralelo entre moral e razão, logo, as figuras desviantes estariam no discurso e na premissa da desrazão; enquanto as instituições de sequestro foi a proliferação desta instituição, passando as escolas, as prisões, entre outras, realizarem movimentos segregacionistas e excludentes destas figuras desviantes.

Os outros dois objetivos, a docilização e disciplinarização, ligam-se aos discursos do paralelismo da razão e desrazão e do corpo como instrumento anatômico (corpo anatômico, quiçá, corpo anátomo-político), tornando-se objeto de estudo da ciência cartesiana, e com isso, desenvolvimento de métodos e procedimentos deste conhecimento. Assim, houve um mapeamento do corpo, possibilitando intervenções para com ele – em ser modelado, treinado, tornando-se obediente, hábil, etc. – (FOUCAULT, 2003).

Em continuação, as intervenções no corpo (na manipulação, treinamento, habilitação, etc.), primeiramente, caminhando-se para docilizar-lo, reduz sua capacidade de ato (Poder), para pertencer a dado sistema. Assim, os processos de docilização (em contraste, as proibições e/ou as obrigações) ocorreram/ocorrem dentro das instituições que abrigam essas figuras, ou melhor, os corpos que são vistos inabilitados para o sistema (seja, econômico, político, ideológico, etc.). Por outro lado, também, acontecia os processos de disciplinarização, não sendo atribuídos – pelo menos, diretamente – aos comportamentos e/ou à linguagem corporal, e sim, à economia e eficácia dos movimentos, da organização interna, da própria habilidade e desempenho da atividade orientada.

Por fim, a disciplina “[...] fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (FOUCAULT, 2003, p. 118-119). Ou seja,

a disciplina quebra a bilateralidade da relação. Colocando, de um lado, um que exercerá e expressará amplamente sua dimensão de ato/Poder, enquanto, do outro, um que será tomado por essa dimensão, em troca, não deliberada, de uma capacidade máxima de força e produção.

Intrinsecamente, as relações de saber estão presentes nestes contextos que surgem, expressas e não-expressas, as relações de poder. Denota-se, o Saber, à dimensão que abarca as práticas enunciativas, entre os próprios enunciados e funções de enunciação, visando organizar o conhecimento, os aspectos ditos e não ditos (FOUCAULT, 2008a). Considerando que isto, surge contextualizado à dado momento histórico e espaço cultural-territorial<sup>3</sup>.

Em continuação, há distinções entre a conceituação de Saber e de conhecimento. Assim, o Saber se encontra como uma prática discursiva específica, passível de um status científico ou não-científico; tornando-se veículo para uma entidade discursiva (um sujeito) se posicionar frente a determinados objetos presentes no próprio discurso; também como campo que organiza e sujeita as definições, aplicações e transformações dos enunciados; por fim, o Saber define as formas e suas possibilidades da utilização das narrativas/discursos. A saber, este último, coloca o Saber como um direcionamento do conhecimento, nas relações micropolíticas, à vontade da entidade discursiva. Tornando-se, assim, descontínuo e desordenado (cronologicamente).

Por outro lado, o conhecimento faz parte da construção de discursos sobre próprios objetos passíveis de serem conhecidos. Tratando-se de um processo de racionalização, nomeação e classificação, e identificação, desses objetos, sem estar associado àquelas entidades discursivas, diretamente (FOUCAULT, 1996). A saber, o conhecimento se torna uma apropriação do Saber. Colocando o Saber na dimensão micropolítica e molecular e o conhecimento na macropolítica e molar.

Representativamente, o conhecimento científico (cartesiano) em ascensão, no século XVII, sobre a racionalidade, sobre as intervenções para com o corpo, gradativamente, foram se aproximando e sendo utilizados em campos do saber, como o saber jurídico, o saber psiquiátrico, que, em determinado momento, baseavam suas decisões pela ameaça que criminosos ou loucos – quando não os dois – apresentavam para sociedade; em contraste, quando saíam do discurso de ameaça, adentravam ao de improdutivos e de despesas econômicas, tanto para os familiares quanto para o Estado, visando torná-los produtivos e reduzir os gastos para com seu tratamento.

Com isso, para organizar, conceitualmente, esse sistema ambíguo de relação entre Saber, Poder e a vida, foi desenvolvido o termo de biopolítica (FOUCAULT, 1999b; 2008b;

---

<sup>3</sup> Para as narrativas que são ditas como verdades, que destacam as crenças, os saberes e fazeres, de dado momento, é conceituado como Episteme – Epistemologia como campo de estudo dessas verdades – (FOUCAULT, 1999).

2008c). Atentando-se à um sistema de regulamentos sobre os processos biológicos de qualquer figura, assim, do humano como espécie. Assim, como uma implementação de ações políticas, sobre a vida, tanto em corpos individuais como, também, em populações. Destacando, que o controle biopolítico faz parte de uma sociedade normalizadora (FOUCAULT, 1999b; 2008c).

Ainda, o controle biopolítico está, intimamente, ligado às estratégias de produção. Principalmente, quando contextualizado ao nascimento e desenvolvimento de um sistema neoliberal (FOUCAULT, 2008b). Com isso, por assim dizer, sistemas estatais e econômicos visam potencializar o corpo, biológico e intelectualmente, para a produção. Em continuação, este controle, adequa a sociedade para a produção capitalista, assim, o controle da natalidade, habituações no/do trabalho, tipos de família e modos de vida, etc., fazem parte desta estratégia.

Entrelaçado a biopolítica, está o biopoder, referindo-se aos processos de gestão total sobre a vida. Sendo este, a terceira tecnologia do poder – a primeira e a segunda são o Poder Soberano e a disciplina, respectivamente – que se atenta na possibilidade de fazer viver (FOUCAULT, 1999b). Em continuação, é uma tecnologia que, primeiramente, distância a morte da população – no desenvolvimento de vacinas, tratamentos, formas de cuidado, etc., que prologam a vida – e, posteriormente, tende a tornar mais seguro a vivência comunitária, em sociedade. Além, potencializando a saúde e evitando a morte, mantém-se figuras produtivas para o sistema econômico.

Com as relações de saber, o desenvolvimento de biopolíticas (o controle biopolítico), das tecnologias de poder, entre elas o biopoder, surge formas de governo e de governar, por assim dizer, a governamentalidade. Assim, a governamentalidade, em primeira expressão, como conjunto de instituições, políticas, processos e procedimentos, cálculos e táticas, análises e reflexões que podem “[...] exercer essa forma bem específica, bem complexa, de poder, que tem como alvo principal a população, como forma mais importante de saber, a economia política, como instrumento técnico essencial, os dispositivos de segurança” (FOUCAULT, 2006a, p. 303).

Por segunda expressão, a governamentalidade, como continuidade histórica das duas primeiras tecnologias de poder, o poder imperativo e a disciplina. Colocando uma forma de governo sobre os outros, de qualidade preeminente. Assim, possibilitando o desenvolvimento de aparelhos de governo e, também, de saberes (FOUCAULT, 2006a). Enquanto, a terceira expressão, como resultado dos processos administrativos do Estado de Justiça, da Idade Média. Uma passagem da justiça para a administração, dando um status de estado governamentalizado (FOUCAULT, 2006a; 2012).

Por fim, criou-se estratégias de governo, de política, de normalização e das tecnologias saber-poder, sobre a população, e por assim, a sociedade, e com determinadas figuras (geralmente, desviante moralmente), por narrativas e verdades construídas, que possibilitou, também, a criação e manutenção de dispositivos. Estando estes, aptos ao controle, correção e normalização, não necessariamente ocorrendo ao mesmo tempo e contexto, de figuras desviantes, e, entre elas, os ditos loucos. Seja pelas narrativas em torno do saber-poder religioso, científico e/ou neoliberal (FOUCAULT, 2003; 2006a; 2008c; 2010; 2012).

#### **4 A PRESENÇA DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL**

Os Hospitais Psiquiátricos – sejam eles Hospitais e Casas de Misericórdia, Casas de Saúde, Asilos, Manicômios, etc. – não surgiram paralelo ao reconhecimento da loucura, no Brasil. A loucura era presente e representada como uma natureza desviante cabíveis aos equipamentos jurídicos e/ou de saúde (hospitais gerais). Na tentativa de suprimir ou eliminar visualmente os comportamentos compreendidos como inadequados. Assim, durante o século XIX, os considerados doentes mentais “[...] quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia” (COSTA, 2007, p. 39).

Sinalizando a organização que tanto a gestão como o contexto social concebiam esse, dito, fenômeno desviante. As formas de (des)cuidados, relacionados a ela, perpassam desde à negligência ao abrigo institucional. Sendo que, quando não proporcionaram uma terapêutica com viés religioso, contendo uma hermenêutica e pragmática através da tortura, como no caso das Santas Casas, eram destinados aos espaços de isolamento territorial, como no caso das prisões.

Ainda, neste contexto, final do século XIX, não existia a efetivação de um saber que compreendesse e projetasse tratamentos à loucura. Considerando que o saber jurídico e o religioso apresentavam propostas para com ela, porém, não possuíam qualquer hermenêutica sobre sua criação e desenvolvimento, bem como tratamentos que visualizarem uma ressocialização, inserindo estas figuras diretamente na vida cotidiana. E tendo tentativas de mudar esta situação, pela iniciativa de um grupo – ínfimo – de médicos, utilizando o conhecimento crítico e acadêmico para propor um espaço específico para eles (ENGEL, 2001; COSTA, 2007). E ainda, possibilitar que a loucura pudesse ser compreendida como doença mental, para assim, poder ser medicalizada.

Assim, um dos espaços que se destina ao abrigo de doentes mentais foi o Hospício D. Pedro II – considerado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, decretado em 1841 e fundado em 1852 – (PORTOCARRERO, 2002; COSTA, 2007). Sendo que sua gestão ainda estava sobre as convicções do saber-poder religioso (COSTA, 2007). Ou seja, até o dado momento, os esforços de configurar uma medicina como saber representante da loucura/doença mental, eram limitados pelo protagonismo das narrativas e práticas religiosas.

Tornando-se um elemento trivial, a relação entre a ciência e a religião<sup>4</sup>. Servindo como dado para pensar sobre o domínio que o poder religioso apresentava sobre eventos sociais, considerando que muitos deles, quando não eram por determinação divina, era dado ao homem o poder de intervir e restabelecer a, dita, ordem natural. Sendo que este movimento, de tornar o homem possível de, não somente, conhecer, compreender e estudar o funcionamento desta ordem natural, mas de criar e recriar a realidade dela.

Embora com avanços vagarosos da estruturação técnico-científico e o enfraquecimento do poder religioso, o funcionamento dos hospitais psiquiátricos manteve-se na tradição dos tratamentos corporais e morais. Paralelamente, a medicina (geral) como ciência estava se construindo e se desenvolvendo, até academicamente, para atuação nestes espaços e com especificidades – desconhecidas – deste público, principalmente do seu funcionamento enquanto ser humano. E, iniciava-se também, o movimento de tornar a Psiquiatria um desdobramento independente desta ciência médica (COSTA, 2007).

Assim, pode-se visualizar um paralelo, sobre os hospitais psiquiátricos, entre esses dois cenários que se configuraram no século XX, e o outro no XIX. Apresentando diferenças e semelhanças, que muitas vezes coincidem, principalmente, na passagem de um século para o outro. As semelhanças ocorrem enquanto a funcionalidade deste equipamento. Ainda que sob a tutela religiosa ou médica. O abrigo da população desvalida, muitas vezes, compreendida como indesejável. Ao depender do contexto, prostitutas, pobres, nativos, figuras religiosas e de oposição partidária, psicóticos/esquizofrênicos, etc., ocuparam, separada ou simultaneamente (ENGEL, 2001; OLIVEIRA, 2011b; GIMBO, 2017). Para serem retiradas do desenvolvimento político-social e/ou curadas.

Podendo ocorrer esses dois processos. O primeiro estando ligado a limpeza social das ruas e cidades, retirando as figuras desviantes do convívio cotidiano e a colocando em algum dispositivo, dito, de cuidado e tratamento deste desvio. Seja pela concepção que, estas figuras desvalidas, atrasavam o progresso social-econômico, ou pelo desagrado gerado por não adentrar

---

<sup>4</sup> Apesar da divergência entre o saber religioso e científico, houve um movimento de igrejas e papas apoiarem financeiramente a criação/desenvolvimento de algumas faculdades de medicina (ARBEX, 2013; GIMBO, 2017).

às ideologias valorativas (pelas formas de conhecimento, religião, ciência, filosofia ou saber comum<sup>5</sup>). Assim, quando internada, haveria a possibilidade de tratá-la. Com orações, banhos em baixa temperatura, estimulação ou remoção de determinadas partes do corpo, disciplinas para convívio social, etc. Isso, quando não era entendido que o internamento/isolamento era o tratamento necessário, em celas ou entre muros e corredores. Sendo uma realidade comum dos hospitais psiquiátricos do sul ao norte do país (ENGEL, 2001; PORTOCARRERO, 2002; COSTA, 2007; ARBEX, 2013; OLIVEIRA, 2011b; GIMBO, 2017).

Equivalentemente, as diferenças partem do contexto (território, tempo e cultura) onde estes equipamentos estavam inseridos. Assim, os equipamentos em Rio de Janeiro (Hospício D. Pedro II – 1852), Minas Gerais (Hospital Colônia de Barbacena – 1903) e Ceará (Asilo São Vicente de Paula – 1886) – e, especificando-se no Crato (Casa de Saúde Santa Teresa – 1970) – apresentavam diferenças para sua construção, apesar das semelhanças.

No período do Hospício D. Pedro II – na sua abertura, 1852 – o cenário político-social acendia ao desenvolvimento econômico, principalmente pelo Rio de Janeiro ser a Capital brasileira e pelo protagonismo estabelecido a família imperial. Com isso, o fortalecimento da ideologia de desenvolvimento social. Colaborando com a visão de quais pessoas passariam a ocupar o Hospício, sendo as figuras desviantes. Inclusive, para o progresso, na passagem de Império para República, foi necessário transfigurar a loucura para doença mental (ENGEL, 2001).

Eventualmente, o Hospício funcionava como instituição de isolamento social<sup>6</sup>, destas figuras desviantes (ENGEL, 2001; PORTOCARRERO, 2002). A saber, após o internamento, mantinha-se a tradição biológica-moral dos tratamentos, bem como ocorria a este público nas Santas Casas, sobre o acolhimento religioso-institucional. Ainda que alguns médicos lutavam pelo tratamento farmacológico, pela hermenêutica medicamentosa.

Após a transferência da administração religiosa para a médica (generalista), com 29 anos após a abertura, ocorre novamente uma configuração administrativa deste equipamento. Passa a ser administrado por um médico-psiquiatra – sendo que a Psiquiatria, ainda, não se apresentava como especialidade independente, apenas em 1912 –, inovando o campo do saber médico, com o ensino regular da Psiquiatria aos médicos generalistas (COSTA, 2007).

---

<sup>5</sup> Para cada conhecimento há uma forma de conceber a loucura, podendo ocorrer encontro ou distanciamentos. Ou seja, para religião há uma relação com uma divindade, concebendo a ideia de pecado, castigo, incorporação demoníacas; para ciência, pelo mal funcionamento do corpo; para filosofia, como ação deliberada da consciência em recriar a realidade; e, para popular, escolhem sobre a libertinagem, agressão, etc. (FRAYZE-PEREIRA, 1982).

<sup>6</sup> Apesar do isolamento social, em sua maioria, apresentar relação com a pobreza, algumas figuras foram internadas com status sociais e econômicos, consideravelmente, elevados. A internação era, também, deliberada a partir da presença destas figuras nas ruas e na cidade (ENGEL, 2001).

Posteriormente, na passagem do período Imperial para República, novamente, a administração do equipamento é transferida, passando para responsabilidade do Estado. Sendo que o Hospício passa a ser nomeado por Hospital Nacional de Alienados<sup>7</sup>. Havendo implicações políticas e econômicas sobre a organização deste equipamento (ENGEL, 2001; COSTA, 2007). Ou seja, na administração do saber científico (médico), simultaneamente, existia investimento e desenvolvimento de pesquisas e do conhecimento acerca do próprio saber. Em contrapartida, na tutela do Estado, este investimento é cessado, proporcionando uma decomposição da organização e o conhecimento da psiquiatria sobre este equipamento.

A partir desta decomposição do saber-poder psiquiátrico, mantém-se um período de ausência crítico-reflexiva dos profissionais da medicina-psiquiátrica, interferindo, diretamente, na funcionalidade do equipamento. Assim, mesmo com os esforços para propor a hermenêutica e tratamento medicamentoso, foram perdidos pela descontinuidade – deste saber – na administração deste equipamento. Restringindo-se ao funcionamento de internar os loucos, sem tratamentos que não biológico-morais, sem disciplina e fiscalização (COSTA, 2007).

Com isso, em meados de 1903, há um engajamento e afinidade da medicina-psiquiátrica com movimentos políticos. Na tentativa de propor maior visibilidade da psiquiatria, bem como articular uma política de assistência em saúde mental às figuras da loucura. Assim, aprovou-se, uma lei federal de assistência aos alienados, pela figura de Juliano Moreira (PORTOCARRERO, 2002). Sendo que as conquistas, por essa lei, também, promoveram uma maior organização da presença desse saber nos equipamentos da loucura. Separando as Santas Casas dos manicômios e hospícios, sendo estes, por excelência, pertencentes ao saber psiquiátrico; ainda, promovendo uma atuação crítica no contexto de sociedade burguesa, capitalista e higienista.

Então, no Rio de Janeiro, o equipamento da psiquiatria perpassou o cenário de visibilidade e invisibilidade do saber médico-psiquiátrico, bem como seus desdobramentos como prática filiada e independente da medicina geral. Ainda, como território que nasceu, desenvolveu e transformou o saber-poder da psiquiatria, nesta plaga.

Neste período, de 1903, em Barbacena (Minas Gerais), é aberto um Hospital Colônia. Não como continuidade aos movimentos encabeçados por Juliano Moreira. Era um lugar com suas especificidades, assim como seus objetivos comuns. Ainda, este Hospital fica registrado como símbolo de morte e mercado, no imaginário social e na literatura.

Mesmo antes deste Hospital Colônia, havia uma assistência às figuras da loucura, pelo

---

<sup>7</sup> Desligando-se institucionalmente dos poderes religioso e político-administrativo, e das caridades.

saber-poder religioso, pela presença das Santas Casas – neste caso as Santas Casas de São João Del Rei e Diamantina – (SANTOS, 1995). Por considerar que estes dispositivos respondiam às demandas presentes. Visto a necessidade e crescimento da população destinada ao internamento, e despactuação entre o Estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais, para abrigá-los no Hospital Nacional de Alienados (diante os movimentos da psiquiatria no Rio de Janeiro e também na proposta do Estado de Minas Gerais de assistência aos alienados), construiu-se o Hospital Colônia de Barbacena.

Simultaneamente, dois outros caminhos se desenvolviam, apesar de distante, para construção da realidade do Hospital Colônia de Barbacena. Sendo o desenvolvimento e crescimento industrial e ferroviário, na extensão do território brasileiro – iniciado na passagem do século XIX para o XX, e, conseqüentemente, na mudança do sistema governamental; e o desenvolvimento do saber médico na academia e a luta da psiquiatria como especialidade independente – intimamente relacionado à participação política e acadêmica de psiquiatria e da própria psiquiatria (enquanto classe médica), iniciados no Rio de Janeiro.

Com isso, inicia-se, nas primeiras décadas do século XX, relações industriais, de produção e de mercado. Ainda com comércio de produtos do campo (como o café e derivados bovinos) e dependência do sistema ferroviário para transporte destes produtos. Havendo investimentos para industrialização, para acompanhar as mudanças geradas na criação de Estados, e sua autonomia, ao sistema político-ideológico (Capitalismo) e ao sistema econômico de produção (industrial) em desenvolvimento.

Em contrapartida, neste mesmo período, apresentava-se uma luta dos médicos para erradicar doenças e curar doentes<sup>8</sup>. Aumentando gradativamente no desmatamento e na expansão urbana e ferroviária. Criando-se, em primeiro momento, uma imagem de esperança sobre os trens, de cura das doenças (como a febre amarela). Após a finalização de grandes linhas ferroviárias, ligadas ao Rio de Janeiro, principalmente, no Sul, adota-se uma nova visão sobre eles, o “trem de doido” (ARBEX, 2013, p. 23).

Dividindo-se em dois momentos. Sua chegada – com novos internos – e sua saída – com corpos (mortos) – do Hospital Colônia (ARBEX, 2013). Assim, o meio utilizado para chegada das figuras desviantes, principalmente de outros Estados, para Barbacena, era através dos trens. Uma representação das pessoas que eram translocadas para internação, perdendo sua autonomia e, alguns, suas identicações, e sem perspectivas do tratamento ofertado.

---

<sup>8</sup> Houve um movimento de vacinação contra a febre amarela, peste bubônica e varíola, por Oswaldo Cruz. Tendo como estratégia: apresentar os riscos das doenças, isolar os doentes e, obrigá-los a receber o tratamento vacínico.

Por outro lado, a saída era dividida entre a vida ou morte. Aos que saíam vivos, que eram raros os casos, evidenciaram-se perto do seu fechamento (também em decorrência dos movimentos de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial), podendo ficar no convívio das ruas, sem direcionamentos, ou assistidos por algum equipamento social. Quando não se tinha a possibilidade de sair espontaneamente (desde a abertura até a manutenção do Hospital Colônia), a saída era permanecer em condições desumanas, sem escolhas, ou, quando morto, eram comercializados para faculdades de medicina<sup>9</sup>. Sendo utilizado os trens como principal forma de transporte para isso. A comunicação entre os estados, dava-se por isso.

Neste comércio, foram 1.853 mortos vendidos, para 17 faculdades. Tendo como principais causas da morte a fome, o frio – sendo que para além das baixas temperaturas no Estado de Minas Gerais, os internos eram molhados antes de dormir –, maus-tratos, torturas e doenças (em decorrência das negligências para com eles). Ressaltando que, dentre os ocupantes do Hospital Colônia, a maioria não era diagnosticada com transtornos mentais (ARBEX, 2013).

Isto, proporcionando margens para o desenvolvimento acadêmico do saber médico (posterior e especificamente, psiquiátrico). O estudo dos corpos, das peças anatômicas, órgãos, etc., fortaleceu a visão anátomo-fisiológica do funcionamento humano. Com o foco de preservar a vida – ou determinados tipos de vida – e curar doenças – quer através de intervenções cirúrgicas, quer por medicação<sup>10</sup>. Construiu-se um conjunto de conhecimentos técnicos e práticos sobre o corpo. Em direcionamento aos corpos que habitaram nos equipamentos da loucura.

Assim, o Hospital Colônia de Barbacena, deu continuidade à limpeza social do convívio de figuras indesejáveis, moralmente, passou por outro processo de transfigurar a imagem do equipamento de higienização social para mortificação e comercialização destas figuras indesejáveis. Sendo tanto o equipamento, quanto suas vias de acesso.

Por fim, no Ceará, especificamente em Fortaleza, em 1886<sup>11</sup>, inaugurou-se o Asilo para alienados São Vicente de Paula. Passando por um processo similar às outras localidades. Anterior a sua construção e inauguração, as Santas Casas – e cadeias públicas – abrigavam as figuras da loucura, e incluindo a constituição organizacional do Asilo para alienados (OLIVEIRA, 2011a; 2011b; 2014).

Ou seja, indicou-se um contexto religioso-institucional para com os, ditos, loucos. As

---

<sup>9</sup> Apesar da despectuação entre Minas Gerais e o Rio de Janeiro, o Estado que mais comprava corpos, partes dos corpos, órgãos, etc., foi o Rio de Janeiro (ARBEX, 2013).

<sup>10</sup> Não distante do movimento, do século XIX, de tornar a loucura doença mental e propor intervenções cirúrgicas (especialmente, em áreas específicas do cérebro) e/ou terapêuticas medicamentosas.

<sup>11</sup> O Asilo São Vicente de Paula ainda se encontra aberto e funcionando.

Santas Casas, em massa, figuravam as instituições de abrigo, porém, além delas existiam os Hospitais de Misericórdia/Caridade e o um asilo de alienados (um localizado nas proximidades da Vila da Porangaba) – juntamente com o cemitério São João Baptista – formavam os “*estabelecimentos pios*” (OLIVEIRA, 2011b, p. 22, grifo da autora). Os três (hospitais, asilo e cemitério) sob direção das Santas Casas – estando dentro do Estatuto da Santa Casa.

O Estatuto da Santa Casa demonstrava as propostas de funcionamento institucional e para com seus internos. Entendendo-os como “(...) *pobres e desvalidos* (...) [e] uma massa de pessoas heterogêneas que receberam alcunha de *indigentes*” (OLIVEIRA, 2011b, p. 22, grifos da autora). Não negando a existência da loucura nesses espaços. Apenas, foi invisibilizada, dentro de aspectos legais, nestes equipamentos. Possuindo uma nomenclatura comum com outras populações indesejadas socialmente, neste período.

Em contrapartida, haviam especificações da loucura<sup>12</sup>, construídas gradativamente (FREITAS, 2012; OLIVEIRA, 2014). Ou seja, 1) torna-se um objeto de estudo e tratamento da medicina, visando o funcionamento dito natural (biológico); 2) possui uma diferença entre loucura e alienação – entendendo, respectivamente, como uma idolatria supersticiosa de culturas antigas, e como um desvio psicopatológico; 3) apesar das diferenças, no discurso médico, há concepções que anomalias do funcionamento anatômico e fisiológico seriam causas primárias; 4) torna-se uma doença crônica, sem sintomas secundários – como a febre –, caracterizando-se por uma desordem na dimensão cerebral, da sensibilidade, da inteligência e da volição; 5) caracteriza-se pela presença de delírios, subdividindo-se em categorias – mania (envolvendo a ideia de ser perseguido), monomania (exaltando o sentimento de superioridade e de grandeza, podendo estar relacionado à conteúdos religiosos), lipomania (como tristeza profunda), erotomania (exaltação dos sentimentos de superioridade e grandeza com conteúdo erótico, amorosos e/ou sexuais) e cacodemonomania (por possessão de espíritos); por fim, 6) poderia ser associada à criminalidade, ao homicídio, a cleptomania e embriaguez e alcoolismo (ou, também, ao uso de ópio).

Em consonância do status da loucura como possibilidade de criminalidade, o desenvolvimento massivo de cadeias no território nacional, adaptou a realidade deste equipamento (as cadeias públicas) para recebê-la. Assim, as Santas Casas de Misericórdia (e os outros dispositivos sob sua direção) e as Cadeias Públicas formaram as “(...) redes sociais que envolveram a loucura no Ceará antes da construção do Asilo São Vicente de Paula” (OLIVEIRA, 2011b, p. 23).

---

<sup>12</sup> Nas palavras de Francisco Ribeiro Delfino Montezuma, presentes em um jornal da época (A Gazeta do Norte), em 1882. Sendo a matéria intitulada de Cartas sobre a Loucura.

Ocorrendo, nas cadeias, o mesmo processo das Santas Casas, a invisibilização da loucura<sup>13</sup>. Ainda que se visualizasse uma heterogeneidade do público interno nestes equipamentos, paradoxalmente, não se reconheciam especificidade, tratava-se de uma homogeneização dos internos (FREITAS, 2012; OLIVEIRA, 2011a; 2011b). Quiçá como desajustados ou indesejáveis, mas, pobre e escravos apareciam constantemente.

Também, em relação às Cadeias Públicas – além das suas propostas de correção do desvio moral através da labuta –, foram construídas em municípios próximos à Fortaleza, como Icó, Crato e Granja, na tentativa de diminuir a demanda na atual capital cearense e possibilitar maior agilidade de resolução para com essas localidades circunvizinhas (OLIVEIRA, 2011b) – entrando também São Benedito, Várzea Alegre, Sobral, Iguatu, Aracati, entre outros, que enviavam alienados para Fortaleza.

Neste sentido, o Asilo de Alienados surge como estratégia para com essa invisibilização. Mesmo apresentando dificuldades – na infraestrutura e na administração – durante os primeiros anos de funcionamento. Assim, a superlotação – por desejo da gestão, em acolher o público da pobreza, pois, para gestão, não poderia negar o tratamento para eles – e a ausência de um saber especialista (psiquiatria ou, quiçá, médico alienista) para direcionar os tratamentos para com os internos (OLIVEIRA, 2011a; 2011b). Em continuidade, o público que ocupava o Asilo de Alienados, eram os indigentes, desvalidos e os loucos criminoso (ditos, também, alienados).

Com isso, o funcionamento do Asilo de Alienados São Vicente de Paula apresentou, entre sua abertura – século XIX, período monárquico – e seus primeiros anos de funcionamento – século XX, período republicano – duas funcionalidades, basicamente (OLIVEIRA, 2011a; 2011b). Ou seja, a primeira formada pelo conjunto de dispositivos de aprisionamento – juntamente com as Santas Casas e as Cadeias Públicas –, a rede disposta para com a loucura (quiçá, a pobreza). Procurando formas de tratamentos laborais para correção das figuras desviantes. Resultando na limpeza da pobreza na Província/Estado.

Paralelamente, a outra funcionalidade se alternava de acordo com a gestão do equipamento<sup>14</sup>. Entretanto, através de cada gestão, em comum, avaliava-se a loucura diferentemente do público geral que ocupava o Asilo de Alienados. Assim, quando era o alienado (ou também o louco criminoso), quiçá, internos destoantes dos demais (da pobreza). Um público que tinham condições de financiar um tratamento, sendo o único intuito de estadia

---

<sup>13</sup> Uma das formas de diferenciar os ditos alienados dos demais internos era pela produção e desempenho nos trabalhos e atividades nas oficinas propostas. Assim, apresentando dificuldades ou impossibilidades, provavelmente seria visto como louco. Ainda, o trabalho era a forma de correção moral (OLIVEIRA, 2011b).

<sup>14</sup> Cf. Oliveira (2011b), p. 158-216.

neste equipamento. Visando uma possível (re)convivência com este interno, cotidiana e socialmente.

A saber, sobre os hospitais psiquiátricos brasileiro<sup>15</sup>, o funcionamento, objetivos, contextualizações, perfil dos internos, etc., durante a abertura e a manutenção (aproximadamente, metade do século XIX até o final século XX) – era a limpeza e o isolamento das figuras que desviavam da ordem e do progresso social –, perderam-se em decorrência das reformas sobre os dispositivos dos alienados (os discursos da medicina e da psiquiatria, os equipamentos, as relações sociais e imaginárias sobre a loucura, etc.). A influência das reformas psiquiátricas de outras localidades – Itália, com a Psiquiatria Democrática, e França, com a Psiquiatria de Setor (PASSOS, 2009) –, possibilitando a redução dos hospitais psiquiátricos (tanto os com uma atuação mais contemporânea, quanto os tradicionais) e a articulação de equipamentos e programas substitutivos e, posteriormente, uma rede de atenção.

Ou seja, em primeiro passo a ruptura, parcial ou total, com os equipamentos dos alienados (principalmente, as Santas Casas, Asilos, Manicômios, Hospitais Psiquiátricos, Hospitais Colônia) e a participação política e social dos profissionais, na causa dos direitos e deveres dos internos; por outro lado, considerando a demanda, enquanto não se articula os equipamentos substitutivos e/ou a rede de atenção, e, também, modificar o funcionamento dos equipamentos dos alienados, em função da singularidade de cada território. Assim, no final do século XX, alguns Estados e, conseqüentemente, municípios, fecharam os, ditos, hospitais psiquiátricos, outros, ainda permanecem em funcionamento, na justificativa da articulação dos equipamentos de desinstitucionalização e da atuação diferencial nos hospitais psiquiátricos.

## **5 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CRATENSE: A CASA DE SAÚDE SANTA TERESA**

Sendo a realidade do norte do Ceará (na Capital cearense) marcada pela expansiva criação das Cadeias Públicas, da internação das figuras da pobres e indigentes, juntamente com àqueles equipamentos. Assim, como estratégia para reduzir as demandas que chegavam na capital cearense, foi criar estes equipamentos em territórios circunvizinhos. Compreendendo a função destes equipamentos em retirar da convivência e vivência destas figuras desviantes das ruas e do cotidiano social, a favor do desenvolvimento e progresso social.

---

<sup>15</sup> Próximo aos anos de reforma psiquiátrica, por volta de 1980, o Brasil possuiu 430 hospitais psiquiátricos, sendo 357 de caráter privado. Apresentando, simultaneamente dois eventos anteriores agregados. O período da Ditadura Militar e o grande investimento na rede hospitalar privada. A saber, nas últimas décadas do século XX, mundialmente, criticava-se as instituições psiquiátricas, porém, no Brasil, ainda se criava e/ou preservava sua existência (CUNHA, 2013; GIMBO, 2017).

Simultaneamente, alguns fenômenos que produziram e intensificaram a emergência destas figuras no Ceará. Sendo as secas e a estiagem – iniciada nos anos de 1870 no território cearense, porém, durante as primeiras décadas do século XX houveram outras secas – que proporcionaram o surgimento de algumas doenças e alguns enfermos. Estando o Asilo de Alienados e as cadeias (distribuídas nas cidades circunvizinhas também) aptos ao acolhimento deste público – alguns, ditos, alienados, nestes anos de seca, passaram a ser rotulados de doentes físicos ao invés de doentes mentais (OLIVEIRA, 2011b).

As secas não são simplificadas aos processos cíclicos e climáticos, nesta região (ou nas quais estão presentes), interferem-se em outras dimensões econômicas, políticas, de estruturação social, inter-relacionais, de processos de saúde e adoecimento. E ainda, assemelham-se a outras expressões, como: fome, miséria, migrações, pobreza (NEVES, 1995; 2001). Estando, estas expressões, em determinadas narrativas (religiosas, jurídicas, econômicas, entre outras), propensas ao desajustamento social, sendo fatores possíveis para a criminalidade ou desordem moral, religiosa e cívica (POMPEU SOBRINHO, 1953).

Em sua expressão de migração, acarretou no cenário alarmante em Fortaleza, com a ocupação de migrantes (ou, em narrativas locais, de retirantes) – das cidades do interior, principalmente. Como dado de um número quase quatro vezes maior que a população da capital cearense (NEVES, 1995). Em continuação, na chegada dos retirantes, mudou, estrutural e politicamente, a cidade. Desenvolvendo o que foi compreendido como desajustamento social (o desacato moral, a criminalidade e epidemias), por alguns acontecimentos (suicídios, assaltos e furtos, etc.), entre eles, a loucura adentrava à lógica de desordem social.

Esta realidade, e juntamente com o incômodo ocasionado àquelas narrativas, desenvolve-se uma nova instituição (certamente ambígua e arbitrária) para resolver a desordem presente, sendo os Campos de Concentração (NEVES, 1995; 2001). Tornando-se espaços estrategicamente destinados aos retirantes. Facilitando sua entrada nos campos, porém dificultando sua saída. Na tentativa de higienização da capital cearense e, também, de moralização dos retirantes (POMPEU SOBRINHO, 1953; NEVES, 1995).

Acreditava-se, independente das narrativas, que os campos de concentração eram instituições que se realocou os retirantes, dificultando sua saída, para que não houvesse perturbações, de qualquer ordem, nas cidades. Diferenciando-se nas narrativas que, politicamente, apoiavam a criação e o desenvolvimento de mais campos e, de outro lado, os que percebiam sutilezas de práticas excludentes e de institucionalização neles (NEVES, 1995).

Assim, pelo apoio, era dito que os campos eram formas de abrigar pessoas não naturalizadas, principalmente, de Fortaleza – ainda que afastado da Capital<sup>16</sup> –, em troca de proteção, alimentação, e moradia, e facilitaria a distribuição de primeiros socorros e tratamentos eficientes e mais humanizados. Por outro lado, era dito que os campos de concentração falharam em permanecer com assistência aos retirantes, e não seria uma prática sustentável, pois: apresentaria péssimas condições sanitárias, sem água potável ou qualquer higiene no local ou para os próprios habitantes; não apresentavam nenhuma assistência ao que já habitavam os campos, uma vez que muitos permaneceram permanentemente neles, e outros, já mortos, ficavam expostos e não eram retirados; dentro dos campos haviam superlotações e indiscriminação de quem passaria por lá, tendo um registro, aproximado, de 8 mil pessoas (Campo de Concentração de Alagadiço) e outro com, aproximadamente, 60 mil retirantes (Campo de Concentração de Buriti – no município de Crato).

Consequentemente, o Cariri cearense, também, foi afetado por estes fenômenos, aumentando a demanda de internação nesta localidade. Formando a realidade de pobreza e do desvio, especificamente, no Crato<sup>17</sup>. Ou seja, o primeiro sendo o Campo de Concentração de Buriti – ou Burity – (conhecido, também, por Curral de Buriti) – 1932; o segundo, a criação do Caldeirão da Santa Cruz do Deserto – 1937; e por fim, os processos de institucionalização das figuras desviantes pela Casa de Saúde Santa Teresa – 1970 – (GIMBO; DIMENSTEIN; LEITE, 2017). Ainda, em continuação, remetiam aos processos de exclusão, gestão e controle social de pessoas desvalorizadas.

Assim, os dois primeiros, o Campo do Buriti e o evento do Caldeirão, marcaram, não eventualmente, a história cratense – apesar de serem pouco conhecidas, tanto no contexto regional como nacional – sobre a atenção e o cuidado para com o público migrante e/ou da pobreza. Ademais, as práticas e discursos – a gestão – sobre este público, apresentam relação com as vivências institucionais do desvio neste território (GIMBO, 2017).

Proporcionando relações entre eles, o Campo de Buriti e o Caldeirão, como forma de assistência aos migrantes. Assim, por um lado, o campo de concentração – nas narrativas que existiam sobre esta instituição –, ofereceria comida (dita por ração), água, cuidados e abrigo – ainda que em troca fome, sede, doenças, mortes para alguns – para que migrantes não

---

<sup>16</sup> Foram criados, aproximadamente, cinco campos de concentração próximos a Fortaleza. Visando a retirada direta dos retirantes da/na cidade. Ainda, outros campos foram construídos para reduzir a migração direta para Fortaleza.

<sup>17</sup> O Crato, juntamente com Juazeiro do Norte e Barbalha, forma a região metropolitana do Cariri cearense, no Ceará. Sendo o oitavo município da microrregião cearense, ao sul do Estado. No seu trajeto de construção, foi marcada por um contexto coronelista e religioso. Aproximando-se ao desenvolvimento que Fortaleza apresentava, na economia, cultura, política, etc. Ainda, sua localidade possibilita o contato com outras regiões diferentes da capital, incluindo de outros estados.

adentrassem na cidade de Crato (NEVES, 1995; GIMBO; DIMENSTEIN; LEITE, 2017); e, por outro, o Caldeirão de Santa Cruz do Deserto como uma comunidade que pregava e ensinava práticas e ideais de igualdade, por grande influência de religiões cristãs. Surgindo duas figuras importantes para o Caldeirão, o Beato José Lourenço (Zé Lourenço) e o Padre Cícero Romão Batista (Padre Cícero) – sendo o Zé Lourenço o líder religioso do Caldeirão e o Padre Cícero considerado um padre milagreiro em decorrências dos acontecimentos com as hóstias que se transformavam em sangue, repetidamente, na boca da beata Maria de Araújo – (RAMOS, 1998).

Havendo uma relação próxima entre Padre Cícero e Zé Lourenço, considerando um apoio do padre milagreiro para com a comunidade do Caldeirão. Ainda, certas ocasiões, uma delas em decorrência desta relação, resultaram no ataque militar sobre a comunidade, em sua destruição e na morte dos seus habitantes. Considerando que os ideais e as práticas que ocorreram neste espaço, desagradaram alguns grupos políticos, religiosos e de militares. Primeiramente, era visto que aquela quantidade de pessoas reunidas e com uma organização visando a igualdade, seria um grupo de comunistas que planejavam atacar e destruir a ordem social e política em questão; por fim, com a morte de Padre Cícero, as terras do Caldeirão foram passadas – quiçá, retornaram – para a Ordem dos Salesianos, que expulsou os moradores que sobreviveram aos ataques militares no lugar (RAMOS; 1998; CORDEIRO, 2004).

Diante desses processos de institucionalização, para além da Casa de Saúde Santa Teresa, em – 21 de junho de – 1970 (aniversário da cidade), anteriormente, articulavam-se um conjunto de equipamentos hospitalares e de saúde. Distribuiu-se, entre 1920 aos primeiros anos 1960, de caráter privado (e privado beneficente): Hospital São Francisco de Assis, Casa de Saúde N. S. da Conceição, Hospital Infantil, Maternidade e Hospital Infantil, Maternidade Dr. Joaquim Teles, Casa de Saúde e Maternidade São Miguel, e Casa de Saúde Joaquim Bezerra; de caráter público: Posto de Profilaxia Rural Justiniano Serpa, Posto de Tracoma, Posto Puericultura e Posto de Endemias Rurais (CUNHA, 2013; GIMBO, 2017). Em continuidade, alguns destes equipamentos hospitalares apresentavam ligações, o Hospital São Francisco de Assis, a Casa de Saúde São Miguel e a Casa de Saúde Santa Teresa, partiram de uma mesma iniciativa particular, de um grupo de médicos. E apresentando um caráter religioso sob sua gestão, inicialmente.

Os equipamentos de saúde, especificamente a rede hospitalar (composta pelas casas de saúde, hospitais e maternidades), apresentavam especialidades nos atendimentos para a população cratense. Mesmo com à classificação de hospital geral, alguns adotaram e executavam os tratamentos para as figuras desviantes, como a terapia por choque – por parte

do Hospital São Francisco de Assis – (GIMBO, 2017). Evidenciando a presença da loucura neste território: nas instituições, nos noticiários<sup>18</sup> e no cotidiano e imaginário da população.

Paralelamente, quando a convivência destas figuras desviantes passou a incomodar os habitantes – entre eles, políticos e empresários –, atribuiu-se a Casa de Saúde Santa Teresa o acolhimento deste incômodo. Destacando, na linguagem regional, dois públicos destinados ao abrigo institucional, os doidos e os mendigos (GIMBO, 2017; GIMBO; DIMENSTEIN; LEITE, 2017). Em continuação, ao retirá-las do convívio, promoveria uma depuração das ruas, da imagem da cidade, além de restaurar e manter o funcionamento, dito, normal da cidade.

Ainda, mesmo as cadeias acolhendo esse público da pobreza e os disciplinavam para funcionarem perante a ordem social, não seria suficiente para apagar suas manifestações (GIMBO, 2017). Ou seja, a Casa de Saúde Santa Teresa apresentaria diversas funcionalidades para afastar, retirar, tratar, disciplinar as figuras que ameaçavam a ordem e o desenvolvimento social. E, sua instalação, também, proporcionou maior destaque e visibilidade na região (e em outros estados) – pois, tornou o Crato como município com ampla rede de saúde, com desenvolvimento econômico (próximos ao da Capital cearense) e apta a receber e tratar de diversas situações, voltadas para saúde.

Tornando-se referência para o tratamento das doenças nervosas, da loucura/pobreza, a Casa de Saúde Santa Teresa enfrentou o loteamento de leitos. Desde de sua abertura até seu fechamento, manteve-se atendendo territórios próximos. Chegando a apresentar 300 leitos, durante seu período de funcionamento. Ainda, para se manter nestas atividades, contava com auxílio de programas governamentais (INPS – Instituto Nacional de Previdência Social), mesmo sendo por iniciativa privada de um grupo específico de médicos – Maurício Monteiro Teles, Elígio Figueiredo Abath e Carlos Barreto Carvalho – (CUNHA, 2013). E, estando este grupo de médicos responsáveis pela direção do equipamento, enquanto suas esposas ficavam a cargo da administração.

A serviço da população, esta instituição ofertava tratamentos como: psicoterapia, eletrossonoterapia, corletiterapia, insulinoaterapia e sonoterapia (CUNHA, 2013). Ou seja, tratamentos de ordem instrumental por emissão de choques, medicamentosas e relacional-catártica. Sendo que alguns tratamentos foram retirados ou substituídos. Ao passo que os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial ganhavam forças e o repasse de

---

<sup>18</sup> Alguns jornais, uns locais e outros não, informaram o processo de abertura e anunciavam as relevâncias e o destaque do equipamento psiquiátrico no Cariri cearense. Entre eles: A ação, Revista Itaytera, Jornal do Cariri, Folha de São Paulo, Tribuna do Ceará e Diário do Nordeste (CUNHA, 2013; GIMBO, 2017).

verbas reduziam, para leitos psiquiátricos (Lei 10.216<sup>19</sup>), houveram tentativas de manter o hospital psiquiátrico com uma ótica, dita, humanizada, com a presença de outros profissionais da saúde – quiçá, da saúde mental –, para além dos médicos, psiquiatras e enfermeiros, como a presença de profissionais da psicologia – tanto na participação da equipe de atuação, como na coordenação do equipamento.

Por fim, dentro dos desdobramentos políticos, de movimentos e lutas para reivindicação de direitos para sujeitos da psiquiatria e a articulação de equipamentos substitutivos (CAPS – Centro de Atenção Psicossocial) e a rede de atenção à saúde, no Crato, a Casa de Saúde Santa Teresa é fechada em 2016, com 46 anos – inclusive, sendo antecipado seu fechamento em dois meses, de março para janeiro. Passando de um modelo psiquiátrico assistencialista para um modelo assistencial em saúde mental.

## 6 DISCUSSÃO DOS DADOS

Primeiramente, para construção da caracterização de mecanismos de exclusão, carece de dois entendimentos conceituais indispensáveis, o primeiro relativo a exclusão (consequentemente, seus processos e suas variações) e o segundo associado ao dispositivo (não necessariamente como equipamento, e sim como instrumento linguístico, substancial e virtual).

Antes, a exclusão se trata de um processo multifatorial e multidimensional. Interligando aspectos econômicos, inter-relacionais (sociais e comunitários), políticos, educativos-pedagógicos, etc. Incluindo, também, os processos de inclusão – e inserção perversa – (SAWAIA, 2011a). Assim, em continuação, a “[...] exclusão passa a ser entendida como descompromisso político com o sofrimento do outro” (ibidem, p. 8).

Com isso, ao adentrar no jogo relacional da exclusão, não corresponde a ruptura dos vínculos sociais e territoriais exclusivamente, isto compõem este jogo relacional, contudo, o processo se desenvolve, conjuntamente, quando a exclusão toma forma de inclusão, para manutenção de um status coercitivo para com figuras que perturbam a ordem social (SAWAIA, 2011a; 2011b). Ou seja, a sutileza da exclusão está presente na produção e manutenção da desigualdade social, entre essas figuras que perturbam a ordem social, geralmente, localizadas e colocadas nesta dimensão do descompromisso político, e outras figuras que criam e/ou mantêm o status de coercitividade – tanto de forma direta, quanto indireta.

---

<sup>19</sup> Próximo ao fechamento da Casa de Saúde Santa Teresa, o programa de auxílio-manutenção dela já não partia do INPS, e sim do Sistema Único de Saúde (SUS). Favorecendo a redução dos hospitais psiquiátricos, pela Lei 10.216 que redireciona o modelo psiquiátrico assistencialista para o assistencial em saúde mental, garantindo proteção e direitos para com pessoas diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico (BRASIL, 2001).

Ainda, para esse processo de exclusão como inclusão, articula-se com a sociedade – enquanto sistema – que se utiliza dessa manutenção para criar uma imagem marginal sobre as figuras desviantes, com isso, possibilita duas ocorrências – se não mais. O primeiro referente aos processos de culpabilização e individualização, eximindo a responsabilidade da sociedade sobre estas figuras desviantes, como se a produção do desvio (seja a criminalidade, a pobreza, a loucura, etc.) fosse uma autoprodução (as próprias figuras o produzissem) – transformando essas construções em fenômenos. Como fenômeno, tem-se uma concepção naturalizada sobre eles (como algo, quiçá, cíclico e que, simplesmente, acontece), estando a sociedade disposta a prestar assistência nesta, dita, dificuldade adaptativa (em outro termo, resistência) que estas figuras apresentam contra o sistema (capitalista) de produção (SAWAIA, 2011b; GUARESCHI, 2011).

E, por fim, a segunda, em desdobramento da primeira, arbitrária e ambivalentemente, em repulsar e/ou invisibilizar estas figuras, para que possa haver um distanciamento, seja perceptivo e/ou afetivo, aquém, em acolhê-las, contingencialmente, para compreendê-las ou se relacionar com elas como algo exótico (SAWAIA, 2011). Ou seja, algo que existe nelas e por elas mesmas, algo diferenciado do sistema.

Em sequência, o outro entendimento, contorna o conceito de dispositivo. Antes, o dispositivo se apresenta como uma rede que organiza e reúne elementos linguísticos, não-linguísticos e virtuais, de diferente ordem e classes, podendo ser discursos/narrativas, instituições, normas e regras, conceituações, as expressões (de diversos veículos), etc.; após, os dispositivos se localiza inscrito em dada relação de poder; e, por fim, o dispositivo, neste pertencimento da relação de poder, intimamente, configura-se em uma relação saber-poder (AGAMBEN, 2009<sup>20</sup>). Ou seja, o dispositivo se torna uma estratégia da governamentalidade, tornando-se um veículo de expressão de poderes e saberes (ou, também, no singular) e de produção de novos poderes e saberes.

Em continuação, os dispositivos apesar de apresentarem relação com as tecnologias de poder, nas quais, visam a garantia da segurança, estendem-se e se ampliam a estas tecnologias. Assumindo três, possíveis, significados – na linguagem francesa – enquanto jurídico (retomando ao limite da decisão e disposição pela ordem), tecnológica (sendo máquina, mecânica e mecanismo) e militar (como veículo de execução e organização de planos). Fazendo coerência com a dimensão visível deles, porém, há uma descaracterização histórico-relacional, perde-se a contextualização com o território, com a cultura e os discursos. Assim, em sequência

---

<sup>20</sup> Nesta colocação, Agamben utiliza das palavras de M. Foucault, dadas em entrevista, em 1977. Cf. página 13.

a perspectiva anterior, o dispositivo assume um sentido, simultaneamente, jurídico, tecnológico, militar, linguístico e não-linguístico (AGAMBEN, 2009).

Diante disto, como extensão a compreensão do termo, dispositivo é “[...] qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos” (AGAMBEN, 2009<sup>21</sup>, p. 40). Não distante, estas capacidades estão interligadas, não somente as tecnologias de poder, também de formas de subjetivação – grosso modo, também ligado ao que foi exposto como governamentalidade, de gestar certos modos de vida e certas vidas em dado sistema.

Tendo isto, apresenta-se dois mecanismos de exclusão, o primeiro sendo o mecanismo ideológico (aparato do Saber); o segundo sendo o mecanismo político (aparato do Poder); por uma compreensão didática, são descritos separadamente, porém, sua ocorrência e/ou organização é conjunta e simultânea. Por vez, cada mecanismo corresponde ao agrupamento de diversos elementos, que por vez, mantém, modela, gesta, gere, etc., um sistema, uma população, um grupo, e/ou indivíduos. Assim, não se trata de conceituar e resgatar as exposições quanto ao Saber, ao Poder, e suas relações. Torna-se uma tentativa, descritiva, de adentrar o contato da loucura no Cariri cearense (vide, Crato) e na Casa de Saúde Santa Teresa.

Ao mecanismo ideológico, cabe-se a introdução de um elemento sobre os períodos desenvolvimentistas do Nordeste (vide, Ceará e Crato). As narrativas do Mercado (de trabalho). Não obstante, certas políticas atravessavam a plaga, em destaque, o Nordeste, em relação aos períodos de seca (NEVES, 2001) – e não somente isto, tangenciando as relações industriais, agrícolas, socioeconômicas, entre outras, que, primeiramente, houveram investimentos nestas relações, e, posterior e continuamente, gerou-se desigualdade e divisões de classe (VIDAL, 2017). Ou seja, durante este período de partida (as secas), que também ocorria o Governo de Getúlio Vargas (Era Vargas) – na década de 30 –, iniciou-se um Estado de apadrinhamento aos retirantes, principal e ambigualmente, no fornecimento de alimentos (contraditoriamente, eram retirados os alimentos deles e, depois, devolvidos).

Para este evento, configura-se um estado, para os retirantes, de absoluta necessidade quanto às formas de obtenção de comida e da própria alimentação. Criando-se, noticiada e popularmente, que os pobres<sup>22</sup> (vide, retirantes) procuravam e aceitavam trabalhos de qualquer natureza – para manutenção dessa ordem –, incluindo em trabalhos de extrema exploração

<sup>21</sup> Já nesta consideração, Agamben, em suas palavras, desenvolve o conceito de dispositivo segundo M. Foucault.

<sup>22</sup> Recordando que pouco se diferenciava os públicos desviantes. A relação com a loucura – incluindo outras figuras desviantes – adentrava nesta classificação, quando não, surgia-se mendigos. Cf. Gimbo (2017), páginas 70-71.

(NEVES, 2001). Com isso, pela ordem de um discurso, uma garantia de sobrevivência era a submissão ao trabalho, em suma, de grande quantidade e baixas qualidade. A manutenção dessa abruta mão de obra, estava na capacidade de gerenciar, estrategicamente, as necessidades – quiçá, as absolutas necessidades – e a fidelidade e idolatria ao Estado padrinho.

Um segundo elemento, em continuação as narrativas de trabalho, circulam dentro da economia e produção. As narrativas políticas-econômicas (capitalistas). Na própria participação do INPS, com o investimento da rede hospitalar privada – inclusive, que subsidiou a criação da Casa de Saúde Santa Teresa – (CUNHA, 2013). Adentrando ao componente da governamentalidade, “forma específica, embora complexa, de poder [...], por principal forma de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança” (FOUCAULT, 2008c, p. 143).

Em continuação, surgindo espaços e objetivos para com as figuras que podem trabalhar, para com as figuras que podem ser disciplinadas (potência do corpo) e para com as figuras que não adentram em nenhuma destas. Ou seja, por um lado, o propósito do desenvolvimento da rede hospitalar (por assim dizer, uma rede de saúde), tanto privada como privada beneficente, separava o público que financiaria diretamente seu tratamento e outro que seria assistido uma iniciativa assistencialista. Incluindo, aqui, a relação com a moldagem (disciplina) e na extensão da vida (biopoder) para manutenção de dada ordem social, e, para outros, o afastamento do convívio nas ruas da cidade – isolados, institucionalmente – (GIMBO, 2017).

Aos processos de institucionalização, como na própria Casa de Saúde Santa Teresa (convívio isolado dentro da cidade) – ou, em períodos anteriores a ela, como o Campo de Concentração do Buriti (convívio isolado fora da cidade) – que proporcionou uma nomeação de referência as figuras que ocupavam este espaço. O significante *doida/doido*<sup>23</sup> (fazendo referência ao reconhecimento, por nome, da loucura, neste contexto) era “[...] evocado para toda e qualquer atitude tida como *estranha, diferente, anormal* [...]” (CUNHA, 2013, p. 15, grifos da autora).

Ainda, a própria classificação (nomeação) se torna uma extensão do segundo elemento. Enquanto os processos de economia e produção, necessitava de figuras habilitadas para adentrar e manter a ordem deste sistema. Por outra, certos significantes (tal como o de *doida/doido*), para além, de anormalidade ou estranhamento, vinculava-se a ideia de agressividade, periculosidade, instabilidade, com péssimas condições de higiene, inapta ao convívio social e,

---

<sup>23</sup> Cf. Cunha (2013). A autora traz uma nota do jornal A Ação, datada no dia 15 de maio de 1971, que faz referência à Júlia doida, uma figura que perturbava a moral familiar e a livre transição da população, havendo uma intervenção para com ela, retirando-a e a trancafiando, fora das ruas.

consequentemente, aos processos de trabalhos e produção. Com isso, tais características, também se representou outro público presente nas ruas, os mendigos (GIMBO, 2017). Sendo que estas figuras também não apresentaria um lugar (de vínculos sociais), dito, útil nos meios de produção, incluindo que para isso, haveria – se não, há – gastos (financeiros) para essa habilitação.

Em consideração aos elementos, tornam-se discursos que promovem duas formas de invisibilização, uma através da exclusão – diretamente – e outra pela inserção perversa (SAWAIA, 2011a; 2011b; GUARESCHI, 2011). A exclusão como descaracterização das figuras enquanto parte ativa do sistema, sendo trancafiadas – mesmo que temporariamente – do convívio e da vivência nas ruas, na cidade, por suas expressões, que desagradou o sistema e a moral. Por outro lado – principalmente pelas dificuldades envolvendo a superlotação dos equipamentos –, paradoxalmente, deixava-se as figuras desviantes desassistidas, nas próprias ruas, seja pela descrença de alguma mudança ou pela incapacidade de alguma figura de afetar ou perturbar a ordem social; por fim, ao que compete os mecanismos ideológicos, volta-se na produção de discursos, de estratégias, de uma visão interventiva, de filiação ao sistema e na concepção de vidas que merecem ser fortalecidas (e adaptadas) ou negligenciadas.

Ao mecanismo político, cabe-se, inicialmente, enquanto dimensão estrutural, instrumental e prática do mecanismo ideológico. Ou seja, se o propósito de uma governamentalidade, nas narrativas de trabalho, de economia e produção, neste contexto, refletem uma necessidade de segregar e/ou invisibilizar, ou tentar consertar, as figuras desviantes (agora por nome de improdutivas). Para isso, habilitando certos espaços para correção moral ou isolamento dos centros urbanos, como prisões e a própria Casa de Saúde Santa Teresa.

Assim, sobre a Casa de Saúde Santa Teresa, como espaço que se destina às figuras improdutivas (vide, a loucura como expressão de doença mental e como objeto do saber-poder psiquiátrico), “[...] configura[-se] como espaço coercitivo e moral, que funciona como um mecanismo de dominação da vida, responde a imperativos políticos, à consolidação das formas de vida sob a égide do sistema capitalista” (GIMBO, 2017, p. 85). Ou seja, o dispositivo da psiquiatria (aqui como o conhecimento, o saber e as práticas psiquiátricas e a instituição) se propõem ao gerenciamento de forma específica de subjetivação e assujeitamento, pelo rompimento, direto, da liberdade (DREYFUS; RABINOW, 1995; AGAMBEN, 2009). Pelo entendimento que há discursos (da própria psiquiatria) sobre o funcionamento, os limites e as potencialidades de uma figura (quicá, corpo) desviante; e por outro lado, que há um rompimento direto de vínculos entre as figuras desviantes com o território e com a população – a saber,

ainda que um isolamento temporário (mesmo que constante, para alguns), o rompimento se refere, também, a incapacidade de ser percebido, fazer-se presente, de afetar (SAWAIA, 2009).

Aos elementos que compõem estas duas formas – subjetivação e assujeitamento – foram presentes na estrutura, instrumentos e nas práticas desta relação cindida de poder entre psiquiatras ≠ figuras internas. Assim, a localização do equipamento – entre as mais diversas informações existentes – sendo dentro da própria cidade. Tornando-se um lugar reconhecido, presente nas relações territoriais, pela entrada e saída de figuras desviantes. O espaço destinado para figuras que constringessem a moral familiar ou perturbassem a ordem pública e como espaço de correção do constringimento e/ou perturbação.

Ainda, a divisão e subdivisão do equipamento, a quantidade e distribuição dos alojamentos, tamanho da estrutura interna (os alojamentos, as salas de atendimento, o pavilhão, etc.) e externa (os muros, as portas de saídas, etc.). Classificando-se em como instituição para “[...] cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesma e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional” (GOFFMAN, 1974, p. 16-17). Ou seja, em continuação, posiciona-se como uma instituição total. E, também, totalização de uma instituição, em específico a Casa de Saúde Santa Teresa, é dobra entre interno-sociedade-interno, significando que o interno, ainda que fora da internação, levará, duradouramente, este significado.

Ao segundo elemento, sobre os instrumentos, está, intimamente, anexado ao terceiro, sobre as práticas. Assim, dos elementos dos fármacos (e psicofármacos) para o ato de medicalização (e/ou medicamentação), remetendo ao controle biológico (seja como controle de crises e/ou surtos, remetendo ao tratamento, ou como contenção de, ditos, estados de agressividade, de periculosidade). E sobre os efeitos dos fármacos, ao depender do seu tipo, pode remeter aos processos de docilização ou aos processos de disciplinarização (FOUCAULT, 2003). Ao outro elemento, os manuais classificatórios, para o ato de classificação, remetendo ao processo de qualificação, não somente da loucura (como doença mental, também), há uma orientação e direcionamentos do lugar de convivências e vivências, do tratamento, da nomeação das figuras internas. Entre isto, ao que remete aos processos de soberania (decisão sobre) a vida destas figuras (FOUCAULT, 2001).

Por fim, isso possibilita o retorno a governamentalidade e ao poder soberano, sobre outra ótica. Ou seja, em contrapartida ao modelo de governo (a arte de governo), envolvendo o contexto econômico, na ótica de uma figura específica (de um soberano), e sim, pela arte de governo sobre a perspectiva de uma ideia, um modelo ideológico, que assume o lugar de soberano (AGAMBEN, 2002). Assim, o desejo, na prática, no tratamento, na qualificação, na

decisão sobre (modos de) vidas que merecem viver e os que merecem morrer (serem deixadas morrer), não cabe ao psiquiatra, por exemplo, parcialmente, esta decisão. Releva-se a vontade do próprio sistema, a valorização advém da própria arte de governo.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento das formas de produção, da economia, da distribuição espacial e instrumental, tecnologias e, conjuntamente, do conhecimento de técnicas, durante e posterior ao século XIX (Revolução Industrial, internacional e nacionalmente), proporcionou, em sua continuidade e aperfeiçoamento, a emergência de discursos e práticas orientadas para construção de processos de identificação (de figuras, excluídas/inseridas) dos suportes do próprio sistema de governo. Por assim dizer, a governamentalidade (a arte de governar).

Entretanto, relativamente para esta arte de governar, operacionaliza nos imperativos de uma (super)valorização da mercantilização. Destacando seu modo de operação, como soberania, sobre e sob formas de vidas normativas e vidas desviantes. Utilizando-se de elementos, sutis e explícitos, para produzir narrativas, conhecimento e verdades (Saber), e práticas e instrumentos e tecnologias para efetivação destes (Poder) – além da produção de novos saberes –, para sustentação e desenvolvimento desta governamentalidade.

Em última forma, o conjunto dos elementos, em sua articulação, são os mecanismos e veículos desta governamentalidade, que neste sistema contemporâneo, utiliza-se a disciplinarização como tentativa de normalização, e, quando falha essa disciplinarização, a exclusão (vide, inserção perversa/segregação), em nome da ordem e do progresso social. Aparecendo em movimentos cíclicos, de conservadorismo e contra conservadorismo, e retorno moral à dada ordem (quicá, discurso) de funcionamento social.

Por fim, como visto, alguns governos, ou aspectos governamentais, conservadores, apresentam enunciados de verdades que excluía e segregaram certas figuras, e se sustentava por este movimento excludente. A exemplo, os hospitais psiquiátricos. Em contrapartida, outros enunciados foram se criando e se desenvolvendo em oposição. Resultando em dois processos, basicamente, e, exemplificando a partir da Casa de Saúde Santa Teresa, a modificação nos tratamentos, na hermenêutica dos internos (sobre o tratamento médico e o autocuidado), nas equipes profissionais e na relação instituição-sociedade; ou, na impossibilidade (de sustentar isso), foi fechado, em decorrência de propostas e novas instituições de desinstitucionalização.

Logicamente, a configuração perceptiva-crítica e histórica, molda-se pela quantidade (e qualidade) de dados oferecidos em narrativas, discursos, acontecimentos ligados, anterior, durante e posterior ao objeto estudado. Criando-se um limite frente a esta configuração. Diante

disto, a continuidade deste escrito, torna-se um compromisso político (e, quiçá, ético), com a história, com as figuras envolvidas (igualmente, em sua literalidade), com discursos, com instituições e propostas políticas que ameaçam, violentamente, a criação e o desenvolvimento de dispositivos de assujeitamento.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte : Editora UFMG, 2002.
- \_\_\_\_\_. **O que é contemporâneo? e outros ensaios**. Santa Catarina : Argus, 2009.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo : Geração Editorial, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica** de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. 2001.
- CORDEIRO, D. S. A. **Um beato líder**: narrativas memoráveis do Caldeirão. Fortaleza : Imprensa Universitária / UFC, 2004.
- COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5ª ed. rev. Rio de Janeiro : Garamond, 2007.
- CUNHA, C. M. S. **A fundação da Casa de Saúde Santa Teresa em Crato-CE (1970)**: história local, médicos e políticas públicas para área psiquiátrica. 2013. 191f. Dissertação (Mestrado) – Curso de História das Ciências e da Saúde, Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro. 2013.
- DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault – uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro : Editora Forense Universitária, 1995.
- ENGEL, M. G. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2001. 352p. Loucura & Civilização collection. Disponível em: <books.scielo.org>. Acesso em: 10 Ago. 2018.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7ª ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 2008a.
- \_\_\_\_\_. A “Governamentalidade”. *In*: FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos IV – Estratégia, Poder-saber**. 2ª ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 2006a. 26º texto, p. 281-305.
- \_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de Dezembro de 1970. 3ª ed. São Paulo : Edições LOYOLA, 1996.
- \_\_\_\_\_. A vida dos Homens Infames. *In*: FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos IV –**

- Estratégia, Poder-Saber.** 2ª ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 2006b. 20º texto, p. 203-222.
- \_\_\_\_\_. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. 8ª ed. São Paulo : Martins Fontes, 1999a.
- \_\_\_\_\_. **Doença Mental e Psicologia.** Rio de Janeiro : Tempo brasileiro, 1984.
- \_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade.** São Paulo : Martins Fontes, 1999b.
- \_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica.** 9ª ed. São Paulo : Perspectiva, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** 25ª ed. São Paulo : Editora Graal, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Nascimento da biopolítica:** curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo : Martins Fontes, 2008b.
- \_\_\_\_\_. **Os anormais:** curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo : Martins Fontes, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Segurança, território, população:** curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo : Martins Fontes, 2008c.
- \_\_\_\_\_. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 27ª ed. Petrópolis : Editora Vozes, 2003.
- FRAYZE-PEREIRA, J. A. **O que é loucura.** São Paulo : Editora Brasiliense, 1982.
- FREITAS, R. K. B. **Entre a pobreza e a loucura:** o discurso psiquiátrico, o Asilo de Alienados e as Cartas sobre a Loucura (1874 a 1886). 2012. 120f. Dissertação (Mestrado) – Curso de História Social, Pós-graduação em História Social, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2012.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6ª ed. São Paulo : Atlas, 2017.
- GIMBO, L. M. P. **Análise arqueogenealógica da Casa de Saúde Santa Teresa:** abertura, manutenção e fechamento de um hospital psiquiátrico. 2017. 170f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2017.
- GIMBO, L. M. P.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. Análise arqueogenealógica de mecanismos de segregação e exclusão social no Cariri cearense. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 22, n. 3, p. 461-472, 2017. Disponível em: <periodicos.uem.br>. Acesso em: 10 Ago. 2018.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo : Editora Perspectiva, 1974.
- GUARESCHI, P. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. 11ª ed. Rio de Janeiro : Editora Vozes, 2011. Cap. 9, p. 143-157.

NEVES, F. C. Curral dos Bárbaros: os Campos de Concentração no Ceará (1915 e 1932). **Rev. bras. de Hist.**, São Paulo, v. 15, n. 29, p. 93-122, 1995.

\_\_\_\_\_. Getúlio e a seca: políticas emergenciais na era Vargas. **Rev. bras. de Hist.**, São Paulo, v. 21, n. 40, 2001. Disponível em: <scielo.br>. Acesso em: 29 Out. 2018.

OLIVEIRA, C. F. A loucura entre três fontes históricas: Philippe Pinel, Francisco Montezuma e Gustavo Barroso. **História e Cultura**, v. 2, n. 4, p. 92-109, 2014. Disponível em: <revistas.uece.br>. Acesso em: 10 Ago. 2018.

\_\_\_\_\_. A Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e o Asilo São Vicente de Paula: a problemática da loucura no Ceará. In: MIRANDA, C. A. C. (Org.). **Cadernos de história – oficina de história: escritos sobre saúde, doença e sociedade**. Recife : Ed. Universitária da UFPE, 2011a. Cap. 2, p. 13-36.

\_\_\_\_\_. **O asilo de alienados São Vicente de Paula e a institucionalização da loucura no Ceará (1871-1920)**. 2011. 279f. Tese (Doutorado) – Curso de História, Pós-graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2011b.

PASSOS, I. F. **Reforma psiquiátrica: as experiências francesas e italianas**. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2009.

POMPEU SOBRINHO, T. **História das secas (século XX)**. Fortaleza : Ed. Batista Fontenele, 1953.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da Psiquiatria**. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2002. 152p. Loucura & Civilização collection. Disponível em: <books.scielo.org>. Acesso em: 10 Ago. 2018.

RAMOS, F. R. L. A Santa Cruz do Deserto: memórias do Caldeirão. **Proj. História**, São Paulo, n. 17, p. 361-380, nov., 1998.

SANTOS, R. J. Instituto Raul Soares: história e memória. **ARTIGOS**, v. 1, n. 1, p. 9-34, 1995.

SAWAIA, B. B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 11ª ed. Rio de Janeiro : Editora Vozes, 2011a. p. 7-13.

\_\_\_\_\_. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 11ª ed. Rio de Janeiro : Editora Vozes, 2011b. Cap. 6, p. 99-119.

\_\_\_\_\_. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 364-372, 2009.

SILVA, L. F. R.; GONZAGA, C. E. Das memórias bordadas à capital mineira da loucura. **CES Revista**, v. 31, n. 1, p. 61-81, 2017. Disponível em: <seer.cesjf.br>. Acesso em: 10 Set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Transfigurando o Leviatã:** sentidos, limites e ambiguidades do estado do bem-estar social no limiar da era neoliberal do capitalismo. 2017. 251 f. Tese (Doutorado) – Curso de Ciências Sociais, Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia. 2017.