



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

**INSTITUCIONALIZAÇÃO E EDUCAÇÃO DO MENOR *ANORMAL* EM SERGIPE  
(1940-1979)**

**MARTHA MORAIS MINATEL**

**SÃO CRISTÓVÃO (SE)**

**2018**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**  
**DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

**INSTITUCIONALIZAÇÃO E EDUCAÇÃO DO MENOR *ANORMAL* EM SERGIPE**  
**(1940-1979)**

**MARTHA MORAIS MINATEL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação.

**Orientadora: Dra. Verônica dos Reis Mariano Souza**

**SÃO CRISTÓVÃO (SE)**

**2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

**MARTHA MORAIS MINATEL**

**INSTITUCIONALIZAÇÃO E EDUCAÇÃO DO MENOR ANORMAL EM SERGIPE  
(1940-1979)**

**APROVADO EM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação  
em Educação da Universidade Federal de Sergipe  
para avaliação da Banca Examinadora.

---

Profa. Dra. Verônica dos Reis Mariano Souza (Orientadora)  
Programa de Pós-graduação em Educação/ UFS

---

Título Nome  
Instituição

---

Título Nome  
Instituição

---

Título Nome  
Instituição

---

Título Nome  
Instituição

**SÃO CRISTÓVÃO (SE)**

**2018**

Ao Marcelo e a tantas crianças e adolescentes que teimam em nos ensinar a cada dia, e por toda história, que a diferença não deve ser normalizada, mas sim respeitada.

## AGRADECIMENTOS

Desenvolver uma tese implica a reorganização do projeto de vida pessoal, no encontro com pessoas e saberes. Muitos são aqueles a quem devo agradecer nesse percurso, para além do que consigo registrar neste espaço.

Gratidão a Deus! Com sabedoria, paciência, perseverança e coragem fui agraciada e abençoada! Gratidão por se ter feito presente em cada pessoa, aprendizado e conquista!

A minha orientadora, Professora Verônica dos Reis Mariano Souza, pela confiança, paciência e respeito. Por compartilhar comigo seu conhecimento, por me incentivar, apoiar e, principalmente, por ter me acolhido tão afetuosamente não somente na vida acadêmica, mas pessoal! Sempre serei grata!

Aos professores Anamaria Gonçalves Bueno de Freitas, Joaquim Tavares da Conceição, Milena Cristina Aragão e Karina Soledad Maldonado Molina, pelo auxílio na tessitura desta tese no momento da qualificação e da defesa. Obrigada pelo olhar crítico e respeitoso e pelas grandes contribuições que enriqueceram sobremaneira este trabalho!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGED-UFS) que tive a honra de conhecer e tanto aprender neste percurso. Em especial, agradeço a Professora Rita de Cácia Santos Souza, pela acolhida, apoio e incentivo desde o início do doutorado.

Ao Professor Claudefranklin, do Programa de Pós-Graduação em História (PROHIS-UFS), pelos ensinamentos e por me ajudar na compreensão do “ofício do historiador”. Sem esquecer dos colegas que pude aprender sobre o fazer do historiador cultural: Josineide, Edla, Rosana, Viviane, José Adeilson, Reginaldo e, especialmente, Ane Rose e Danilo! Vocês fizeram a diferença!

Aos professores Iara Campelo Lima, Antonio F. Freitas, Maria Julia Cruz, Gracinha Barreto e a dra. Marbene Guedes por me ajudarem com as fontes históricas e ao Professor Antonio Samarone, pela leitura do texto e contribuições!

Aos amigos que o doutorado me presenteou, alguns mais próximos que outros, mas todos, a sua maneira, ajudaram na minha adaptação e desenvolvimento deste trabalho, seja pelas caronas, pelas dicas de leitura, pela escuta dos medos e desafios. Ana Luiza, Lívia, Conceição, Alessandro, Edivaldo e Patricia Nunes vocês foram muito importantes! Gratidão!

Às professoras amigas Natália e Bianca, que o Departamento de Terapia Ocupacional da UFS me oportunizou conviver e compartilhar minha trajetória, obrigada pela escuta e apoio no trabalho e na vida! E àquelas que continuam comigo, especialmente Raphaela, Taís e Sandra, obrigada pelo apoio e incentivo!

À Adriane, Camila e Eliane, queridas “ex-alunas” que me ajudaram na coleta de dados. Principalmente Adriane, por toda responsabilidade, compromisso, dedicação e afeto por mim e aqueles com quem convive! Sua sensibilidade e ternura fizeram a diferença!

Aos funcionários do Arquivo Central da Saúde do Estado de Sergipe, por me acolher por meses no serviço, sempre muito solícitos e disponíveis!

À Professora Mazé Guimarães, pela leitura cuidadosa deste trabalho!

Às minhas amigas distantes geograficamente, mas não no afeto e apoio, por se fazerem presentes, ainda que virtualmente, na minha trajetória acadêmica e de vida! Thelma Matsukura, Maria Fernanda Cid, Juliana Archiza e Bruna Tano! Gratidão pela amizade!

Ao Matheus e à Alane, irmão e cunhada queridos, Alaiti, uma das mães que a vida nos deu, gratidão pela torcida, por sempre acreditarem e me incentivarem! Que a saudade seja alimento para esse afeto!

À família que ganhei, Célio, Carol, Iraci, obrigada por sempre estarem próximos, mesmo distantes, acolhendo as angústias, compartilhando as conquistas e ajudando em tudo que precisamos!

Ao meu querido pai e Inês, agradeço por terem me oportunizado um irmão lindo como o Marcelo e por dividirem comigo as alegrias e desafios desta vida! Juntos sempre seremos mais fortes! Ao meu pai, por me ensinar a cada telefonema e abraço, quando possível, que o amor transcende barreiras geográficas e que a coragem e a força estão dentro de nós! Marcelo, ainda que seja difícil entender, você sempre será a fonte na qual busco força para estudar, produzir e militar!

À minha mãe (*in memoriam*), por ter me ensinado a importância dos estudos, do respeito e da perseverança! Amor eterno!

Aos meus amados filhos, Pedro e Arthur. Ao Pedro, agradeço por me revelar a cada amanhecer que a vida é maior que a produção acadêmica e que a alegria, afeto e amor são alimentos da nossa alma. Parafraseando Manoel de Barros, você me revela todos os dias que a importância das coisas não são medidas por fitas métricas ou balanças, mas pelo encantamento que a coisa produza em nós! Arthur, esse trabalho tem seu cheiro!

Ao Cesar, meu amor, por realmente ser meu companheiro! Essa conquista é nossa! Gratidão por dividirmos os medos, as alegrias, as conquistas, os desafios. Por ser meu “pé no chão” quando necessário, por me dar a mão e “empurrar” quando preciso ir em frente e o cotidiano extenuante me fazia querer desistir... Gratidão pelo amor, respeito, carinho e cuidado comigo e com nossos filhos. Sempre terá minha admiração e gratidão!

Por fim, gratidão às quase oito mil pessoas que pude me “encontrar” na construção deste trabalho. Suas histórias alimentaram meu estudo e meu desejo de construirmos uma sociedade mais humana, acolhedora e pautada no respeito à vida humana!

## RESUMO

Esta tese integra as produções do campo da História da Educação e da historiografia de Sergipe, tendo como fundamentação teórico-metodológica os pressupostos da História Cultural. Versou sobre o tema da infância *anormal*, delimitando como objeto de estudo sua institucionalização e educação. O objetivo geral foi identificar as representações e as relações de saber/poder que desenharam os discursos e as práticas voltadas à institucionalização e educação do menor *anormal* em Sergipe, no período de 1940 a 1979. Para tanto, foram elaborados os seguintes objetivos específicos: a) analisar os saberes científicos que produziram um discurso sobre a educabilidade ou não dos *anormais* e os dispositivos que emergiram desse saber; b) compreender quem eram os menores *anormais* que foram objeto dos dispositivos disciplinadores de normalização psiquiátricos, as representações e práticas médicas, jurídicas e educacionais que marcaram o cotidiano destes equipamentos; e c) identificar e analisar as práticas e representações dos processos de institucionalização das crianças e adolescentes *anormais* tendo como eixo a educação especial na busca de possíveis relações entre as escolas regulares e especiais e os dispositivos psiquiátricos, com ênfase na carreira institucional dos que eram considerados como menores *anormais* (“da inteligência e do juízo”). Como referencial teórico foram utilizados, para a compreensão dos conceitos de anormalidade e indivíduo *anormal*, os autores Canguilhem, Foucault e Bueno; institucionalização, poder psiquiátrico e saber/poder por Foucault; estigma e instituição total elaborados por Goffman. No referencial teórico-metodológico, foram utilizados os conceitos de práticas, representação e apropriação de Chartier e relações de poder, discurso e práticas de Foucault. Para a identificação e análise das fontes, foi utilizado o paradigma indiciário de Ginzburg. Em todo o texto foi realizado um diálogo constante com autores do campo da História da Educação e da Educação Especial, bem como da História da Psiquiatria no Brasil, que auxiliaram na compreensão da temática proposta. A tese defendida neste trabalho foi de que a institucionalização da infância e adolescência *anormais* durante os anos de 1940-1979 foi orientada pelo saber médico e pela fusão deste com a Pedagogia (modelo médico-pedagógico), os quais produziram discursos e práticas que foram de negligência e negação da educabilidade àqueles institucionalizados nos hospitais psiquiátricos, de segregação e normalização nas instituições especiais (Escola Bertilde de Carvalho e APAE) e, nas classes especiais, excluídos os casos graves, foram originados os *alunos especiais* com sua respectiva categoria de deficiência mental leve e educável, ainda que não existisse deficiência alguma, o que configurou uma exclusão escolar histórica daqueles que, por tempos, foram considerados *idiotas* e doentes mentais. A pesquisa considerou que as relações de poder entre as instâncias médicas-pedagógicas, apoiadas pela Justiça, produziram discursos e práticas implementadas em solo sergipano, que institucionalizaram a infância que desviava da norma em equipamentos especializados. A leitura feita dos indícios e sinais das fontes pesquisadas revelaram a construção social da anormalidade nas crianças e adolescentes por preceitos científicos, econômicos, políticos, sociais, culturais e pedagógicos. O menor *anormal* alimentou as instituições criadas para dar conta da exclusão social produzida, sobretudo, junto às classes populares. O poder da norma ficou a serviço de uma ordem social e desenvolvimento de uma nação civilizada em que a educação e a infância e adolescência não ficaram fora dessa pauta. As (im)possibilidades da educabilidade dos menores *anormais* refletiram o quanto é necessário problematizar o debate da educação especial e da educação para todos, bem como os dispositivos criados para esse fim.

**Palavras-chave:** História da Educação. História da Educação Especial. História de Sergipe. Menor *Anormal*. Psiquiatria.

## ABSTRACT

This paper integrates productions of field of History in Education and historiography of Sergipe, having as theoretical-methodological foundation an assumptions of Cultural History. He dealt with a subject of abnormal childhood, delimiting as an object of study his institutionalization and educability. The general objective was to identify the representations and knowledge / power relations that drew discourses and practices aimed at the institutionalization and educability of abnormal childhood in Sergipe, from 1940 until 1979. For that, following specific objectives were elaborated: a) to analyze a scientific knowledge that produced a discourse about educability or not of an abnormal ones and devices that emerged from that knowledge; b) to understand who were abnormal children who were an object of disciplinary devices of psychiatric normalization, the representations and medical, legal and educational practices that marked the daily life of these equipments; and c) to identify and analyze the practices and representations of the processes of institutionalization of abnormal childhood, focusing on special education in this search for possible relations between regular and special schools and psychiatric devices, with an emphasis on the institutional career of those considered as abnormal minors ("Of intelligence and judgment"). As a theoretical reference, of authors Canguilhem, Foucault and Bueno were used to understand a concepts of abnormality and abnormal individuals; institutionalization, psychiatric power and knowledge / power by Foucault; stigma and total institution elaborated by Goffman On theoretical-methodological reference, concepts of practices, representation and appropriation of Chartier and power relations, discourse and practices of Foucault were used. For an identification and analysis of the sources, we used Ginzburg index. Throughout of a text a constant dialogue was conducted with authors from field of History of Education and Special Education, as well as from History of Psychiatry in Brazil, who helped to understand the proposed theme. This paper defended of this work was that an institutionalization of abnormal childhood during years 1940-1979 was guided by medical knowledge and its fusion with Pedagogy (medical-pedagogical model), which produced discourses and practices that were negligent and denial of educability to those institutionalized in psychiatric hospitals, segregation and normalization in special institutions (Escola Bertilde de Carvalho and APAE), and in this special classes, excluding serious cases, special students were born with their respective category of mild and educable mental deficiency , although there was no deficiency whatsoever, which configured a historical school exclusion of those who for a time were considered idiots and mentally ill. The research considered that the power relations between a medical-pedagogical instances, supported by Justice, produced speeches and practices implemented in Sergipe soil, that institutionalized the childhood that deviated from a norm in specialized equipment. Reading of signs and signals from this researched sources revealed a social construction of an abnormality in children by scientific, economic, political, social, cultural and pedagogical precepts This abnormal minor nourished an institutions created to account for the social exclusion produced, above all, among the popular classes. The power norm was at this service of a social order and development for civilized nation in which education and childhood were not left out of this pattern. The (im)possibilities for educability of an abnormal children reflected how much it is necessary to problematize a debate of special education and an education for all, as well as devices created for this purpose.

**Keywords:** History of Education. History of Special Education. History of Sergipe. Abnormal Childhood. Psychiatry.

## RESUMEN

Esta tese integra las producciones del campo de la Historia de la Educación y de la historiografía de Sergipe, tiene como fundamentación teórico-metodológica los presupuestos de la Historia Cultural. Versó sobre el tema de la niñez anormal, delimitando como objeto de estudio su institucionalización y educabilidad. El objetivo general fue identificar las representaciones y las relaciones de saber/poder que dibujaron los discursos y las prácticas vueltas a la institucionalización y educabilidad de la niñez *anormal* en Sergipe, en el período de 1940 a 1979. Para tanto, se elaboraron los siguientes objetivos específicos: a) analizar los saberes científicos que produjeron un discurso sobre la educabilidad o no de los *anormales* y los dispositivos que emergieron de ese saber; b) comprender quienes eran los niños *anormales* que fueron objeto de los dispositivos disciplinadores de normalización psiquiátricos, las representaciones y prácticas médicas, jurídicas y educacionales que marcaron el cotidiano de estos equipamientos; y c) identificar y analizar las prácticas y representaciones de los procesos de institucionalización de la niñez anormal que tiene como eje la educación especial en la búsqueda de posibles relaciones entre las escuelas regulares y especiales y los dispositivos psiquiátricos, con énfasis en la carrera institucional de los que se consideraban como menores *anormales* (“de la inteligencia y del juicio”). Como referencial teórico utilizamos, para la comprensión de los conceptos de anormalidad e individuo anormal, los autores Canguilhem, Foucault y Bueno; institucionalización, poder psiquiátrico y saber/poder por Foucault; estigma e institución total elaborados por Goffman. En el referencial teórico-metodológico, utilizamos los conceptos de prácticas, representación y apropiación de Chartier y relaciones de poder, discurso y prácticas de Foucault. Para la identificación y análisis de las fuentes, utilizamos el paradigma indiciario de Ginzburg. En todo el texto se realizó un diálogo constante con autores del campo de la Historia de la Educación y de la Educación Especial, así como de la Historia de la Psiquiatría en Brasil, que auxiliaron en la comprensión de la temática propuesta. La tesis defendida en este trabajo fue de que la institucionalización de la niñez anormal durante los años de 1940-1979 fue orientada por el saber médico y por la fusión de este con la Pedagogía (modelo médico-pedagógico), los cuales produjeron discursos y prácticas que fueron de negligencia y negación de la educabilidad a aquellos institucionalizados en los hospitales psiquiátricos, de segregación y normalización en las instituciones especiales (Escuela Bertilde de Carvalho y APAE) y, en las clases especiales, excluidos los casos graves, se originaron los alumnos especiales con su respectiva categoría de discapacidad mental liviana y educable, aunque no existiera discapacidad alguna, que configuró una exclusión escolar histórica de aquellos que, por tiempos, se consideraron idiotas y enfermos mentales. La investigación consideró que las relaciones de poder entre las instancias médicas-pedagógicas, apoyadas por la Justicia, produjeron discursos y prácticas implementadas en suelo sergipano, que institucionalizaron la niñez que desviaba de la norma en equipamientos especializados. La lectura realizada de los indicios y señales de las fuentes investigadas revelaron la construcción social de la anormalidad en los niños por prejuicios científicos, económicos, políticos, sociales, culturales y pedagógicos. El niño *anormal* alimentó las instituciones criadas para dar cuenta de la exclusión social producida, sobretodo, junto a las clases populares. El poder de la norma se convirtió a servicio de una orden social y del desarrollo de una nación civilizada en la que la educación y la niñez no quedaron fuera de esa pauta. Las (im)posibilidades de la educabilidad de los menores *anormales* reflejaron lo cuanto se hace necesario problematizar el debate de la educación especial y de la educación para todos, así como los dispositivos criados para ese fin.

**Palabras-chave:** Historia de la Educación. Historia de la Educación Especial. Historia de Sergipe. Niñez Anormal. Psiquiatría.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|          |                                                                                         |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| APAE     | Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais                                            |
| CADEME   | Campanha Nacional de Educação do Deficiente Mental                                      |
| CAPFESP  | Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos     |
| CAPES    | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior                             |
| CESB     | Campanha para Educação do Surdo Brasileiro                                              |
| CNERDV   | Campanha Nacional de Educação e Reabilitação dos Deficitários Visuais                   |
| Cenesp   | Centro Nacional de Educação Especial                                                    |
| CODENO   | Conselho de Desenvolvimento do Nordeste                                                 |
| ECT      | Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos                                             |
| Embratel | Empresa Brasileira de Telecomunicações                                                  |
| FUNRURAL | Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural                                               |
| IAPC     | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes                                   |
| IAPI     | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários                                  |
| IAPM     | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos                                      |
| IAPETC   | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas             |
| IAPFESP  | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos |
| IHGS     | Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe                                             |
| INPS     | Instituto Nacional de Previdência Social                                                |
| IPASE    | Instituto de Pensões e Assistência dos Servidores do Estado                             |
| IPES     | Instituto de Previdência do Estado de Sergipe                                           |
| IPUB     | Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil                                      |
| MOBRAL   | Movimento Brasileiro de Alfabetização                                                   |
| PPGED    | Programa de Pós-Graduação em Educação                                                   |
| QI       | Quociente de Inteligência                                                               |
| S.A.P.S  | Serviço de Assistência aos Psicopatas em Sergipe                                        |
| SENAI    | Serviço Nacional da Indústria                                                           |
| SESI     | Serviço Social da Indústria                                                             |
| SNDM     | Serviço Nacional de Doenças Mentais                                                     |
| UFS      | Universidade Federal de Sergipe                                                         |
| UNIT     | Universidade Tiradentes                                                                 |

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 01 - <b>Jardim Geométrico do Pavilhão Escola Bourneville</b> .....                                                                                          | 058 |
| Figura 02 - <b>Sala de Ginástica e Recreio do Pavilhão Bourneville</b> .....                                                                                       | 059 |
| Figura 03 - <b>Conferência de Abertura Proferida por Gilberto Freyre, no 2º Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste Brasileiro</b> ..... | 084 |
| Figura 04 - <b>Sessão de Estudos Proferida por Ulysses Pernambucano</b> .....                                                                                      | 085 |
| Figura 05 - <b>Construção do Palácio Serigy</b> .....                                                                                                              | 094 |
| Figura 06 - <b>Inauguração do Hospital Colônia no 2º Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste Brasileiro</b> .....                        | 095 |
| Figura 07 - <b>Faixa do Hospital Colônia tirada em 1940</b> .....                                                                                                  | 096 |
| Figura 08 - <b>Carta do Paciente aos Pais</b> .....                                                                                                                | 114 |
| Figura 09 - <b>Encaminhamento da Menor ACJ Emitido pelo Juiz Privativo de Menores</b>                                                                              | 128 |
| Figura 10 - <b>Laudo do Exame Psicológico e Psiquiátrico da Menor ACJ</b> .....                                                                                    | 129 |
| Figura 11 - <b>Foto do Prontuário</b> .....                                                                                                                        | 132 |
| Figura 12 - <b>Fachada do Centro de Reabilitação Ninota Garcia</b> .....                                                                                           | 165 |
| Figura 13 - <b>Ginásio de Fisioterapia do Centro de Reabilitação Ninota Garcia</b> .....                                                                           | 166 |
| Figura 14 - <b>Jardim de Infância do Centro de Reabilitação Ninota Garcia</b> .....                                                                                | 167 |
| Figura 15 - <b>Foto Ilustrativa da Técnica de Padronização Cruzada do Método Doman Delacato</b> .....                                                              | 171 |
| Figura 16 - <b>Técnica Braqueação do Método Doman Delacato Realizado na APAE ...</b>                                                                               | 172 |
| Figura 17- <b>Técnicas de Barra e Moitão do Método Doman Delacato Realizadas na APAE</b> .....                                                                     | 173 |
| Figura 18 - <b>Atividades Desenvolvidas pela Terapia Ocupacional no Centro de Reabilitação Ninota Garcia</b> .....                                                 | 179 |
| Figura 19 - <b>Atividades de Artes e de Trabalhos em Madeira Realizadas no Centro de Reabilitação Ninota Garcia</b> .....                                          | 180 |
| Figura 20 - <b>Atividade de alfabetização realizada junto aos excepcionais no Centro de Reabilitação Ninota Garcia</b> .....                                       | 182 |
| Figura 21 - <b>Atividade para Desenvolvimento da Oposição Cortical Realizada na APAE</b> .....                                                                     | 184 |
| Figura 22 - <b>Atividade para o Desenvolvimento da Coordenação Motora Realizada na APAE</b> .....                                                                  | 185 |

|                                                                                                    |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Figura 23 – Atividade de Desenvolvimento da Coordenação Motora Fina Realizada na APAE .....</b> | <b>186</b> |
| <b>Figura 24– Atividade Escolar- Artística, Desenvolvida na APAE .....</b>                         | <b>187</b> |

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 01 - <b>Fontes orais: entrevistas realizadas para a pesquisa</b> .....                                 | 046 |
| Quadro 02- <b>Número dos prontuários identificados por década</b> .....                                       | 102 |
| Quadro 03 - <b>Dados gerais dos prontuários das décadas de 1940, 1950, 1960 e 1970</b> .....                  | 103 |
| Quadro 04 - <b>Vínculos previdenciários e convênios durante as décadas de 1940, 1950, 1960 e 1970</b> .....   | 108 |
| Quadro 05 - <b>Caracterização dos diagnósticos dos menores internos durante as décadas de 1940-1970</b> ..... | 122 |
| Quadro 06 - <b>Perfil dos menores internos na década de 1940</b> .....                                        | 222 |
| Quadro 07 - <b>Perfil dos menores internos na década de 1950</b> .....                                        | 223 |
| Quadro 08 - <b>Perfil dos menores internos na década de 1960</b> .....                                        | 224 |
| Quadro 09 - <b>Perfil dos menores internos na década de 1970</b> .....                                        | 225 |

## SUMÁRIO

|              |                                                                                                                                                |     |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b> .....                                                                                                                        | 017 |
| 1.1          | O <i>ANORMAL</i> : PERSPECTIVA TEÓRICA .....                                                                                                   | 020 |
| 1.2          | INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MENOR <i>ANORMAL</i> NO BRASIL.....                                                                                     | 027 |
| 1.3          | INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MENOR <i>ANORMAL</i> EM SERGIPE .....                                                                                   | 029 |
| <b>1.3.1</b> | <b>Higienismo, Instituições Destinadas aos Anormais e Possibilidades de Escolarização</b> .....                                                | 031 |
| 1.4          | CAMINHOS METODOLÓGICOS .....                                                                                                                   | 037 |
| <b>1.4.1</b> | <b>Diálogos entre Michel Foucault e Roger Chartier: Práticas, Representações, Apropriação e Poder</b> .....                                    | 042 |
| <b>1.4.2</b> | <b>Método Indiciário: Investigação e Interpretação das Fontes Históricas</b> .....                                                             | 044 |
| <b>1.4.3</b> | <b>Fontes e sua Localização</b> .....                                                                                                          | 044 |
| 1.5          | ESTRUTURA DA TESE .....                                                                                                                        | 047 |
| <b>2</b>     | <b>EDUCAÇÃO DOS <i>ANORMAIS</i>: SABERES, DISCURSOS E PRÁTICAS</b> .....                                                                       | 049 |
| 2.1          | CONSTRUÇÃO DO DISCURSO SOBRE A CRIANÇA <i>ANORMAL</i> .....                                                                                    | 050 |
| 2.2          | PEDAGOGIA MODERNA E A EDUCABILIDADE DOS <i>ANORMAIS</i> .....                                                                                  | 052 |
| <b>2.2.1</b> | <b>Modelos Médico-Pedagógicos nos Asilos: França e Brasil</b> .....                                                                            | 052 |
| <b>2.2.2</b> | <b>União dos Saberes Médico e Pedagógicos para Além dos Muros Asilares</b> .....                                                               | 060 |
| 2.3          | EDUCAÇÃO E BIOPODER: HIGIENISMO, MEDICINA SOCIAL, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA COMO DISPOSITIVOS NORMALIZADORES DA INSTRUÇÃO PÚBLICA .....         | 065 |
| <b>2.3.1</b> | <b>Contribuições da Psicologia no Pensamento de Lourenço Filho: Psicometria, Personalidade e Desvios da Normalidade</b> .....                  | 069 |
| <b>2.3.2</b> | <b>A Escola Nova no Brasil e em Sergipe</b> .....                                                                                              | 076 |
| 2.4          | NORMALIZANDO A EDUCAÇÃO: DISPOSITIVOS DISCIPLINARES .....                                                                                      | 078 |
| <b>3</b>     | <b>INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS SERGIPANAS E OS MENORES <i>ANORMAIS</i>: DISCURSOS, REPRESENTAÇÕES, PRÁTICAS E COTIDIANO INSTITUCIONAL</b> ..... | 088 |
| 3.1          | CENÁRIO POLÍTICO E SOCIAL DE 1940 - 1979.....                                                                                                  | 088 |
| 3.2          | INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA EM SERGIPE.....                                                                                             | 092 |
| 3.3          | PERFIL DOS INTERNOS NO PERÍODO DE 1940-1979 .....                                                                                              | 102 |

|                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.4 OS MENORES <i>ANORMAIS</i> .....                                                                                  | 110 |
| 3.5 CARREIRA INSTITUCIONAL DO MENOR <i>ANORMAL</i> : PRÉ-PACIENTE, PACIENTE, EX-PACIENTE .....                        | 126 |
| <b>3.5.1 O Início da Psiquiatrização e Tentativa de Normalização do Eu</b> .....                                      | 126 |
| <b>3.5.2 Novas Configurações do Eu: Diagnosticando, Curando e Normalizando</b> .....                                  | 130 |
| 3.6 A EDUCAÇÃO NA TESSITURA DAS HISTÓRIAS DOS ANORMAIS: RUPTURAS, NEGAÇÃO, DESISTÊNCIAS, IMPOSSIBILIDADES .....       | 141 |
| 3.7 COTIDIANO INSTITUCIONAL .....                                                                                     | 147 |
| <b>3.7.1 O “Mundo do Internado”: Processo de Mortificação e Desculturamento</b> .....                                 | 156 |
| <br>                                                                                                                  |     |
| <b>4 EDUCAÇÃO ESPECIAL: OLHARES INSTITUCIONAIS</b> .....                                                              | 158 |
| 4.1 EDUCAÇÃO ESPECIAL: POSSIBILIDADES E IMPOSSIBILIDADES AO MENOR <i>ANORMAL</i> EM SERGIPE .....                     | 159 |
| <b>4.1.1 Ninota Garcia e a Escola para Excepcionais Bertilde de Carvalho</b> .....                                    | 164 |
| 4.1.1.1 A Escola Bertilde de Carvalho, o “Problema dos Retardados Mentais” e o Método Doman Delacato .....            | 167 |
| 4.1.1.2 A Escola: Representação, Apropriação do Método e Práticas educacionais .....                                  | 175 |
| <b>4.1.2 APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de Aracaju</b> .....                                     | 181 |
| <b>4.1.3 As Classes Especiais no Estado de Sergipe</b> .....                                                          | 188 |
| 4.1.3.1 A busca pela “anormalidade”: o exame, o diagnóstico, a classificação e a separação dos alunos especiais ..... | 192 |
| 4.2 EDUCAÇÃO ESPECIAL E INTERDISCIPLINARIDADE: DIÁLOGOS (IM)POSSÍVEIS .....                                           | 196 |
| <br>                                                                                                                  |     |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                                                                                     | 199 |
| <br>                                                                                                                  |     |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....                                                                                              | 203 |
| <br>                                                                                                                  |     |
| <b>APÊNDICES</b> .....                                                                                                | 214 |
| APÊNDICE A .....                                                                                                      | 215 |
| APÊNDICE B .....                                                                                                      | 222 |
| <br>                                                                                                                  |     |
| <b>ANEXOS</b> .....                                                                                                   | 226 |
| ANEXO A .....                                                                                                         | 227 |

|               |     |
|---------------|-----|
| ANEXO B ..... | 228 |
| ANEXO C ..... | 229 |

## 1 INTRODUÇÃO

Esta tese integra as produções do campo da História da Educação e da historiografia de Sergipe, tendo como fundamentação teórico-metodológica os pressupostos da História Cultural. Versou sobre o tema da infância *anormal*, delimitando como objeto de estudo sua institucionalização e educação durante os anos de 1940 a 1979, em Sergipe<sup>1</sup>.

Quanto ao uso do termo *anormal*, justifica-se seu uso, à época, nos discursos que abordam a infância que se desviava da norma social estabelecida; outros termos que foram identificados neste trabalho, tais como *idiota*, *imbecil*, *débil mental*, *oligofrênico*, *alienado*, *louco*, *doente mental*, *retardado*, *excepcional* e *deficiente mental* serão abordados durante o texto podendo ser considerados como sinônimos, pois pertencem à categoria mais ampla de *anormais*<sup>2</sup>.

O conceito de institucionalização, neste trabalho, foi compreendido a partir dos pressupostos de Foucault (2001, 2006) entendido como um processo construído historicamente para que se produzam e reproduzam relações de dominação, força e poder sustentados nos discursos classificatórios e de verdade. O conceito de educação parte das teorias desenvolvidas junto às crianças consideradas *anormais* desde o século XIX, tendo como expoentes Itard, Séguin, Bourneville e Binet. Esses estudiosos usaram o termo para abordar a questão da possibilidade ou não de educar os *anormais* - as possibilidades de ser educado e ter melhoras no comportamento e no seu desempenho escolar corresponderiam a sua educabilidade.

---

<sup>1</sup> O Estudo não alcança a totalidade de municípios do estado de Sergipe, limitando-se a Aracaju e municípios vizinhos - São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro -, pois, foi nesses locais que foram instaladas as primeiras instituições voltadas aos *anormais* (alienados, deficientes e menores).

<sup>2</sup> Os termos aqui apresentados ainda que todos se refiram à anormalidade na infância, possuem diferentes significados e foram utilizados concomitantemente ou em tempos históricos diferentes. Dentro do campo da Psiquiatria, os termos doente mental, louco e alienado referem-se às desordens do “juízo” - alienado vem para substituir o louco assim chamado na Idade Média, atribuindo seu caráter de “alienação” da realidade social. No momento que a alienação é apropriada pelos saberes da psiquiatria e da neurologia, em detrimento dos médicos alienistas, o termo doente mental passou a ser o objeto de estudo do hospital psiquiátrico. Quanto aos termos idiota, oligofrênico, débil mental, retardado, imbecil, excepcional, deficiente mental – são todos termos usados para se referir aos anormais da “inteligência”, diferindo, de acordo com as verdades que se constroem cientificamente, na sua determinação bem como aos movimentos de defesa dessas pessoas que vão desenhando outros termos para se referir aos diferentes. O idiota descrito por Esquirol no século XVIII, caracterizando o incapaz de aprender, que teve seu desenvolvimento interrompido em etapas precoces da vida, difere do “louco” por já ser na infância sua determinação (FOUCAULT, 2006; LOBO 2015a). O imbecil, aquele que também teve seu desenvolvimento interrompido, porém é capaz de ser treinado para realizar ofícios ou cuidar de si próprio (LOBO, 2015a). O retardado e, posteriormente, o deficiente mental são termos muito próximos dos anormais escolares, aqueles que não conseguiam desempenhar as atividades escolares como esperado, caracterizados por suas constantes reprovações e mau desempenho, sendo diagnosticados por avaliações psicométricas de mensuração da inteligência.

Pretendeu-se, como objetivo geral, identificar as representações e as relações de saber/poder que desenharam os discursos e as práticas voltadas à institucionalização e educação do menor *anormal* em Sergipe, no período de 1940 a 1979.

O marco temporal delimitado na pesquisa, entre o período de 1940 a 1979, justifica-se devido ao ano de 1940 ter sido o momento em que foi oficialmente inaugurado o Serviço de Assistência aos Psicopatas em Sergipe, e o marco final do estudo é o ano de 1979, haja vista que naquele ano se consolidaram as ações institucionais para a educação especial destinada a crianças com algum tipo de deficiência mental, começando com a criação de duas instituições voltadas aos retardados mentais - Escola Bertilde de Carvalho, em 1966, no Centro de Reabilitação Ninota Garcia, e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em 1967; seguindo-se a institucionalização, pela Secretaria de Educação do Estado de Sergipe, das primeiras salas especiais nas escolas de ensino fundamental em 1975. Dessa forma, buscou-se ter uma perspectiva do processo de institucionalização dos menores *anormais*, suas possibilidades de educação bem como os possíveis diálogos que poderiam ter existido entre as instituições.

Como referencial teórico foram utilizados, para a compreensão dos conceitos de anormalidade e indivíduo *anormal*, autores como Canguilhem (2007), Foucault (2001), Bueno (2006), Lobo (2015a; 2015b); institucionalização, poder psiquiátrico e saber/poder por Foucault (1984, 1991, 2006); estigma e instituição total desenvolvidos por Goffman (1961, 1988). Quanto ao referencial teórico metodológico foram utilizados os conceitos de práticas, representação e apropriação por Chartier (1990, 1991) e relações de poder, discurso e práticas de Foucault (1984, 1991, 1999), além do suporte metodológico de Ginzburg (2006, 2011) referente ao paradigma indiciário. O trabalho foi tecido em um diálogo constante com autores do campo da História da Educação e da Educação Especial, bem como da História da Psiquiatria no Brasil, que auxiliaram na compreensão da temática proposta.

A tese defendida neste trabalho foi de que a institucionalização da infância *anormal* durante os anos de 1940-1979 orientou-se pelo saber médico e pela fusão deste com a Pedagogia (modelo médico-pedagógico), produzindo discursos e práticas que foram de negligência e negação da educabilidade àqueles institucionalizados nos hospitais psiquiátricos, de segregação e normalização nas instituições especiais (Escola Bertilde de Carvalho e APAE) e, nas classes especiais, excluídos os casos graves, foram produzidos os alunos especiais com sua respectiva categoria de deficiência mental leve e educável,

configurando uma exclusão escolar histórica daqueles que, por tempos, foram considerados *idiotas* e doentes mentais.

Considerando que as motivações e interesses por desenvolver determinado estudo não são neutros, implicam escolhas e envolvem uma história pessoal de afinidade e aproximação com a temática; a motivação por este tema de pesquisa deve-se tanto a questões pessoais como acadêmicas e profissionais. Foi no ano de 2008 que recebi, junto com minha família, o diagnóstico de autismo do meu irmão, naquele momento com quatro anos. Não tenho dúvidas do quanto a aproximação com essa temática potencializou-se pela experiência cotidiana de desafios no cuidado extenuante, nas (im)possibilidades de inclusão social e a percepção do que é sentir, no dia a dia, as marcas históricas do preconceito e exclusão daqueles que não correspondem a uma norma socialmente construída.

Naquele momento, eu já estava cursando a graduação em Terapia Ocupacional, e as crianças e adolescentes que “desviavam da norma” - com deficiência, sofrimento psíquico e em cumprimento de medida socioeducativa - foram meu objeto de investigação e também de intervenção, tanto em projetos de pesquisas, práticas extensionistas na Universidade Federal de São Carlos como, posteriormente, na atuação profissional como orientadora em um Programa de Medidas Socioeducativas e, em outra instituição, no atendimento a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, especialmente com autismo.

Quando ingressei como professora do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe (UFS) *Campus* de Lagarto, um dos desafios colocados foi me apropriar das construções sociais e culturais, especialmente no município de Lagarto, sobre a infância e, sobretudo, acerca das crianças excluídas, que já vinha sendo objeto de meu interesse. Entendia que somente assim conseguiria iniciar meu trabalho de modo coerente com a realidade do local que estava. Nesse caminho, tanto pela prática, como por reflexões teóricas, inquietações foram suscitadas, especialmente entre as relações dos campos da saúde, educação e justiça no ordenamento da vida dessas pessoas - classificando-os e determinando seus locais de acesso e produção de suas histórias pessoais - muitas vezes não ficando claros os limites entre as fronteiras de intervenção e saberes instituídos, formando uma espécie de *continuum* saúde-educação-direito. Ademais, os desafios reais de possibilitar a real inclusão social dessa infância no cotidiano do meu trabalho, sobretudo no contexto escolar, do qual emergiam intensos embates e desafios - caracterizados por uma busca constante das instituições em patologizar, classificar e diagnosticar as crianças e adolescentes em detrimento de práticas efetivas de transformação da realidade escolar e promoção da inclusão

nesses espaços - revelaram que eu precisava ir além do momento presente e compreender, historicamente, como essas crianças e adolescentes foram objetivados por esses saberes e, como em Sergipe isso tinha se desenhado.

Além de iniciar uma revisão da literatura em âmbito nacional (CAPES) sobre meu objeto de estudo, realizei uma busca local na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal de Sergipe (UFS), o que me aproximou das produções do Programa de Pós-Graduação em Educação, sobretudo da linha de História, Sociedade e Pensamento Educacional. Mesmo sabendo dos desafios que ia ter para adentrar ao campo da História da Educação<sup>3</sup>, especialmente para me apropriar do “ofício do historiador”, submeti um projeto na seleção para o doutorado. Inicialmente limitado à história da educação do autista em Sergipe que, após leituras e orientações, decidi ampliar para o universo das crianças *anormais*, considerando a história da infância<sup>4</sup> *anormal*.

### 1.1 O ANORMAL: PERSPECTIVA TEÓRICA

O conceito de indivíduo *anormal* utilizado no presente trabalho teve respaldo teórico na tese apresentada por Foucault (2001); nas contribuições referentes à pesquisa em âmbito nacional sobre as crianças anormais, de caráter teórico metodológico genealógico, embasado por Foucault, realizadas por Lobo (2015a; 2015b) e no debate em torno da deficiência proposto por Bueno (2006). As três referências, comungam do conceito de normalidade defendido no trabalho de Canguilhem (2007).

Segundo Foucault (2001), a genealogia do indivíduo *anormal* partiu de três elementos: o monstro, o indivíduo incorrigível e o onanista (masturbador). O indivíduo *anormal* se formou no século XIX, com o controle dos saberes em torno da anomalia (como tecnologia de poder<sup>5</sup>), codificando e articulando as instâncias de saber e poder que constituem cada

---

<sup>3</sup> Bourdieu (2003) define o campo científico como um espaço social cheio de relações de força e disputas, que visa a beneficiar interesses específicos dos participantes desse campo. Estar vinculado a determinado “campo científico” implica compartilhar crenças e práticas a partir das escolhas científicas que o pesquisador faz, tanto teóricas como metodológicas.

<sup>4</sup> A escolha pelo termo história da infância foi influenciada pelos autores Kuhlmann Júnior e Fernandes (2004) que diferenciam a história da infância e a história da criança. Eles compreendem a infância como a concepção ou representação dos adultos sobre o período inicial da vida, vivido pela criança, sendo que sua história seria a partir da relação da sociedade, da cultura, dos adultos com esse grupo etário. Já a história da criança seria a história da relação das crianças entre si e com os adultos, com a sociedade e a cultura. Ressalta-se que no momento histórico do presente estudo, a infância compreendia a menoridade, optando-se por utilizar esse termo em consonância com a literatura da história da infância ainda que a idade dos menores desta tese correspondam até o período dos 18 anos.

<sup>5</sup> Para Foucault (1984; 1999) o saber não é neutro, está intimamente ligado ao poder, produzindo um discurso de verdade que irá influir na vida da coletividade e dos indivíduos.

elemento: o monstro (constituído pelos saberes da história natural, centrada na distinção entre as espécies, gêneros e reinos e pelos poderes político-judiciários, pois infringe tanto as leis naturais como a dos homens), o indivíduo incorrigível (constituído pelo saber que nasce das técnicas pedagógicas, das técnicas de educação coletiva, de formação de aptidões, pelo poder familiar e das técnicas disciplinares) e o masturbador (constituído pelos saberes da biologia e da sexualidade e pela redistribuição de poderes que investem no corpo dos indivíduos - Igreja, família, medicina).

Para Foucault (2001), a união dos saberes e poderes na genealogia do indivíduo *anormal* aconteceu quando, na monstruosidade, buscaram explicar as pequenas anomalias dos homens; o indivíduo incorrigível caracterizou-se como sendo a regra, não a exceção, devido à sua constância; e o ato da masturbação foi revelado como universal e concebido como causa de inúmeras doenças e enfermidades ao corpo e espírito.

Acho que podemos dizer, para situar essa espécie de arqueologia da anomalia, que o anormal do século XIX é um descendente desses três indivíduos, que são o monstro, o incorrigível e o masturbador. O indivíduo anormal do século XIX vai ficar marcado- e muito tardiamente, na prática médica, na prática judiciária, no saber comum nas instituições que vão rodeá-lo – por essa espécie de monstruosidade que se tornou cada vez mais apagada e diáfana, por essa incorrigibilidade retificável e cada vez mais investida por aparelhos de retificação. E, enfim, ele é marcado por esse segredo comum e singular, que é a etiologia geral e universal das piores singularidades. Por conseguinte, a genealogia do indivíduo anormal nos remete a estas três figuras: o monstro, o incorrigível e o onanista. (FOUCAULT, 2001, p.75).

Quanto às terminologias utilizadas para abordar a criança *anormal*, Lobo (2015a) destaca que os saberes e discursos produzidos por educadores e médicos brasileiros do final do século XIX e início do século XX são influenciados, sobretudo, pela Psiquiatria francesa com uso de termos produzidos na medicina mental.

[...] os autores brasileiros descrevem classificações estrangeiras, ora limitando o termo a idiotas, imbecis, surdos-mudos e cegos, ora estendem-se aos mais diversos tipos de déficit, doença, lesão ou perturbação de qualquer natureza ou grau [...] incluem: os atrasados pedagógicos, retardados mentais, débeis mentais, fisicamente débeis, astênicos ou preguiçosos, os paralíticos, epiléticos, histéricos, os imbecis morais, instáveis, retardados instáveis ou mistos, indisciplinados, desequilibrados, as crianças maltratadas, viciosas, viciadas, abandonadas e as anomalias transitórias [...] cada um usa o termo que acha melhor, por vezes criando seu próprio termo [...] (LOBO, 2015a, p.362-363, suprimimos).

Para Lobo (2015a), todas as classificações tinham em comum a “[...] falta que a polaridade da norma firma a serviço das práticas institucionais da medicina, da educação e da

justiça.” (p.363). A ideia é sempre negativa e torna-se condição de “problema” para o médico, professor e juiz.<sup>6</sup>

Bueno (2006) traz outro elemento para a compreensão da identidade social do *anormal*. Ao abordar, a partir de uma perspectiva histórica, a marca da anormalidade, em diferentes épocas, isto ocorre não tanto pela diferença que ela exprime, mas pelas consequências que tais diferenças acarretam na participação social do sujeito e na construção coletiva de sobrevivência e reprodução.

Tanto na genealogia do *anormal*, apresentada por Foucault (2001), como na construção da criança *anormal*, por Lobo (2015), e da identidade social do *anormal*, por Bueno (2006), é evidente o fundamento sociocultural da anormalidade e, conseguinte, da normalidade, a começar pelos saberes que a constitui e se ramificam em determinada sociedade<sup>7</sup>.

Georges Canguilhem (2007), filósofo e médico, com sua tese de doutorado em medicina sobre o normal e o patológico, defendida em 1943, transformada posteriormente em livro, auxilia na compreensão da construção da normalidade.

Canguilhem (2007), ao discordar da ideia de meio normal do teórico evolucionista Darwin, apresenta a íntima relação entre meio e ser vivo na determinação do que é normal:

O ser vivo e o meio, considerados separadamente, não são normais, porém é sua relação que os torna normais um para o outro. O meio é normal para uma determinada forma viva na medida em que lhe permite uma tal fecundidade e, correlativamente, uma tal variedade de formas que, na hipótese de ocorrerem modificações do meio, a vida possa encontrar em uma dessas formas a solução para o problema de adaptação que, brutalmente, se vê forçada a resolver. Um ser vivo é normal em determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio. (CANGUILHEM, 2007, p.102).

Foucault (2001) coaduna com esta perspectiva de Canguilhem (2007), referenciando-o ao relacionar a norma ao poder, pois traz a ideia de que a norma não se define como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica, assim, a norma é portadora de uma pretensão ao poder: “A norma

---

<sup>6</sup> A polaridade da norma é diferente em cada momento histórico - os saberes e verdades que buscam explicar as anormalidades sofrem modificações conceituais ao longo do tempo.

<sup>7</sup> Essa ramificação dos saberes, caracterizados por um poder de ordenação e classificação, um poder disciplinar, retoma ao conceito desenvolvido por Foucault sobre a microfísica do poder disciplinar, segundo o qual o poder disciplinar é uma modalidade pela qual “[...] o poder político, os poderes em geral vêm, no último nível, tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras [...]” (FOUCAULT, 2006, p.51). A microfísica do poder organiza-se em rede e exige uma constante vigilância, controle dos corpos desde as práticas e os saberes, atingindo seu ápice no momento que se torna virtual - controle constante de todos por todos de forma naturalizada.

não é simplesmente um princípio, não é nem mesmo um princípio de inteligibilidade; é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado” (FOUCAULT, 2001, p.62). Foucault destaca que, enquanto Canguilhem atribui um caráter polêmico a tal compreensão, para ele, ela é política.

Outros dois pensamentos envolvendo a norma como poder são apresentados por Foucault apoiados em Canguilhem: um se refere ao processo geral de normalização social, política e técnica desenvolvidas no século XVIII manifestando seu domínio na Educação (escolas normais), na Medicina (organização hospitalar), e no domínio da produção industrial, havendo uma multiplicação dos seus efeitos de normalização, quanto à infância, ao exército, à produção, etc.. O outro aspecto é de que a norma traz, ao mesmo tempo, um princípio de qualificação e um princípio de correção. Em sua leitura, Foucault (2001) destaca que a norma não tem por função excluir, rejeitar, ao contrário, está ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo.

Assim, devido a ser uma técnica positiva de intervenção e transformação, o poder normativo apoiará o limite entre o normal e o *anormal*, para Foucault (2001), ou o entre o normal e o patológico, para Canguilhem (2007). Um poder que constrói dispositivos<sup>8</sup> discursivos e práticas para validar e comprovar a anormalidade ou a doença; que no âmbito da ciência, por exemplo, agrega-se de uma força que dirige a percepção de si mesmo na condição de normal ou não, ou seja, levando os sujeitos a duvidarem de sua normalidade e a se apropriarem de sua condição “*anormal*” - caracterizando formas de subjetivação e constituição dos indivíduos.

A normalização da vida, de diferentes formas no transcorrer do tempo histórico, está intimamente ligada às formas que as sociedades encontram para sua “proteção e progresso”.

Como conclui Canguilhem:

[...] a normalização dos meios técnicos da educação, da saúde, do transporte de pessoas e de mercadorias é a expressão de exigências coletivas cujo

---

<sup>8</sup> Dispositivo refere-se tanto a um conceito como a uma estratégia de poder para Foucault (1998, p. 244): [...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. [Um] discurso que pode aparecer como programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como reinterpretção desta prática, dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidade. Em suma, entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. [O dispositivo pode ser entendido também] como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência histórica. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante. (FOUCAULT, 1998).

conjunto define, em determinada sociedade histórica, seu modo de relacionar sua estrutura, ou talvez suas estruturas, com aquilo que ela considera como sendo seu bem particular, mesmo que não haja uma tomada de consciência por parte dos indivíduos. (CANGUILHEM, 2007, p.200).

Os dispositivos de normalização, ainda que possam ser inconscientes aos indivíduos, servem a determinada época, caracterizados por múltiplos saberes que objetivam aos indivíduos e sua “captura”, produzindo categorias - como o *débil mental*, *doente mental*, *delinquente*, *idiota e imbecil*, por exemplo. No cenário de transformações do século XVIII e início do século XIX, caracterizado pela racionalidade científica e pelo liberalismo, isso se transformou ganhando dimensões maiores - importa não somente governar o indivíduo, mas seu conjunto – para a população, constituindo o que Foucault (1984) chamou de biopolítica. A vida tomada como parte do campo do poder tornou-se preocupação política, portanto, por meio de biopoderes caracterizou-se uma “grande medicina social” que estava ligada à manutenção da ordem e da disciplina, visando ao crescimento do Estado, que, por sua vez, passou a se ocupar dos acontecimentos da vida da população como preocupação política - emergindo uma gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, dentre outros.

Pensar à luz de Foucault sobre a lógica dos biopoderes é uma das formas possíveis de compreender as práticas e preocupações do início do período republicano no Brasil - de construção do homem novo, da nação brasileira sob o viés do desenvolvimento e progresso. No momento em que a preocupação ultrapassou o interesse de aprimoramento das habilidades e de sujeição dos indivíduos, e atingiu mecanismos que os tornassem mais úteis e obedientes, foi necessário um regime disciplinar - produzindo discursos de verdade, práticas, políticas, que ressignificaram os indivíduos, sua cultura, pois atingiu os corpos, os gestos, os comportamentos. Investiu-se nas famílias, escolas, hospitais – sobre todo espaço que possa permitir a gestão dos indivíduos – controlando sua conduta, intensificando sua performance e utilidade (FOUCAULT, 1999).

Nesse sentido, historicamente, os saberes provenientes dos campos da Medicina, da Justiça e da Educação produzem discursos, os quais, por meio de dispositivos, instituições e práticas, governam a vida dos indivíduos.

A emergência do discurso sobre a criança *anormal* foi fruto da sociedade moderna, que tornou a criança objeto de investigação e interesse, elaborando sobre ela discursos de verdade que legitimaram as práticas de proteção, exclusão, assistência e educação. Tais discursos foram construídos e disseminados pelos dispositivos educacionais (sob a égide da

Pedagogia moderna, científica), médicos (por meio da Medicina social, do higienismo, da Psiquiatria e da Psicologia) e da Justiça. Destes, foi o saber médico que teceu os primeiros discursos científicos sobre a criança *anormal*, legitimados e ratificados pelas Ciências Jurídicas na configuração da anormalidade como perigo à sociedade. Por conseguinte, no campo educacional, a criança *anormal* também aparece sob a sombra do higienismo escolar e, depois da Psicologia, pois da invisibilidade dessas crianças, por não “caberm” na escola (especialmente os casos mais graves - as idiotias), há uma busca incessante pela anormalidade em todas as crianças - fruto de um regime disciplinar que esquadrinhou a infância e da necessidade de regenerar a sociedade por meio da produção de indivíduos civilizados e obedientes à ordem e úteis à sociedade.

A esse respeito, Foucault (2001) fala da “caçada aos anormais”:

Não propriamente ao idiota que nem chegava às portas da escola regular e que, apesar de ter sido a fonte de construção de um conhecimento sobre a criança, teve seu desenvolvimento e sua pedagogia relegado ao abandono e à exclusão nos asilos. É que a maior preocupação estava voltada para aqueles que podiam passar despercebidos ao primeiro olhar do professor: aqueles que nada aprendem e ainda prejudicam, com seus vícios e sua desatenção, os mais capazes. Dada a falta quase total de estabelecimentos especiais (asilos e escolas) para essas crianças, médicos e pedagogos continuaram a insistir na sua criação como meio profilático do perigo futuro para a sociedade, ao lado dos eugenistas, que propunham a seleção dos casamentos e a esterilização dos anormais. (FOUCAULT, 2001, p.211).

No trecho transcrito acima, tem-se a ilustração do que Foucault descreveu a respeito da França sobre a institucionalização da anormalidade. As características descritas por ele também estiveram presentes na história do Brasil, configurando um duplo movimento: a produção de instrumentos e dispositivos que “afastem” o *anormal* da escola e, ao mesmo tempo, a construção de instituições que devem dar conta dessa demanda social.

Nesse processo, evidencia-se um dos fenômenos abordados por Foucault (2001): a difusão da anormalidade e o fenômeno da patologização da infância, sobretudo nos aspectos morais.

Para Foucault (2001), a psiquiatrização da infância, ou seja, a compreensão dessa fase como risco e vulnerável à doença mental aconteceu através dos *idiotas* que estavam dentro dos asilos e hospícios. A partir dos saberes produzidos dentro dos asilos, sobre as possibilidades de tratamento e educação dos *anormais* (especialmente as noções de desenvolvimento e instinto difundidas por Séguin), a anormalidade passou a ser um parâmetro para pensar a normalidade. Canguilhem (2007) já apresentava a ideia de que o saber sobre o normal é posterior à anormalidade, à delimitação do patológico. Naquele momento, todas as

crianças, por suas características de desenvolvimento e incompletude, eram vulneráveis ao desenvolvimento de qualquer tipo de anormalidade e, portanto, foi necessária a criação de estratégias e práticas de controle e governo da infância para prevenir sua degeneração – aqui se destacam as ciências produtoras de discursos de verdade sobre a vida e sua preservação, os saberes biomédicos, representados pela Medicina Higienista, posteriormente Medicina Social e a Psiquiatria (indispensáveis à garantia do bem da sociedade e dos homens)<sup>9</sup>.

No Brasil, ganhando força no período republicano, há a presença das práticas médicas higienistas na ordenação da sociedade, das famílias e das escolas – a crescente urbanização, novas formas de vida e organização familiar, pouca ou nenhuma infraestrutura, a pobreza e uma massa cultural considerada inferior (como bem defendia a eugenia) tornaram objeto da medicina a moral, os costumes, a cultura, as práticas, os corpos, os saberes e fazeres dos indivíduos e, sobre isso, se intervém com o respaldo da ciência.

A Pedagogia moderna importada dos moldes europeus e, posteriormente, americano teve como forte aliada a higiene, tanto como organização das práticas como na formação de saberes a serem ensinados para a reconstrução dos costumes e hábitos de vida saudáveis. Essa proposta ganhou força a partir do fim do século XIX e, sobretudo, nas primeiras décadas do século XX, tendo como propósito a “regeneração social” – aqui os saberes médicos higiênicos e da Pedagogia científica se unem na produção do discurso sobre a anormalidade na infância.

Nas décadas de 1920 e 1930, com o crescente racionalismo científico na produção dos discursos e práticas em âmbito nacional, ganharam força no Brasil ideias que inovaram a Pedagogia moderna para pensar uma Pedagogia agora renovada (cientificizada pela Biologia e principalmente pela Psicologia), com ideais de eficiência, pragmatismo e utilidade à vida e a sociedade que se constrói, portanto, encontram espaço em uma sociedade republicana desejosa de desenvolvimento. O fortalecimento das práticas e do caráter autoritário na determinação das mudanças no cenário educacional aconteceu com o Golpe de Estado de 1937, quando Getúlio Vargas e aqueles que manteve junto de si para gerir o país marcaram com autoridade e firmeza o advento das ciências que trazem elementos científicos para pensar a infância – futuro da nação – e, conseqüentemente, sua anormalidade.

Durante as quatro primeiras décadas do século XX, houve um desencadeamento de práticas, dispositivos e instituições voltadas à criança *anormal* no contexto nacional. O espaço da escola foi reservado à “caçada dos *anormais*” primeiro com as práticas higiênicas e depois, não deixando “brechas” com a intervenção da Psicologia (por meio dos testes e intervenções

---

<sup>9</sup> Para mais esclarecimento sobre a constituição da psiquiatria por meio da medicina social, conferir Machado (1978).

tanto no campo experimental como psicanalítico, que definiam aqueles que eram educáveis e os que não eram educáveis) na perspectiva da higiene mental que estava difusa em todas as instâncias da sociedade.

Ao mesmo tempo, há um aumento significativo na institucionalização da anormalidade com a fundação das instituições voltadas para esse fim, tanto ramificações nos manicômios para o cuidado “específico à infância” como a construção de instituições especiais de tratamento, educação e proteção, legitimadas pelo discurso produzido em torno dos “não educáveis” pela escola, e pelo projeto de sociedade e homem que se solidificava, de uma nação eficiente, idônea e que levaria o Brasil ao desenvolvimento semelhante aos países em que se espelhava (europeus e Estados Unidos).

## 1.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MENOR *ANORMAL* NO BRASIL

Para Foucault (2006), a institucionalização se configura como a produção histórica das instituições, que, ao se constituírem, produzem e reproduzem as relações de força (dominação, luta e resistência) que as criaram e se instrumentam nos estabelecimentos e dispositivos de poder que as mantêm; sustentando-se nas práticas discursivas das separações e na validação promovida pelos saberes das classificações, especializações e discursos de verdade.

Conforme Lobo (2015a), nessa perspectiva, os dispositivos institucionais participam ativamente da objetivação das deficiências.

As instituições brasileiras voltadas à infância *anormal* foram dispositivos que emergiram na segunda metade do século XIX e, sobretudo, nos anos iniciais do século XX. A institucionalização da infância, até então junto à população adulta, tinha como referência estabelecimentos de enclausuramento - o hospício, os asilos e a prisão.

Lobo (2015a) destaca que o insuficiente crescimento da rede pública de ensino regular acelerou a seleção de crianças, não para outro espaço escolar, mas para sua exclusão da escola, pois, embora houvesse algumas obras de médicos e educadores na defesa da criação de estabelecimentos especializados, não havia correspondência entre a institucionalização dos discursos e as práticas de inclusão institucional, a não ser nos casos considerados perigo social com as prisões, reformatórios e hospícios.

Diante da constante exclusão, até o século XIX e duas primeiras décadas do XX, as escolas especiais eram praticamente inexistentes, mesmo entre os hospícios, poucos tinham

seções especiais para as crianças – até o ano de 1923, havia: o Pavilhão Bourneville no Hospital Nacional de Alienados, uma seção da Colônia de Juquery, em São Paulo, e outra no Rio Grande do Sul (LOBO, 2015a, p.370).

De acordo com Jannuzzi (2006), a criação de instituições escolares ligadas a hospitais psiquiátricos deu-se pela percepção da importância da Pedagogia pelos médicos. Nesse aspecto, cabe destacar o duplo movimento na relação entre os saberes da Educação e da Medicina: ora a Medicina atravessa os saberes pedagógicos e a organização escolar (especialmente pelo higienismo escolar e higienismo mental - continuado pela Psicologia) ora a Medicina se apropria dos saberes pedagógicos como instrumento de tratamento, uma vez que sua terapêutica asilar tradicional não era eficaz nos casos graves. Neste último ponto, eram os médicos os responsáveis ou os mais bem instruídos para o desenvolvimento da educação dos anormais<sup>10</sup>.

Em meados do século XIX, além do Hospício D. Pedro II (posteriormente denominado de Hospício Nacional de Alienados), em 1854, o Imperador criou o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (em 1891 passou a chamar Instituto Benjamin Constant); em 1857 o Imperial Instituto dos Surdos-mudos (em 1957 passou a ser denominado Instituto Nacional de Educação de Surdos - INES); em 1874, houve a criação do Hospital Estadual de Salvador, na Bahia - São João de Deus<sup>11</sup>. Na primeira metade do século XX, foram fundadas: em 1903, o Pavilhão-Escola Bourneville para Crianças Anormais, no interior do Hospício Nacional de Alienados; em 1922 construiu-se no Juquery (Hospital de alienados fundado em 1892, em São Paulo) o pavilhão de ‘menores anormais’ (que em 1929 passou a ser chamado Escola Pacheco e Silva) (BUENO, 2006; JANNUZZI, 2006; LOBO, 2015a; MAZZOTTA, 2005; MULLER, 2000; SOUZA, 2007, 2010; SOUZA, 2009, 2013)<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Este fato é destacado na história de Tobias Leite, por exemplo, na construção de saberes em torno da educabilidade dos surdos - ele defende que o médico, com perfil de educador é quem deve ser o responsável pela educação dos surdos (SOUZA, 2015).

<sup>11</sup> Embora alguns autores apresentem a Instituição como sendo a primeira a oferecer atendimento aos deficientes mentais no Brasil, há autores que discordam, como Muller (2000). Tais indícios revelam a presença do confinamento de crianças anormais em asilos de alienados, mas a primeira Escola Especial para Crianças Anormais foi fundada em 1903, a partir de uma reforma no Hospital Nacional de Alienados - O Pavilhão Bourneville.

<sup>12</sup> A denominação das instituições com nomes próprios, de pessoas que desenvolveram práticas e discursos junto à infância *anormal* era prática comum nas instituições apresentadas: *Benjamin Constant*, adepto do positivismo, foi Ministro da Instrução Pública, produzindo reformas nesse âmbito no ano de 1890 e também foi diretor do Instituto Imperial dos Meninos Cegos, por sua dedicação, no governo provisório da República foi homenageado tendo seu nome colocado na instituição (LEMOS, 1997).

*Bourneville*, médico francês, foi nomeado médico chefe da ala infantil do Hospital Psiquiátrico francês Bicêtre, no ano de 1878, tendo desenvolvido uma reestruturação arquitetônica e de assistência junto à infância asilada desenvolvendo uma prática médico-pedagógica (FERREIRA, 2016); sua proposta de trabalho influenciou a

Foi no século XX que as instituições ganharam força e dimensão no contexto nacional, destacando também as associações e organizações filantrópicas formadas tanto em caráter assistencial, educacional e terapêutico como formadoras de educadores, tais como a experiência em Minas Gerais de Helena Antipoff (desde a década de 1930), a Fundação das Sociedades Pestalozzi (década de 1980) e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), sendo a primeira criada em 1954 no Rio de Janeiro (JANNUZZI, 2006; LOBO, 2015a; MAZZOTTA, 2005); em Pernambuco, destaca-se a Escola Especial Ulisses Pernambucano (primeiro chamada Aires Gama de 1941-1947) (BARRETO, 1992; OLIVEIRA, 2015)<sup>13</sup>.

Principalmente voltada para os menores abandonados e delinquentes; na década de 1930, foram várias as instituições criadas para sua assistência e educação- caracterizadas pelo regime de internato (CORRÊA, 2006).

Ainda que breve, essa apresentação das instituições permite entender o percurso histórico da assistência às crianças consideradas *anormais* - primeiro o predomínio dos hospitais psiquiátricos, que no século XX tem considerável ampliação, estando organizadas de acordo com a crescente diferenciação e categorização das crianças “capturadas” pelos saberes médicos, educacionais e jurídicos.

### 1.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MENOR ANORMAL EM SERGIPE

Em Sergipe, a institucionalização da infância *anormal* não foi muito diferente do contexto nacional. Na busca de literatura sobre o tema foram encontrados trabalhos que

---

organização do Pavilhão-Escola no Hospício Nacional de Alienados, dirigido no momento por Juliano Moreira, por isso seu nome foi lembrado e homenageado (MULLER, 2000).

*Antonio Carlos Pacheco e Silva* foi médico psiquiatra e, em 1923, dirigiu o Pavilhão de Menores, no Juquery; reprodutor de ideais eugenistas e segregacionistas dentro da psiquiatria, era adepto do asilamento dos menores anormais em instituições fechadas (SERRA, 2011).

<sup>13</sup> *Helena Antipoff*, psicóloga e educadora, veio ao Brasil em 1929 a convite do governo de Minas Gerais para ministrar aulas de Psicologia na formação de professores a partir dos pressupostos escolanovistas; junto à criação do Laboratório de Psicologia, demonstrou interesse pela educação das crianças com deficiência mental e fundou a primeira Sociedade Pestalozzi – para educação dos deficientes (CAMPOS, 2003).

*Pestalozzi*, educador expoente das reformas de educação do século XIX, preocupou-se com a educação dos mais pobres, seus pressupostos teórico metodológicos influenciaram aqueles que defendiam as possibilidades de educação dos anormais (SOËTARD, 2010).

*Ulisses Pernambucano*, médico psiquiatra, reorganizou a assistência aos alienados em Pernambuco e fundou o Instituto de Psicologia; com seus colaboradores em 1927 fez publicações de estudos psicotécnicos de alguns testes de aptidão, como a Revisão Pernambucana da Escala Métrica de Inteligência de Binet e Simon, o Psicodiagnóstico de Rorschach e as médias de estatura dos escolares de Pernambuco. Desde 1918 já demonstrava seu interesse pelas crianças anormais defendendo um tratamento médico-pedagógico; a primeira escola especial de Pernambuco foi idealizada por ele (BARRETO, 1992).

tratavam da educação especial e de seus sujeitos (tanto de modo generalista como delimitando o objeto de estudo às deficiências e categorias - cegos, surdos, menores) e trabalhos que, a partir de seu objeto de pesquisa, abordam essa problemática.

Nesse âmbito, foi encontrado o trabalho de Nunes (2008), do qual se destacam sua apresentação do cenário no início do século XX, marcado pelos ideais higienistas, e o início da preocupação com os *anormais* na década de 1920, acontecimento que é apresentado com análise mais detalhada por Lima (2008), em sua dissertação que aborda a biografia do Deputado Antonio de Carvalho Neto.

Quanto à educação especial, os trabalhos de Souza (2009; 2013) exploram o tema de modo ampliado ao abordar a história da educação especial em Sergipe, destacando as práticas e dispositivos institucionais do século XIX e XX.

Para os estudos que se debruçam sobre determinadas deficiências ou categorias, foram localizados os trabalhos de Souza (2007, 2010), sobre a genealogia da educação dos surdos em Aracaju, com importante contribuição na apresentação da primeira escola especial para surdos instituída em Aracaju - no Centro de Reabilitação Ninota Garcia - e da importância de Tobias Leite na educação dos surdos. Dando continuidade aos estudos que envolvem o Ninota Garcia, foram identificados no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe (PPGED-UFS), os trabalhos de Oliveira (2014) e Seixas (2015), o primeiro sobre as práticas e o segundo sobre a formação dos professores, ambos relacionados aos alunos surdos. Ainda no mesmo programa, identificou-se o trabalho sobre a educação dos cegos na Instituição na Escola *Lions* (que integrava o Ninota Garcia), de Nunes (2013).

Outro tema identificado nas publicações do PPGED-UFS foram os estudos sobre os menores abandonados e delinquentes (BISPO, 2006; COSTA, 2013; MENDES, 2014), sendo que tanto Bispo como Mendes abordam esse tema com base na Cidade de Menores “Getúlio Vargas”.

Da busca inicial, não foram identificados estudos que explorassem a história da infância *anormal* nas instituições psiquiátricas em Sergipe, bem como nas escolas que atendiam as crianças consideradas *idiotas* ou doentes mentais. Identificaram-se apenas apontamentos nos textos de Souza (2013) e Mendes (2014) sobre a existência das instituições psiquiátricas e, no de Mendes, que houve encaminhamentos de menores para esses espaços. Considerando que os hospitais psiquiátricos foram utilizados para o abrigo, tratamento e, como apresentado na literatura, pioneiros na educação dos *anormais*, destaca-se a importância da realização de estudos que busquem identificar a institucionalização da infância

*anormal* em Sergipe nos dispositivos psiquiátricos, bem como as práticas e representações neles contidas sobre esses menores.

Na busca de apresentar a constituição dos dispositivos psiquiátricos em Sergipe, a seguir foram apresentados alguns estudos que abordam a história da psiquiatria no estado ou apresentam alguma instituição (ARRUDA, 1991; COSTA; MENDES; FREITAS, 2014; COSTA; MENDES, 2015; GUIMARÃES, 2011; MENDES, 2014; SANTANA, 2003; SIQUEIRA, 2007; SOUZA, 2013).

### **1.3.1 Higienismo, Instituições Destinadas aos Anormais e Possibilidades de Escolarização**

Nunes (2008), ao apresentar a história da educação sergipana até a década de 1930, revelou os ideais higienistas presentes nas políticas de modernização pedagógica e no planejamento da arquitetura dos prédios escolares nos governos das primeiras décadas do século XX, destacando os governos de José Rodrigues da Costa Dória (1908-1911), Oliveira Valadão (1914- 1918), José Joaquim Pereira Lobo (1918-1922) e Maurício Graccho Cardoso (1922-1926).

Um marco importante relativo ao discurso produzido pelos saberes e poderes sergipanos quanto à infância anormal data de 1921 e refere-se ao Projeto nº 481, intitulado *Educação dos Anormaes*, apresentado na Câmara dos Deputados – durante a Conferência Interestadual do Ensino Primário – pelo Deputado Antonio Manuel Carvalho Neto, que foi designado por Pereira Lobo para representar Sergipe. O Projeto estava dividido em quatro partes: *A Educação dos Anormaes - Classificação e Categoria dos Anormaes - O Problema do Estrangeiro e no Brasil - e meio para resolvê-lo* (LIMA, 2008; NUNES, 2008; SOUZA, 2007).

O projeto propunha a criação de escolas de aperfeiçoamento e classes especiais para atrasados, sendo uma proposta pioneira na educação dos *anormais* no Brasil (LIMA, 2008; NUNES, 2008; SOUZA, 2007; SOUZA, 2013). Seu discurso estava embasado por pressupostos republicanos, da Pedagogia moderna e nas experiências da Europa (especialmente as classificações e estudos franceses) e dos Estados Unidos em relação aos *anormais* (LIMA, 2008).

Outras importantes ações postuladas pelo higienismo marcaram a Saúde Pública e a assistência à infância nos governos de Augusto Maynard Gomes (1930-1935; 1942-1945) e

Eronides Ferreira de Carvalho (1935-1941), este último merecendo destaque, tanto por atuar fortemente como médico e político nas ações higiênicas e de controle social, como pelas instituições fundadas em sua administração, as quais buscaram governar<sup>14</sup> a anormalidade em Sergipe - com a construção de importantes dispositivos institucionais como a Cidade de Menores “Getúlio Vargas”, em 1939, e o Serviço de Assistência aos Psicopatas em Sergipe (S.A.P.S.), em 1937.

Iniciada a construção em 1939, a Cidade de Menores “Getúlio Vargas” foi inaugurada em 1942 no governo de Augusto Maynard, no município de Nossa Senhora do Socorro. A finalidade da instituição era de educar e reeducar menores abandonados e delinquentes e receberia os meninos entre sete e 18 anos (BISPO, 2007). Mendes (2014), em análise dos encaminhamentos judiciais para a Cidade de Menores “Getúlio Vargas”, identificou crianças mais novas do que sete anos (de cinco e seis anos) bem como crianças doentes, inclusive doentes mentais, além dos pobres, órfãos, abandonados e delinquentes.

Não foram encontrados estudos na historiografia sergipana especificamente sobre a Psiquiatria Infantil, mas se encontraram estudos que abordam indícios da história da Psiquiatria em Sergipe, identificando-se dispositivos e instituições construídas especialmente no governo do Interventor Eronides de Carvalho.

Médico e militar, Eronides foi considerado um homem fiel ao governo de Getúlio Vargas. Suas ações no campo da Psiquiatria em Sergipe tiveram como principal parceiro nas idealizações das propostas, o Médico Psiquiatra Dr. João Baptista Perez Garcia Moreno<sup>15</sup>, que, em 1937, ao proferir uma palestra sobre a “Assistência a Psicopatas” no *Rotary* de Aracaju, criou um clima de compreensão indispensável à solução do problema de “Assistência Mental” entre os sergipanos (ARRUDA, 1991). Em virtude desse fato, o Interventor do Estado de Sergipe, Dr. Eronides de Carvalho, designou o Dr. Garcia Moreno

---

<sup>14</sup> A ideia de governo está ligada intimamente à ideia de poder disciplinar de Foucault (2001). O “governo” dos indivíduos comporta três coisas: a invenção de uma teoria jurídico-política do poder centrada na noção de vontade e na sua representação num aparelho governamental; a implantação de um aparelho de Estado com seus prolongamentos e apoios em diversas instituições; e aperfeiçoamento de uma técnica geral de exercício do poder que comporta um dispositivo típico - a organização disciplinar que tem por finalidade a “normalização”.

<sup>15</sup> João Baptista Perez Garcia Moreno, natural de Laranjeiras (SE), formado em Medicina, em 1933, pela Faculdade de Medicina da Bahia. Publicou: “Esquema de Trabalho” (1940); “Eletroconvulsoterapia” (1943); “A propósito da insulino-terapia” (1943); “Seguro doença” (1945), “Aspectos do maconhismo em Sergipe” (1946); “Penicilino-terapia na demência parálitica” (1947). “O sexo da maconha” (1948); “Letras vencidas” (1955); “Cajueiro dos papagaios” (1959); “Doce província” (1960); “Temas de Medicina Legal” (1960). Foi um dos idealizadores da Faculdade de Medicina de Sergipe, tendo sido professor de psiquiatria; também foi diretor da Faculdade e Vice-Reitor da Universidade Federal de Sergipe (SANTANA, 2009).

para elaborar um “Esquema de Assistência à Psicopatas em Sergipe”. Desde esse momento, a alienação e a loucura passaram a ser tratadas como doença<sup>16</sup>.

Influenciado pelo trabalho do Dr. Ulisses Pernambucano, que em 1931 instituiu o Serviço de Assistência a Psicopatas em Pernambuco<sup>17</sup>, Dr. Garcia Moreno elaborou o plano de Assistência aos Psicopatas em Sergipe, que, por meio do Decreto-Lei nº 25, de dezembro de 1937 foi instituído como Serviço de Assistência aos Psicopatas em Sergipe (S.A.P.S.).

O S.A.P.S. foi constituído por essas instituições: o Hospital-Colônia do Serviço de Assistência a Psicopatas (posteriormente denominado Hospital-Colônia Eronides de Carvalho, localizado em São Cristóvão<sup>18</sup>), o Consultório Neuro-Psiquiátrico e o Escritório de Higiene Mental (localizado no Prédio Serigy, onde era realizado Serviço Ambulatorial e exames Psiquiátricos para fins periciais, pelo Dr. Garcia Moreno e, eventualmente, pelo Dr. Luiz Cerqueira<sup>19</sup> e contava com dois monitores cuja função era exercer na sociedade uma higiene mental - identificando os anormais escolares e os psicopatas); e o Laboratório de Análise Clínicas do S.A.P.S. (realizava punções do líquido, exames de sangue completo com dosagens de creatinina, ureia, etc., exames de urina, fezes, de escarro, provas funcionais, etc.) (ARRUDA, 1991).

Oficialmente, o S.A.P.S. foi inaugurado em 21 de outubro de 1940, no 2º Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste<sup>20</sup>, realizado no Instituto Histórico

---

<sup>16</sup> “Os loucos de rua”, “os insanos”, “os furiosos” eram presos e depositados no Reformatório Penal do Estado de Sergipe, de maneira tal, que quando atingisse um determinado número, eram colocados em vagões de trem da Estrada de Ferro, destinados ao transporte de animais, e neles viajavam quilômetros, aglomerados, sem se alimentar, sem beber, chegando finalmente a seu destino: o Asilo São João de Deus, em Salvador, na Bahia. Lá eram submetidos a perversões por parte dos mais ruins mentalmente, eram enjaulados, com roupas rasgadas, fétidos, sedentos, para tratamento (ARRUDA, 1991, p.9). Esse relato se aproxima muito do que Foucault (1978) apresenta em sua obra sobre a história da loucura, ao abordar a “Nau dos loucos” na época do Renascimento.

<sup>17</sup> De acordo com Arruda (1991), o médico psiquiatra Ulisses Pernambucano revolucionou a Psiquiatria no Nordeste: extinguiu a Tamarineira - “infernical casa dos doidos” - fundou instituições como o Instituto de Psicologia, o Serviço de Higiene Mental, um hospital aberto autônomo, considerados como os primeiros serviços do gênero no Brasil. Também construiu a primeira escola especial em Pernambuco, na década de 1940, voltada às crianças anormais, denominada Escola Especial Aires Gama, posteriormente chamada de Ulisses Pernambucano (OLIVEIRA, 2015).

<sup>18</sup> Segundo Santana (2009), a instalação do Hospital Colônia em Sergipe ocorreu na cidade de Nossa Senhora do Socorro.

<sup>19</sup> Luís da Rocha Cerqueira, médico psiquiatra, natural de Alagoas, concluiu o curso médico na Faculdade de Medicina do Recife, em 1939, sendo que iniciou sua carreira profissional em Aracaju, por indicação de Ulisses Pernambucano, para auxiliar na organização do S.A.P.S., nos anos de 1940 a 1943; atuou como alienista assistente, além de elaborar laudos periciais no Consultório Neuro-Psiquiátrico e Escritório de Higiene Mental. De Sergipe; em 1944, foi para Salvador, posteriormente para o Rio de Janeiro e São Paulo, sendo um nome importante na história da Psiquiatria nacional na reestruturação do modelo de assistência à doença mental (SANTANA, 2009).

<sup>20</sup> A fonte Arruda (1991) fornece o nome do Congresso vinculado à terminologia Nordeste, contudo, ressalta-se que nos anos de 1940 a região Nordeste, segundo o IBGE, correspondia a somente 5 estados, dos quais Sergipe estava incluso. Anterior a essa data, a região Nordeste não recebia essa denominação e correspondia a região Norte.

Geográfico de Sergipe, com a presença de representantes oficiais dos estados do Nordeste, presidida pelo Dr. Eronides de Carvalho.

Dispositivo análogo de avaliação e caracterização das anormalidades, que teve destaque no período, foi o Gabinete de Biologia Criminal instalado na Penitenciária de Aracaju. Consoante Ferreira (2004), “[...] medições, antecedentes psicológicos e pessoais, estigmas de degenerescência física e mental do delinquente passaram a ser cuidadosamente analisados e a partir disto, os peritos tiraram induções que os orientaram na natureza de seus julgamentos. Assim, seria possível tratar ‘homens doentes’ num ‘país doente’ [...]” (p.01). Esse dispositivo era considerado essencial na organização do serviço penitenciário, tendo se destacado o psiquiatra Garcia Moreno, entre as décadas de 1940 e 1950, na emissão dos pareceres fundamentados em exames realizados por meio de técnicas psico-antropológica e médica (FERREIRA, 2004).

Mendes (2014), em seu trabalho sobre a Cidade de Menores “Getúlio Vargas”, aponta que tanto o Serviço de Assistência aos Psicopatas como o Gabinete de Biologia Criminal recebiam menores para serem submetidos a exames biotipológicos e psico-mental, pois ambos tinham a função de examinar os indivíduos e identificar alguma anomalia comportamental ou psicológica. Com esses pareceres em mãos, o Juiz dava a sentença do encaminhamento do menor – se doente mental, ia para hospital psiquiátrico, se não, para a Cidade de Menores<sup>21</sup>.

Dando continuidade à constituição das instituições psiquiátricas, em 1951 foi inaugurado o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, que ficou conhecido como Novo Hospital-Colônia, de natureza pública, para onde foram transportados os pacientes do Hospital-Colônia Eronides de Carvalho quando este foi interditado (GUIMARÃES, 2011).

No ano de 1979, houve uma nova reorganização do setor, com o início da construção do hospital psiquiátrico Garcia Moreno, tendo como projeto inicial acolher os casos crônicos do Aduino Botelho, que ficaria com os casos agudos. O hospital Garcia Moreno foi fundado sob a proposta de ser uma comunidade terapêutica, comportando em sua estrutura física: horta, criação de bovinos e galinhas (GUIMARÃES, 2011).

Diante do cenário nacional, de crescente ampliação de leitos psiquiátricos (evento ligado ao investimento da Previdência Social na disponibilização de recursos para esse serviço), em Sergipe não foi diferente, e em 1979 foi inaugurada a Clínica de Repouso São Marcelo, e ampliaram-se os leitos privados na Casa de Saúde Santa Maria (Criada em 1962).

---

<sup>21</sup> Outras publicações do estudo realizada por Mendes em parceria com Costa e Freitas reforçam esta mesma informação (COSTA; MENDES; FREITAS, 2014; COSTA; MENDES, 2015).

Diante da literatura encontrada, evidenciou-se a necessidade de produções acerca da história da Psiquiatria em Sergipe, revelando seus caminhos e seus atores. No que tange ao tema central deste trabalho - a infância *anormal* -, essa também seria uma fragilidade, pois não há produções e literatura referentes à criança *anormal*, institucionalizada nos hospitais psiquiátricos no estado de Sergipe.

No âmbito das instituições fundadas para as crianças classificadas como *anormais* - caracterizadas por apresentarem deficiências físicas, sensoriais ou cognitivas - por um bom tempo elas foram organizadas pela filantropia, algumas apoiadas pelo Estado, como no caso do Centro de Reabilitação Ninota Garcia, conforme revela Souza (2007), sendo que o Estado só teve uma ação mais efetiva na década de 1970.

Souza (2013), em seu trabalho sobre a História da Educação Especial em Sergipe, revela que durante as décadas de 1930 e 1960 eram negadas as matrículas de crianças *anormais*, conforme Decreto que regulamenta a Matrícula na Casa da Criança, em 1932: “[...] aquelas que não tenham princípios de leitura e cálculos, defeito physico, moléstias contagiosas e predisposições mórbidas bem definidas de caráter degenerativo [...]” (apud SOUZA, 2013, p.75).

A primeira instituição especificamente voltada aos deficientes foi construída em 1958, voltada aos cegos - a Escola de Recuperação do Cego de Sergipe (NUNES, 2013; SOUZA, 2007; SOUZA, 2010).

Posteriormente, em 1962 foi instituído o Centro de Reabilitação Ninota Garcia (NUNES, 2013; OLIVEIRA, 2014; SEIXAS, 2015; SOUZA, 2007, 2010; SOUZA, 2009, 2013). Segundo Souza (2007, 2010) e Oliveira (2014), a reabilitação ofertada estava embasada pela ciência médica com o objetivo de tratar para integrar o indivíduo ao meio social. Dentro do paradigma do ensino emendativo, o tratamento tinha caráter médico e educativo.

Para as crianças com retardos mentais, em 1966, com apenas uma turma, nas dependências do Ninota Garcia começou a funcionar a Escola Bertilde de Carvalho para excepcionais retardados (OLIVEIRA, 2014; SOUZA, 2007) e no próximo ano, 1967, foi construída a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) (SOUZA, 2013).

Somente em 1973, com a implantação da secretaria voltada à Educação Especial, o Estado assumiu sua responsabilidade com a Educação Especial. No princípio, o modelo médico organizava as práticas na Secretaria com o intuito de investigar e avaliar as crianças.

Em 1975, o Decreto nº 3.017/75 autorizou o funcionamento da “Escola de 1º Grau 11 de Agosto”, no ensino fundamental, voltada à educação de jovens e adultos, de deficientes auditivos e de pessoas com deficiência de aprendizagem, sendo estas as primeiras salas especiais organizadas em Sergipe (SOUZA, 2007; SOUZA, 2013).

Com a revisão da literatura, pretendeu-se apresentar alguns marcos e a configuração de instituições voltadas à infância *anormal* em Sergipe até a organização das primeiras classes especiais. Considerando o que a História revela, a partir das práticas ofertadas e dos discursos produzidos, as diferentes representações que acompanharam seus atores, seja na objetivação dos sujeitos ou na sua emancipação, seja na esfera educacional, médica e jurídica, bem como a contínua relação entre esses saberes/poderes no governo da infância, importa investigá-los para ampliar a compreensão de sua construção histórica permitindo uma reflexão sobre o que está sendo produzido e construído no presente.

Embora seja crescente a produção historiográfica no campo da educação sobre a educação das crianças *anormais* em Sergipe, há fragilidades, especialmente em relação à infância internada nos hospitais psiquiátricos e sua relação com a educação.

Comungando da afirmação de Prost (2008), de que “[...] não existem fatos, nem história, sem um questionamento [...]” (p.75), algumas questões norteiam este trabalho: Quais as representações e práticas presentes no cotidiano das instituições psiquiátricas junto aos menores *anormais* durante o período de 1940 e 1979? Havia alguma relação entre o dispositivo psiquiátrico e as escolas regulares e especiais na época, que poderiam ter acolhido essa população, a exemplo da Escola Bertilde de Carvalho e da APAE? As crianças consideradas graves chegaram a ter acesso à educação por meio da expansão da Educação Especial nas escolas? Qual a representação construída no campo da educação sobre essas crianças que possibilitou ou não a proposição de sua educabilidade nas instituições de governo dessa infância?

Buscando responder essas questões, como objetivo geral pretendeu-se identificar as representações e as relações de saber/poder que desenharam os discursos e as práticas voltadas à institucionalização e educabilidade da infância *anormal* em Sergipe, no período de 1940 a 1979. Para tanto, foram elaborados os seguintes objetivos específicos: a) analisar os saberes científicos que produziram um discurso sobre a educabilidade ou não dos *anormais*, e os dispositivos que emergiram desse saber; b) compreender quem eram as crianças *anormais* que foram objeto dos dispositivos disciplinadores psiquiátricos de normalização, as representações e práticas médicas, jurídicas e educacionais que marcaram o cotidiano desses

equipamentos; e c) identificar e analisar as práticas e representações de processos de institucionalização da infância *anormal* tendo como eixo a educação especial na busca de possíveis relações entre as escolas regulares e especiais e os dispositivos psiquiátricos, enfatizando a carreira institucional dos que eram considerados como menores *anormais* (“da inteligência e do juízo”).

#### 1.4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

O referencial teórico-metodológico escolhido para o desenvolvimento deste trabalho pertence ao campo da História Cultural,<sup>22</sup> mediante a utilização das noções de representação, apropriação e práticas de Roger Chartier, e discurso, práticas e relações de poder, de Michel Foucault. Como método de investigação das fontes de pesquisa fez-se uso do paradigma indiciário de Carlos Ginzburg.

Importa destacar que não há um consenso na literatura sobre o posicionamento de Foucault como historiador e, sobretudo, como representante da História Cultural. Le Goff (2003) diz que Foucault era um historiador filósofo/filósofo historiador. O’Brien (1992), ao fazer uma análise das contribuições de Foucault à história cultural, inicia seu texto dizendo que o filósofo é amado e odiado pelos historiadores – está a margem dos paradigmas da história social, não sendo nem marxista, nem da escola dos *Annales*. A autora defende que o conhecimento produzido por Foucault é “[...] um modelo alternativo para a escrita da história da cultura, um modelo que incorpora uma crítica fundamental da análise marxista e dos *Annales*, bem como da própria história social.” (O’BRIEN, 1992, p.34).

Nesse sentido, não há como negar a influência e aproximação de Foucault na constituição da nova história e no fazer dos historiadores culturais, especialmente daqueles que pertencem à Nova História Cultural, como apresentado por diversos autores como: Veyne (1995), Reis (2000), O’Brien (1992), Le Goff (2003), Burke (2008).

A possibilidade do diálogo entre as noções apresentadas por Chartier e Foucault é o que direcionou a escolha por estes dois teóricos na investigação do objeto da pesquisa.

Antes de falar sobre Foucault e Chartier, cabe revisitar a história da história cultural, no intuito de compreender melhor essa abordagem, tecendo considerações acerca do

---

<sup>22</sup> No campo da História da Educação, o método da História Cultural tem se mostrado eficiente por permitir a ampliação dos objetos de estudo e das fontes utilizadas e, conseguinte, tem sido uma crescente nas produções historiográficas educacionais (NASCIMENTO, 2010; VIDAL; FARIA FILHO, 2005).

movimento dos *Annales*, da nova história francesa para chegar ao desenho da História Cultural.

A Escola dos *Annales*, liderada por Febvre e Bloch, se constitui na concepção de movimento contrário à história historicizante (que não se aproximava das demais Ciências Sociais e apenas considerava fontes autênticas e verdadeiras) propondo uma história nova, problematizadora do social, preocupada com as massas anônimas, modos de viver, sentir e pensar (VAINFAS, 2011). Nela estão contidas cinco proposições fundamentais: a interdisciplinaridade, a história problema, a história total, o alargamento das fontes históricas e fato histórico como construção teórica (REIS, 2000).

A interdisciplinaridade (especialmente com as ciências sociais) era central na proposta dos *Annales*, possibilitando uma nova representação do tempo histórico e a renovação teórico-metodológica da história. Para Reis (2000), essa transformação teve as seguintes implicações: a) Revisão e reconstrução do conceito de homem, de humanidade, de história. Homem: “[...] não é só o sujeito consciente, livre, potente criador da história; ele é também, e, em maior medida, resultado, objeto, feito pela história.” (p.21); b) Formulação do conceito de longa duração a partir do conceito de estruturas sociais das ciências sociais (de Durkheim) - implicando uma mudança epistemológica: “[...] introduziram a abordagem da repetição, da permanência, em um conhecimento antes limitado à irreversibilidade e mudança.” (p.21) – a repetição, a permanência, a quantificação de movimentos reversíveis e regulares, a longa duração – passa a ser a principal direção do olhar do historiador; agora é um tempo histórico desacelerado, estruturado.

Nessa direção também se produz uma renovação nas técnicas e métodos, implicando uma mudança no conceito de fontes históricas:

Os documentos referem-se à vida cotidiana, das massas anônimas, à sua vida produtiva, às suas crenças coletivas. Os documentos não são mais ofícios, cartas, editais, textos explícitos sobre a intenção do sujeito, mas listas de preços, de salários, séries de certidão de batismo, óbito, casamento, nascimento, fontes notariais, contratos, testamentos, inventários. A documentação massiva e involuntária é prioritária em relação aos documentos voluntários e oficiais. Todos os meios são tentados para se vencer as lacunas e silêncios das fontes. (REIS, 2000, p.23).

Há uma oposição ao caráter narrativo da história tradicional, ao considerar-se a impossibilidade de narrar os fatos tal como se passaram, pois, para Febvre e Bloch, o historiador escolhe objetos do passado, mas os interroga no presente, formulando problemas e hipóteses, os quais, para seu desenvolvimento, necessitam explicitar sua estrutura teórica,

documental, técnica e o seu lugar social e institucional – portanto, os fatos históricos são construídos (REIS, 2000).

Dentro da nova história, a partir dos *Annales*, há outra denominação - história das mentalidades (desenvolvido na França). Em consonância Chartier (1990), cada historiografia possui seus conceitos e diferentes noções e o que as caracteriza é como os historiadores delimitam seus territórios e tratam as unidades de observação constituídas<sup>23</sup>. Chartier (1990), ao citar Le Goff, define que a história das mentalidades é a história do cotidiano e do automático, aquilo que escapa aos sujeitos individuais porque revela os pensamentos, a mentalidade de um indivíduo - que é aquilo que ele tem em comum com outros homens de seu tempo. O que posteriormente será aproximado da noção de cultura – como um conjunto de significações que se enunciam nos discursos ou nos comportamentos.

E o que seria História Cultural? Esse é o questionamento presente já no título da obra de Peter Burke “*O que é história cultural?*” que tem por objetivo fazer uma história da História Cultural. O título apresentado como uma pergunta revela a não existência de uma resposta única e definitiva. O autor conduz o leitor para o que é possível ter respostas - o que os historiadores culturais fazem: “[...] o historiador cultural abarca artes do passado que outros historiadores não conseguem alcançar.” (BURKE, 2008, p.8).

Burke (2008) apresenta quatro fases na história da História Cultural: Clássica (1800-1950); História Social da Arte (iniciada em 1930); descoberta da História da Cultura Popular (década de 1960) e Nova História Cultural. Contudo, não há grandes rupturas entre as fases e sim um terreno comum compartilhado por todas: a preocupação com o simbólico e suas representações.

Foi com a publicação da obra Nova História Cultural, pela historiadora Lynn Hunt em 1989, que a terminologia Nova História Cultural entrou em uso – sendo a forma dominante da história cultural - derivada da expansão do domínio da cultura e ascensão da teoria cultural (BURKE, 2008).

Burke (2008) destaca quatro teóricos que influenciaram os historiadores culturais: Mikhail Bakhtin, Norbert Elias, Michel Foucault e Pierre Bourdieu. Esses quatro teóricos levaram os historiadores culturais a se preocuparem com as representações e as práticas - dois

---

<sup>23</sup>Existiria a História das Intelectualidades (Febvre e Bloch) posteriormente denominada História das Mentalidades, ainda na França. Na Alemanha, desde 1800, a História Cultural, com sua imigração para os Estados Unidos e Grã-Bretanha sofreu modificações. O objeto de interesse de todas elas é a compreensão das formas de pensamento do homem em determinada época, a preocupação com o simbólico, variando em seus referenciais teóricos metodológicos.

aspectos característicos da Nova História Cultural, como defende Roger Chartier. Desses autores, serão destacadas as contribuições de Michel Foucault para esta tese.

A leitura das obras de Foucault revela sua preocupação com as representações, desnaturalizando seus objetos e problematizando a construção social, cultural e histórica dos mesmos ao longo do tempo. Consoante Burke (2008), Foucault criticou os historiadores pelo que chamou de ideia empobrecida do real, não deixando lugar para o que é imaginado - reforçando a noção na compreensão histórica dos fatos.

Outras noções apresentadas nas obras de Foucault se aproximaram da Nova História, sobretudo da História Cultural, como a reflexão do passado partindo do presente e a aproximação dos novos objetos da História. A genealogia apresentada pelo filósofo suplementa a proposta dos *Annales*: “[...] partir do presente para nossa reflexão, pois a genealogia parte do presente. Este é um procedimento histórico fundamental. A genealogia, segundo Foucault, desce, mas sobe de novo, e essa concepção está ligada à questão e à crítica das origens.” (LE GOFF, 2003, p.203). Os novos objetos da história (como apresentados por Le Goff e Nora, 1995) aproximaram Foucault dos temas que lhe eram essenciais - por exemplo, o corpo, o sexo, a morte, o medo.

As noções de “longa duração”, “história global” e “história total” também interessavam a Foucault (Le GOFF, 2003). A noção de “longa duração” permitia-lhe perceber as discontinuidades, as rupturas, passeando pelas diversas durações temporais. Para Foucault, o descontínuo é o que determina o objeto de validade e análise - “[...] ela é o resultado da descrição histórica, que revela os limites de um processo, as curvas, as especificidades.” (REIS, 2000, p.124). De acordo com Reis (2000), com Foucault, da história global, passou-se a produzir a história geral – consistindo no estabelecimento de relações entre séries diferentes. A ideia de história total também é apresentada na análise de O’Brien (1992) sobre as contribuições de Foucault: “[...] as estruturas econômicas, as instituições e os costumes, as atitudes mentais e o comportamento político são todos regidos pela mesma rede de causalidade, por uma única e mesma historicidade.” (p.45).

Outra contribuição de Foucault refere-se aos documentos: para ele, a História existe para usar os documentos, interrogá-los, com o fim de “reconstruir” o passado – não se preocupando se eles dizem a verdade, mas, os trabalha do interior, elabora-os, organiza-os, recorta-os, distribui-os, ordena-os, define modelos, relações (REIS, 2000). Para O’Brien (1992), a análise dos documentos, conforme Foucault, deve buscar os eventos de conflitos em que as práticas sociais foram transformadas, aspecto que Veyne (1995) também destaca ao

chamar atenção para a desnaturalização dos contornos dos documentos e discursos, por meio da crítica e questionamento constante.

A despeito das práticas, Burke (2008) aponta a contribuição de Foucault sobre a história das práticas - pensadas dentro de uma sociedade disciplinar em que eram adotadas novas práticas para governar os corpos - o que foi adaptado para investigar outros problemas pelos historiadores.

Quanto à investigação das práticas, Veyne (1995) tece considerações alicerçadas no método utilizado que revela o objeto como constructo das práticas: “O método consiste, então, para Foucault, em compreender que as coisas não passam das objetivações de práticas determinadas, cujas determinações devem ser expostas à luz, já que a consciência não as concebe.” (p.162).

A tese central de Foucault seria esse paradoxo: “[...] *o que é feito*, o objeto, se explica pelo que foi o *fazer* em cada momento da história; enganamo-nos quando pensamos que o *fazer*, a prática, se explica a partir do *que é feito*.” (VEYNE, 1995, p.164, grifado no original).

A palavra-chave da nova metodologia da História são as práticas, de preferência o discurso ou os cortes epistemológicos, que retiveram mais a atenção do público. A história-genealogia de Foucault narra a história das práticas “[...] em que os homens enxergaram verdades e das suas lutas em torno dessas verdades.” (VEYNE, 1995, p.180).

O’Brien (1992) analisa a obra de Foucault como uma abordagem alternativa na nova História da Cultura, o que não significa a isenção de inúmeras críticas pelos historiadores. Para a autora, Foucault estuda a Cultura através das tecnologias de poder, sendo tarefa dos historiadores identificar a produção da verdade como uma função do poder.

Considerando a desnaturalização dos fatos por Foucault e o paradoxo apresentado por Veyne (1995), tudo são discursos, interessando não somente sua formação, mas os efeitos dele. Assim, o discurso é central no estudo do poder e consiste na ordenação dos objetos – não como grupos de signos somente, mas como relações de poder (O’BRIEN, 1992). A importância atribuída ao discurso por Foucault é uma de suas principais contribuições aos historiadores culturais.

O poder é apresentado por Foucault de modo que pode ser estudado pelo fato de compreendê-lo como coextensivo no corpo social, as relações de poder serem entrelaçadas a outros tipos de relação (como família, sexualidade), e estarem interligadas, delineando condições gerais de dominação por meio de sua organização de forma estratégica. Assim, ainda que as relações de poder sirvam a interesses econômicos, tais interesses não podem ser

únicos ou primários nesta análise. O historiador deve procurar “nos lugares menos promissores” - nos sentimentos, no amor, na consciência, no instinto – os interstícios do poder (O'BRIEN, 1992).

#### **1.4.1 Diálogos entre Michel Foucault e Roger Chartier: Práticas, Representações, Apropriação e Poder**

A compreensão de discursos, como práticas que constroem sistematicamente os objetos de que falam, apresenta uma posição construtivista com alguns limites como a superficialidade e a perda de contato com o tecido econômico e político, conforme uma análise feita por Chartier (1990) às contribuições de Foucault. As práticas, representações e apropriação são temas centrais na obra e modelo cultural proposto pelo historiador, e revelam uma interação entre cultura e poder - permitindo a aproximação das ideias desse autor ao filósofo francês.

Chartier (1990) apresenta como principal objeto da história cultural “[...] identificar o modo como em diferentes lugares e momentos uma determinada realidade social é construída, pensada, dada a ler” (p.17). Para o autor, a inteligibilidade do outro e do espaço a ser decifrado implicará a compreensão das representações do mundo social como categorias fundamentais de percepção e apreciação do social. Assim, as representações do mundo social, para Chartier (1990), são construídas e determinadas pelo interesse de determinado grupo, portanto, não são neutras “[...] produzem estratégias e práticas (sociais, escolares, políticas) que tendem a impor uma autoridade à custa de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projecto reformador ou a justificar, para os próprios indivíduos as suas escolhas e condutas.” (p.17).

Aqui é evidenciada a relação de poder que aparece na constituição das representações – nas disputas entre poder e dominação - que só terão uma existência a se iniciar do momento que comandarem as práticas. Segundo Chartier (1990) “[...] as lutas de representações” auxiliam na compreensão dos mecanismos pelos quais um grupo se impõe a outros, quais seus valores, concepções do mundo social, o seu domínio.

Para Chartier (1990), a noção de representação é a pedra angular da abordagem da História Cultural e articula três modalidades da relação com o mundo social:

[...] em primeiro lugar, **o trabalho de classificação e de delimitação** que produz as configurações intelectuais múltiplas através das quais a realidade é contraditoriamente construída pelos diferentes grupos; seguidamente, **as práticas** que visam fazer reconhecer uma identidade social, exibir uma

maneira própria de estar no mundo; significar simbolicamente um estatuto e uma posição; por fim, **as formas institucionalizadas e objectivadas** graças às quais uns representantes (instâncias coletivas ou pessoas singulares) marcam de forma visível e perpetuada a existência do grupo, da classe ou da comunidade. (CHARTIER, 1990, p.23, grifamos).

Tal perspectiva dialoga com as ideias de Foucault, a despeito das relações de poder presentes nas formações discursivas, legitimando as práticas que objetivam determinados indivíduos por meio de dispositivos institucionais ou estratégias disciplinares. Ainda que Foucault aborde a formação da subjetividade e processos de subjetivação dos indivíduos na história do pensamento no desenvolvimento de seus últimos trabalhos, Chartier autodiferencia-se de Foucault ao apresentar a noção de apropriação, permitindo uma análise mais dialógica das consequências dos discursos e suas representações entre quem tem o poder e quem é assujeitado por meio da apropriação.

Chartier diferencia-se de Foucault, dizendo que quando este falava:

[...] da “apropriação social dos discursos” como um dos procedimentos mais importantes através dos quais esses discursos eram confiscados e submetidos, colocados fora do alcance de todos aqueles cuja competência ou posição impedia o acesso aos mesmos. Também afasta-se da hermenêutica-entendida como o momento do trabalho de refiguração da experiência fenomenológica, postulada como universal, a partir de configurações textuais particulares. (CHARTIER, 1990, p.26).

É nesse momento que se insere sua concepção de apropriação: “A apropriação [...] tem por objetivo uma história social das interpretações, remetidas para as suas determinações fundamentais (que são sociais, institucionais, culturais) e inscritas nas práticas específicas que as produzem.” (CHARTIER, 1990, p.26, suprimimos).

Aqui, configura-se uma dupla via revelada por Chartier:

[...] uma que pensa a construção das identidades sociais como resultando sempre de uma relação de força entre as representações impostas pelos que detêm o poder de classificar e de nomear e a definição, de aceitação ou de resistência, que cada comunidade produz de si mesma; outra que considera o recorte social objetivado como **a tradução do crédito conferido à representação que cada grupo dá de si mesmo**, logo a sua capacidade de fazer reconhecer sua existência a partir de uma demonstração de unidade [...] (CHARTIER, 1991, p.183, grifamos).

Com as noções de representação e apropriação, ligadas intimamente à leitura dos objetos culturais, Chartier (1991) desmitifica a análise dos discursos como representação de uma mentalidade unívoca. Pois, com a ideia de apropriação, somente a partir do momento em

que cada série de discursos passa a ser compreendida em sua especificidade, é possível compreender as práticas culturais.

No presente trabalho, foram utilizadas como ferramentas teórico-metodológicas para alcançar os objetivos propostos, as noções de representação, apropriação e práticas de Roger Chartier e as noções de poder, prática e discurso de Michel Foucault, como apresentadas acima. Soma-se a essa direção, o uso do paradigma indiciário de Carlos Ginzburg como método de investigação das fontes históricas.

#### **1.4.2 Método indiciário: investigação e interpretação das fontes históricas**

O Paradigma indiciário desenvolvido por Carlo Ginzburg no final do século XIX consiste em um modelo de interpretação centrado nos resíduos, nos dados marginais, que oferecem indícios, revelações (GINZBURG, 2011). Esta proposta se constitui a partir de uma micro-história, como é o caso do moleiro Menocchio apresentado pelo autor, da história de um indivíduo revela-se a história de um grupo, configura-se uma cultura: “Gostaríamos, é claro, de saber muitas outras coisas sobre Menocchio. Mas o que temos em mãos já nos permite reconstruir um fragmento do que se costuma denominar cultura das classes subalternas ou ainda cultura popular.” (GINZBURG, 2006, p. 11).

Seu ponto central está na ideia de que existem “zonas privilegiadas – sinais, indícios” que permitem decifrar uma dada realidade. Parte-se da ideia de que não há somente fontes objetivas e que os sinais que ela oferece fornecem “testemunhos preciosos” do comportamento de uma comunidade, por exemplo. Para o autor, “[...] mesmo uma documentação exígua, dispersa e renitente pode, portanto, ser aproveitada.” (GINZBURG, 2006, p.16).

Como as fontes usadas neste trabalho são, sobretudo, de cunho documental no que se refere à institucionalização psiquiátrica, os indícios e sinais presentes nos prontuários dos hospitais, por exemplo, foram essenciais na construção dessa história.

#### **1.4.3 Fontes e sua Localização**

As fontes utilizadas na presente pesquisa foram: bibliográficas (livros, teses e dissertações, periódicos), documentais (registros administrativos sobre os hospitais

psiquiátricos e os prontuários dos internos; processos, legislação, regulamentos, relatórios e ofícios) e orais (entrevistas de pessoas ligadas às instituições).

A localização das fontes documentais e bibliográficas ocorreu nos seguintes locais:

- Arquivo Central da Saúde: foram identificadas 16 pastas contendo processos admissionais de funcionários, especialmente dos anos de 1978 e 1979; duas pastas contendo documentos diversos do período estudado (ofícios pedindo materiais de consumo e medicações, a planta baixa do Hospital Garcia Moreno) e 382 pastas contendo os prontuários dos internos dos hospitais psiquiátricos: Hospital-Colônia Eronides de Carvalho, Hospital e Clínica Aduino Botelho, Hospital Garcia Moreno. As pastas estavam organizadas todas em estantes abertas, em condições precárias de higiene, apenas com uma identificação dizendo: Aduino Botelho e Garcia Moreno e se era de funcionários, de documentos diversos ou de internos. Quanto às pastas dos internos, estão organizadas por ordem alfabética, tendo letras sozinhas ou isoladas, como ABCDE; F; G, estando misturados os anos de internação. Para o registro dos dados dos prontuários, em cada pasta aberta, identificava-se o ano da primeira internação e eram copiados seus principais dados para obter um panorama do perfil psiquiátrico no período (1940-1979), e os prontuários dos menores (até 18 anos)<sup>24</sup> foram fotografados em sua totalidade. Ao fim da coleta, totalizaram 7.522 prontuários registrados, sendo que destes 750 eram de menores. Nos prontuários há informações quanto ao encaminhamento, à procedência dos internos, às avaliações no momento de entrada (psíquica, cognitiva, somática, etc.) e de reinternações, diagnósticos, conduta a ser seguida, relatórios dos tratamentos medicamentosos, de eletroconvulsoterapia e insulinoaterapia, bem como exames laboratoriais. Muitos prontuários estão em estado de decomposição, com as partes em metal enferrujadas, os papéis rasgados, com sinais de que foram molhados e outros com buracos feitos por traças.
- Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe (IHGS): foram encontrados livros que contextualizam a história de Sergipe.

---

<sup>24</sup> Ainda que segundo o Código Civil vigente na época, Lei nº 3.071/1916, o artigo 9º determinava que a menoridade acabava aos 21 anos, ficando o indivíduo habilitado para todos os atos da vida civil; nas fontes analisadas foram considerados menores os internos até os 18 anos, tanto pelo fato de que o Código de Menores de 1927 e, posteriormente o de 1979, esta era a idade considerada para a maioridade, como pela relevância dos registros encontrados relacionados à possibilidade educacionais dos menores até essa idade.

- Bibliotecas de universidades públicas e faculdades particulares: as bibliotecas consultadas foram a Biblioteca Central da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e do *Campus* da Saúde (HU) e Bibliotecas da Universidade Tiradentes (UNIT), nelas foram encontrados livros e trabalhos acadêmicos (teses, dissertações e monografias) sobre a temática do estudo.
- Banco de Teses e Dissertações da CAPES
- Arquivos pessoais: livros e documentos provenientes de documentação pessoal, tais como Calazans ([200-])<sup>25</sup>, Freitas e colaboradores (1974), Fontoura (1965), Lourenço Filho (1933, 1978) e Nascimento (1985).
- Biblioteca Virtual da Saúde/ Rede BIBLIOSUS: obteve-se o livro de Arruda (1991) digitalizado por meio de comutação.

Quanto às fontes orais, foram obtidas por meio da realização de entrevistas abertas junto às pessoas que vivenciaram os processos de institucionalização da infância considerada *anormal*. Foram entrevistas seis pessoas, apresentadas no Quadro 01, a seguir.

**Quadro 01 - Fontes Oraís: Entrevistas Realizadas para a Pesquisa**

| Identificação                           | Instituição/ função                                                                                                                                                                   | Data da entrevista     |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| MJDS*                                   | Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho/ ex-interna                                                                                                                                      | 07 de dezembro de 2016 |
| Prof. Antonio Fontes Freitas            | Secretaria de Educação do Estado de Sergipe/ Diretor                                                                                                                                  | 04 de agosto de 2017   |
| Profa. Iara Maria Campelo do Nascimento | Secretaria de Educação do Estado de Sergipe/ Professora membro da Equipe de Educação Especial                                                                                         | 26 de junho de 2017    |
| Profa. Maria das Graças Barreto         | Secretaria de Educação do Estado de Sergipe/ Professora membro da Equipe de Educação Especial como Coordenadora; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Aracaju / Professora | 06 de julho de 2017    |
| Dra. Marlene Guedes                     | Secretaria de Educação do Estado de Sergipe/ Médica Neuropediatra, colaboradora da Equipe de Educação Especial                                                                        | 07 de julho de 2017    |
| Profa. Maria Julia dos Santos Cruz      | Centro de Reabilitação Ninota Garcia – Escola Bertilde de Carvalho e Secretaria de Educação do Estado de Sergipe                                                                      | 27 de junho de 2017    |

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

\*Apenas uma pessoa não teve seu nome divulgado, seguindo os princípios éticos que regem essa pesquisa. MJDS, ex-interna do Hospital Aduino Botelho, preferiu manter sua identidade em sigilo. Os demais participantes, assinaram um termo autorizando a sua identificação, atestando a preferência para que fosse dessa forma.

Identificadas e contatadas, após aceitarem participar deste estudo, as entrevistas com os colaboradores foram realizadas em suas residências, exceto a da MJDS que preferiu que fosse realizada na instituição em que foi localizada, um serviço substitutivo do hospital

<sup>25</sup> Texto cedido pela Assistente Social Maria Ester Calazans, digitado, sem data, mas produzido no século XXI.

psiquiátrico - o Centro de Atenção Psicossocial, e da Profa. Iara que foi em seu local de trabalho. Importa esclarecer que foram buscados outros ex-internos dos hospitais psiquiátricos, que tiveram sua internação no período deste estudo (até 1979), com 18 anos ou menos, junto à Coordenação de Saúde Mental do Estado de Sergipe. Porém, em nenhum Centro de Atenção Psicossocial ou Residência Terapêutica, foram identificados possíveis colaboradores para essa pesquisa.

As entrevistas tiveram um caráter aberto, com o objetivo de relatar a memória dos sujeitos sobre as instituições e as práticas voltadas às crianças e aos adolescentes, especialmente em relação às práticas institucionais e educativas. As narrativas foram todas gravadas e posteriormente transcritas.

Como procedimento metodológico, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe e foi aprovado (Número do Parecer: 1.586.277).

Importa destacar a limitação das fontes deste trabalho. A não identificação de outros colaboradores como ex-internos e ex-funcionários dos hospitais psiquiátricos limitou a produção dessa história a uma única entrevista e a dados documentais de ofícios e prontuários. Ademais, de um modo geral, a leitura que se fez das fontes identificadas não foi uma leitura neutra, mesmo presando pela objetividade na apresentação, elas foram interpretadas e analisadas sob o referencial teórico e metodológico deste trabalho.

Em relação à análise das fontes encontradas, os dados provenientes dos registros dos 7.522 prontuários foram tabulados, com vistas à construção de um banco de dados para análise estatística e/ou descritiva. Especificamente dos prontuários dos menores, as fotografias foram analisadas cuidadosamente – foram lidos, relidos e os indícios revelados para contar a história dos menores institucionalizados. As fontes bibliográficas foram lidas e relidas, destacando e interpretando os sinais que forneceram elementos para compor esse trabalho. Por fim, as narrativas, após a transcrição das entrevistas gravadas em áudio, foram cuidadosamente analisadas em sua íntegra – procurou-se identificar os temas centrais presentes nos discursos, as representações sobre a infância *anormal* e/ou a própria vivência dessa anormalidade, bem como o cotidiano de práticas institucionais.

## 1.5 ESTRUTURA DA TESE

Este trabalho foi organizado em quatro seções, mais as considerações finais, sendo que a primeira consistiu nesta seção introdutória.

Na segunda seção foram abordados os saberes que produziram um discurso sobre a educabilidade dos *anormais*, a partir de práticas desenvolvidas em instituições psiquiátricas por médicos e pedagogos e sua ressonância nas práticas e discursos presentes nas escolas regulares. Foram apresentados os caminhos de constituição dos saberes médicos - higienismo, medicina social e psiquiatria - como política social e fortemente transformadora e produtora de um cenário educacional “medicalizado”. Por fim, foi apresentado o cenário de constituição da Escola Nova no contexto nacional e em Sergipe destacando os saberes e dispositivos produzidos para a normalização e classificação da infância.

A terceira seção tratou da institucionalização dos menores *anormais* em hospitais psiquiátricos sergipanos durante o período de 1940 a 1979. Foram analisados os discursos e práticas dos hospitais (Hospital-Colônia Eronides de Carvalho, Hospital Adauto Botelho e Hospital Garcia Moreno), dando destaque às representações e apropriações dos atores envolvidos, as práticas cotidianas e os menores internos, bem como as possíveis relações com a educação.

A quarta seção abordou a institucionalização e educação da infância *anormal* em instituições que tiveram como eixo comum a Educação Especial no período de 1940-1979, sendo elas a Escola Bertilde de Carvalho, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais e as classes especiais nas escolas de ensino primário. Foram analisadas as possibilidades e impossibilidades da educabilidade dos *anormais* e as possíveis relações entre as instituições citadas e o S.A.P.S., revelando os discursos, representações e práticas que orientaram tais equipamentos.

Por fim, apresentaram-se as considerações finais.

## 2 EDUCAÇÃO DOS ANORMAIS: SABERES, DISCURSOS E PRÁTICAS

Esta seção tratou dos múltiplos saberes que produziram discursos em torno da educação da criança *anormal*. Foram destacados os discursos e práticas da Medicina e da Pedagogia, legitimados pela Justiça, e a relação de dependência e fortalecimento entre eles. Não obstante, foram apresentadas as apropriações dos discursos científicos na qualidade de regimes de verdade cercados pelas instituições que os produzem, difundidos pelas instâncias educativas, médicas, políticas, econômicas e culturais por meio de dispositivos do poder disciplinar e do governo da infância.

Inicialmente, foram abordados os discursos que emergiram da Pedagogia moderna nos asilos de alienados e *idiotas* sobre a educabilidade dos *anormais*, configurando o que, posteriormente, denominou-se Pedagogia dos Anormais. Destacaram-se os pioneiros na defesa da educação dos *idiotas* dentro dos manicômios, Itard e Séguin, cuja teoria e prática foi continuada por Bourneville – influenciando as propostas de Juliano Moreira no primeiro Pavilhão Infantil no Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro. Até aqui o campo médico se apropriou da pedagogia no seu discurso terapêutico.

Posteriormente, apresentaram-se Decroly e Montessori, portadores de um saber que os torna capazes de construir, inicialmente junto aos *anormais* nos hospitais, transcenderem os muros asilares e atingirem a escola normal e as crianças sem deficiência – influenciando as propostas da Escola Nova, tendo como um de seus expoentes em solo brasileiro, Lourenço Filho, que trazia uma compreensão de normalidade fundamentada nas teorias desenvolvidas pela Psicologia Experimental e Pedagogia Científica tendo como uma das referências, o francês Alfred Binet.

Considerando que os mencionados discursos funcionaram como fator importante para a captura da infância pela Medicina (no campo da higiene mental e psiquiatria) na sociedade e nas instituições escolares, a partir do momento da difusão dos conhecimentos e teorias produzidas para além dos hospitais, foram apresentados os discursos da união - Medicina/Pedagogia - presentes no movimento escolanovista, que potencializou a normalização da educação por meio de dispositivos e práticas disciplinares, e da criação de instituições especializadas no Brasil e em Sergipe.

## 2.1 CONSTRUÇÃO DO DISCURSO SOBRE A CRIANÇA *ANORMAL*

Os saberes das ciências médicas pautados na teoria da degenerescência, do evolucionismo, da eugenia, do higienismo teceram os primeiros discursos científicos sobre a criança *anormal*, legitimadas e ratificadas pelas Ciências Jurídicas, na configuração da anormalidade como perigo à sociedade, bem como pela Pedagogia moderna na defesa da educação como símbolo de civilidade - configurando uma norma social e cultural.

Foi em meados do século XIX, com a teoria da degenerescência postulada por Morel em 1857 (apud FOUCAULT, 2006), que as anormalidades, até então de caráter moral e místico, passaram a ser explicadas por uma fonte orgânica difusa, perturbadora das funções mentais e físicas dos indivíduos e de seus herdeiros. Foucault (2006) entende que a teoria da degeneração foi a fonte de todas as teorias eugênicas, especialmente as postuladas nas concepções evolucionistas de Darwin e na identificação das anormalidades como indicativos de perigo social.

Os graus de degenerescência foram explorados pela Medicina Mental do século XIX, com o discurso de sua incurabilidade e caracterizando as diferenças entre o louco e o *idiota* - ambos afetados no cérebro e/ou intelecto, mas diferentes em sua evolução: a loucura evolui e pode ser curável, e aparece só no adulto, enquanto a idiotia é incurável e aparece já na infância; entre o *idiota* e o *demente*, a diferença é que a demência é tardia e preserva resquícios da inteligência do passado, a idiotia não tem passado, pois o desenvolvimento foi estagnado; entre o *idiota* e o *imbecil* a distinção é imprecisa, e ganha força com o discurso médico-legal sobre a responsabilidade dos atos, quanto aos efeitos da mestiçagem e a justificativa para a incapacidade da aprendizagem escolar (LOBO, 2015a).

Anteriormente a Morel, foi Jean-Étienne Dominique Esquirol que, em 1838, fixou a idiotia na abolição das faculdades intelectuais. Esquirol reconheceu a idiotia não como uma doença, mas como um estado, uma parada no desenvolvimento, justificando a impossibilidade de o *idiota* adquirir os mesmos conhecimentos relativos à educação dos indivíduos de sua idade; não havendo possibilidades de mudar seu estado, a idiotia começa com a vida ou na idade que precede o desenvolvimento completo das faculdades intelectuais e afetivas (LOBO, 2015a).

Com essa diferenciação por meio das teses da Medicina mental e das noções que traziam em seu bojo sobre desenvolvimento e instinto, a infância tornou-se o *locus* de identificação e desenvolvimento das anormalidades.

Nesse sentido, foi da criança e da anomalia (causada por questões orgânicas e incuráveis) – a criança *imbecil, idiota* - que se expandiu na sociedade a psiquiatrização da infância, segundo Foucault (2006). As ideias de desenvolvimento e instinto presentes nos discursos sobre essas crianças trazem consigo a historicização do sujeito, remetendo à doença uma história que se inicia na infância e, devido ao seu caráter múltiplo e impreciso, somente um especialista seria capaz de identificá-la – o médico psiquiatra. Desse momento em diante, Foucault (2006) defendeu que a Psiquiatria passou a exercer seus efeitos de poder atingindo toda a sociedade, produzindo a ciência dos *anormais*. Para o autor, qualquer situação cotidiana, comum, poderia ser encarada como sinal de irregularidade em relação a uma norma, recebendo um caráter patológico em relação ao normal. Daí, surgiram as medidas profiláticas de defesa social, políticas contra a degeneração, extrapolando os hospitais e asilos e atingindo as escolas e famílias – o berço de tais práticas e discursos foi a Europa, especialmente a França no século XIX.

Na França, em 1834, Voisin fundou o Instituto de Ortofrenia, colocando em prática a proposta de uma educação preventiva às anormalidades, pautada em um tratamento moral como prevenção de todos os desvios, incluindo na categoria de idiotia outras crianças em risco: as viciosas, as suspeitas de taras hereditárias, aquelas cujo exame dos ossos do crânio demonstrasse propensões para o crime, além das que apresentassem algum grau de retardo da inteligência (LOBO, 2015a).

Foucault (2006) apresentou dois aspectos que auxiliaram na assimilação do *idiota* ao louco e sua conseqüente captura pela Psiquiatria, na França (meados do século XIX): mão de obra dos pais para o trabalho (reclusão das crianças aos asilos de alienados) e a lei francesa de 1838, que regia as normas de internação dos alienados e tornava as coletividades responsáveis pela manutenção dos asilos. Do ponto de vista discursivo, Foucault apresentou um duplo movimento: a distinção, pela neuropatologia, entre aqueles portadores de uma lesão no sistema nervoso (os *idiotas*) e os verdadeiros doentes mentais, o que tornou possível o refinamento da noção de desenvolvimento e das normas da infância; e a assimilação do *idiota* ao louco pela noção de instinto que se traduziria na criança não pela alienação, mas pela anormalidade.

Enquanto coordenados pelos alienistas, tendo como principais representantes, Pinel e Esquirol, as práticas junto às crianças *anormais* eram voltadas ao tratamento moral, de treino de hábitos. Nada feito em relação ao desenvolvimento de suas faculdades intelectuais, uma vez que se entendia que não havia como produzir modificações - a representação da

anormalidade era estática, impossível ser modificada. Conforme Lobo (2015a), na primeira metade do século XIX dominou o pensamento de Esquirol, segundo o qual para o *imbecil* reservava algum tratamento para a formação de hábitos ao trabalho mecânico, e ao *idiota*, considerava que nada do instrumental médico pudesse melhorar suas condições.

Somente com a experiência de Itard, na França, apresentada a seguir, passou-se a questionar a tese de ineducabilidade dos alienistas.

## 2.2 PEDAGOGIA MODERNA E A EDUCABILIDADE DOS ANORMAIS

Dentro do cenário de impossibilidade de mudanças no comportamento e educação dos *idiotas*, defendida pelos alienistas, emergem posições contrárias que tiveram aporte teórico baseadas nas teorias advindas da Pedagogia moderna transpostas para dentro dos hospitais.

Jannuzzi (2006) aduz que a entrada da Pedagogia nas instituições de tratamento mental ocorreu quando os médicos buscaram, nos saberes educacionais, respostas aos desafios dos casos mais graves.

Muitas propostas educacionais da modernidade elaboradas na Europa, respondendo à sociedade que se formava e à classe dominante (burguesia) que se legitimava no poder, não fizeram menções à educabilidade dos *anormais* e, a partir de suas proposições e finalidades, realmente não deixavam espaço para que as crianças pudessem se tornar visíveis. Todavia, foram estes saberes que fomentaram as ideias que levaram à defesa da educação de crianças *idiotas*.

Parece terem se configurado dois momentos distintos na apropriação da Pedagogia moderna pelos médicos: no século XIX, com Itard, Séguin e Bouneville, faz-se o uso de preceitos educacionais para o tratamento dos anormais, defendendo a sua educabilidade e o desenvolvimento de uma “civilidade”, possível por meio do treino de hábitos, principalmente. Já as ideias que se sobressaem no século XX têm, sobretudo, a influência dos saberes psicológicos, tendo em Decroly um representante da união da Psicologia e Pedagogia e em Montessori, uma entusiasta da psicanálise.

### 2.2.1 Modelos médico-pedagógicos nos asilos: França e Brasil

Jean-Marc Gaspard Itard, em 1800, foi o primeiro a desafiar a educabilidade dos *idiotas* ao propor uma intervenção educacional a Victor, garoto selvagem encontrado nos

bosques de Aveyron. Ao jovem médico, diretor do Instituto Imperial de Surdos-mudos (na França), foi confiada a guarda do garoto (BUENO, 2006; FOUCAULT, 2001, LOBO, 2015a; PESSOTTI, 1984; TEZZARI, 2009).

Pessotti (1984) explica que as ideias de Itard foram influenciadas fortemente por dois pensadores: Locke e Condilac.

Locke, filósofo inglês do século XVII, criticando o inatismo, propôs uma nova compreensão acerca do entendimento da produção do conhecimento. O filósofo valorizava a experiência como fonte essencial para o conhecimento, criticando a noção de ideias inatas. Para Locke, o conhecimento não é inato, o homem nasce como uma tábula rasa, possuindo apenas a capacidade de conhecer (por meio das ideias percebidas da sensação ou reflexão, especialmente) (LOCKE, 1999).

Neste sentido, abre possibilidades e fomenta as ideias de Itard, que, ao defender a possibilidade de educação do garoto selvagem, contrariou o parecer do médico alienista Pinel, que afirmava a incurabilidade e a não resposta às intervenções para os *idiotas* (LOBO, 2015a; TEZZARI, 2009). Uma vez que se concebem as ideias como adquiridas e não inatas, a educação pode exercer papel transformador e de desenvolvimento das faculdades mentais no homem. Seu entendimento de que idiotia é um fato gerado pela insuficiência cultural, não biológica, também foi impulsionadora de sua ação pedagógica.

Étienne Bonnot de Condillac (1715-1780), influenciado pelas ideias sensualistas de Locke, tem como símbolo de sua teoria uma estátua: o organismo (tábula rasa), como se fosse uma estátua, seria despertado para o mundo por meio de cada um dos sentidos separadamente, desenvolvendo todas as faculdades mentais (atenção, comparação, julgamento, imaginação, memória, raciocínio) (PESSOTTI, 1984).

Pessotti (1984) tece a seguinte reflexão acerca das influências de Locke e Condilac ao jovem médico Itard quanto à educação dos *idiotas*:

[...] admite a gênese de ideias e processos mentais complexos a partir de ideias e processos simples, admite que da percepção se passa a operações mentais não necessariamente formais; que a formalização é apenas um modo de estender as operações precedentes; que há estádios necessários e gradativos entre a percepção e as operações com signos ou formas; que para efeito do exercício das faculdades mentais não importa quais e quantos órgãos dos sentidos sejam empregados na origem de conhecimento, ou seja, na percepção sensorial; que o domínio da linguagem não é essencial para o desenvolvimento do entendimento (funcionamento das faculdades mentais); e, acima de tudo, que as capacidades ou incapacidades mentais são produto da experiência e das oportunidades de exercício de funções intelectuais e não necessariamente dotes inatos, de natureza anatomo-fisiológico ou metafísica. (PESSOTTI, 1984, p.29).

Itard produziu dois relatórios sobre sua experiência com Victor, com grande sistematização científica; formulou hipóteses sobre os caminhos de aprendizagem do garoto, criou diversos materiais, utilizou uma infinidade de recursos e tinha uma proposta de educação global: aprender a andar, vestir-se, cuidar de sua integridade física e higiene, aproximar-se das pessoas, alimentar-se de maneira ampliada, sentir e demonstrar sentimentos, como alegria, afeto e tristeza. Ainda que tenha tido êxito em sua experiência, não atingiu todos seus objetivos educacionais ao chegar a um limite de aprendizagem de Victor, frustrando-se por não aceitar a ideia de que sua limitação teria causas orgânicas além de culturais (TEZZARI, 2009).

Edouard Séguin (1812-1880), discípulo de Itard e continuador do seu trabalho, diferenciava-se do mestre por compreender o caráter orgânico da limitação nos anormais, sendo o primeiro a sistematizar um método de educação voltado aos *idiotas* (FOUCAULT, 2006; LOBO, 2015a; PESSOTTI, 1984; TEZZARI, 2009).

Em 1846, Séguin publicou o livro “Tratamento moral, higiene e educação dos idiotas” apresentando ideias pautadas na educação fisiológica e nos exercícios sensoriais. O livro divide-se em cinco partes: 1) Da idiotia (caracterizando-a); 2) higiene dos *idiotas* (fala sobre o temperamento, etapas de desenvolvimento, hábitos, o sexo, possíveis comorbidades, hereditariedade, a alimentação, a vestimenta, influência dos agentes atmosféricos); 3) educação dos *idiotas* – primeira seção: Método (propõe a educação do sistema muscular, o trabalho com a imitação, educação dos sentidos, da palavra, das cores, com dimensões, imagens, desenhos, escrita e leitura; diferença entre noção e ideia, prática da gramática, memória, aplicação desses conhecimentos na vida do sujeito); 4) educação dos *idiotas* - segunda seção: prática (relatos e observações de alguns casos); 5) tratamento moral da idiotia (fala da obediência, respeito à autoridade, liberdade, vontade, o professor, o aluno, o comando imediato ou imperativo, o comando mediado e o comando negativo ou expectativa) (PESSOTTI, 1984).

A noção de desenvolvimento apresentada por Séguin na obra referida foi fundamental para disseminação da psiquiatrização da infância, através de ações preventivas de cunho médico-pedagógicas desenvolvidas. A universalização da ideia de desenvolvimento, considerando a idiotia como uma fase evolutiva pela qual toda criança deve passar, ligada a um período de desordenação dos instintos, tornou o período da infância um risco (FOUCAULT, 2006; LOBO, 2015a, 2015b).

Seu método tinha como funções: a atividade, a inteligência e a vontade. Sua defesa de que a idiotia era uma enfermidade do sistema nervoso, cujo efeito é a subtração de todo ou parte dos órgãos e das faculdades das crianças à ação regular de sua vontade, deixando-a livre a seus instintos e a retraindo do mundo moral, fundamenta o caráter essencialmente moral de sua obra, justificando a necessidade da autoridade do mestre, que tiraria a criança de seu estado de permissividade aos próprios instintos. A vontade do mestre deveria prevalecer e guiar as ações do seu aluno (LOBO, 2015a).

Segundo Pessotti (1984), Séguin era organicista; para ele, qualquer ideia que não se referia ao sistema nervoso ou neuromuscular na explicação das anormalidades era metafísico, não tendo caráter científico e verdadeiro. No aspecto pedagógico, procurava desenvolver a autonomia, afirmando que todos são capazes de aprender, por isso parte do sabido para desenvolver o máximo do potencial do aluno. Propunha uma educação integral: aspectos físicos, suas funções, aspectos psicológicos, interesses, sentimentos, atividade física e a experiência, importância do contexto das atividades cotidianas (vestir-se, alimentar-se). Defendia a autonomia e capacidade dos *idiotas*, sendo que cada um era tratado de forma individualizada (TEZZARI, 2009).

O aprendizado, para Séguin, deveria iniciar-se por conceitos simples, para os complexos, do global para o analítico, procedendo, por meio de analogias, deduções e comparações. Destacava a importância da repetição - para o desenvolvimento de habilidades ou conhecimentos; do interesse da criança; e da consolidação da aprendizagem por meio da manipulação concreta da realidade (TEZZARI, 2009).

Na visão de Tezzari (2009), a obra de Séguin não teve ecos em sua publicação na França, devido às ideias discordantes que apresentava diante do saber colocado pelos alienistas<sup>26</sup>, ganhou repercussão maior nos Estados Unidos, para onde o cientista se mudou em 1848. No retorno a seu país, influenciou Bourneville, médico neurologista, que em 1879 tornou-se médico do Hospício de Alienados de Bicêtre, reestruturando a escola de crianças e jovens *idiotas* que ali havia.

Quando Desiré-Maglorie Bourneville assumiu a seção infantil do hospital de Bicêtre, ainda que fosse contemporâneo a Itard e Séguin, o que vigorava era a incurabilidade da idiotia, sua ineducabilidade e monstruosidade, relacionando-a aos criminosos por meio dos saberes que iam se desenvolvendo na Medicina mental.

---

<sup>26</sup> Séguin trabalhou com Esquirol, e, posteriormente, com Voisin, com ambos rompeu relações após discordarem sobre as possibilidades de desenvolvimento das crianças anormais, pois não acreditava na correspondência entre os graus e tipos de idiotias e a manifestação da inteligência (LOBO, 2015a).

Seu trabalho em Bicêtre foi a marca da aplicação prática das propostas de Séguin, de uma intervenção médico pedagógica junto à infância *anormal* - no momento que ele assumiu o pavilhão infantil, descreveu ter encontrado 450 meninos hospitalizados, todos pobres, *idiotas* do completo ao perverso, de dois aos 18 anos (FERREIRA, 2016).

Ficou conhecido pela reestruturação hospitalar, arquitetônica e ideológica do Hospital de Bicêtre, criando o pavilhão especial para as crianças (construído entre os anos de 1878 a 1892). Pautado pela tese da educabilidade dos anormais, várias críticas advieram dos alienistas e posteriormente do Ministério de Instrução Pública da França, alegando a inutilidade de sua prática e desperdício financeiro em suas reformas (FERREIRA, 2016).

O pavilhão infantil dividiu-se em dois setores: um médico e um pedagógico; o tratamento proposto era de acordo com o perfil das crianças que Bourneville dividiu em três grupos: Grupo I composto por crianças *idiotas*, epiléticas ou não, mas inválidas e consideradas incuráveis; o Grupo II composto pelas crianças *idiotas*, “caducas” ou não, epiléticas ou não, mas robustas; e o Grupo III eram as crianças limpas, robustas, *imbecis*, atrasadas, epiléticas ou não (FERREIRA, 2016; MULLER, 2000).

Fundamentando sua ação em Séguin, propôs no Grupo I, cuidados higiênicos, as práticas estavam restritas ao setor médico, as crianças eram submetidas a banhos, duchas, massagens visando à educação de funções orgânicas motoras, que compreenderiam ações voltadas para o controle dos esfíncteres, a marcha, as funções olfativas e gustativas; no Grupo II, propôs uma pequena escola, cujo programa era voltado para a educação das funções intelectuais, mediante o qual se buscava desenvolver a atenção e a imaginação (ficando reservado a este grupo aspectos médicos e pedagógicos); por fim, no Grupo III, propôs a grande escola; nela, as crianças recebiam aprendizagens escolares equivalentes ao ensino primário. Além das escolas, havia os ateliês com o fim de ensinar um ofício aos internos (FERREIRA, 2016).

Seu método médico-pedagógico propunha que se partisse do simples ao complexo, iniciando pela educação do andar, seguido pelas mãos, a vista, a audição, o olfato, o paladar, somente depois a palavra, a higiene pessoal – tudo por meio de objetos concretos e experiências vivenciadas pelas crianças. Tinha como meta a ocupação constante do tempo da criança, sendo as atividades no pavilhão ofertadas durante o dia, tarde e noite (MULLER, 2000). Para Muller (2000), o discurso e a prática de Bourneville corresponderam ao projeto normalizador da Medicina seguindo princípios de categorização e vigilância constante.

O desgaste de seu modelo aconteceu por causa da superlotação do hospital, pelos constantes ataques, por questões financeiras e pelo embate político e ideológico em meio a um momento de democratização do ensino primário francês e de defesa da criação de classes especiais fora dos hospitais psiquiátricos, junto às escolas normais para dar conta da demanda que emanava das escolas.

Consoante Ferreira (2016), ainda que Bounerville estivesse ciente do mencionado debate, inclusive desenvolvendo propostas para criação de salas especiais junto às escolas, em 1891, que seriam o lugar para tratar os atrasados dos asilos junto com os retardados escolares, suas ideias foram desconsideradas pela força advinda da emergência dos saberes produzidos no campo da Psicologia Experimental e da construção de uma Pedagogia Científica tendo como importante difusora a Sociedade Livre para o Estudo Psicológico da Criança, cuja referência era Alfred Binet e colaboradores, que, orientados por um discurso científico médico, organicista e pautado na hereditariedade, justificavam os atrasos escolares das crianças nas classes populares, criticando duramente o tratamento ofertado em Bicêtre e criaram uma nova categoria de crianças, aquelas consideradas *anormais* por insucesso nas aprendizagens escolares.

No Brasil, a primeira instituição a realizar um atendimento diferenciado à infância *anormal* foi fundamentada pelas ideias de Bourneville. A “Escola de Crianças Anormais” – o Pavilhão Bourneville - foi criada em 1904, no Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro (LOBO, 2015a; MULLER, 2000; SILVA, 2009).

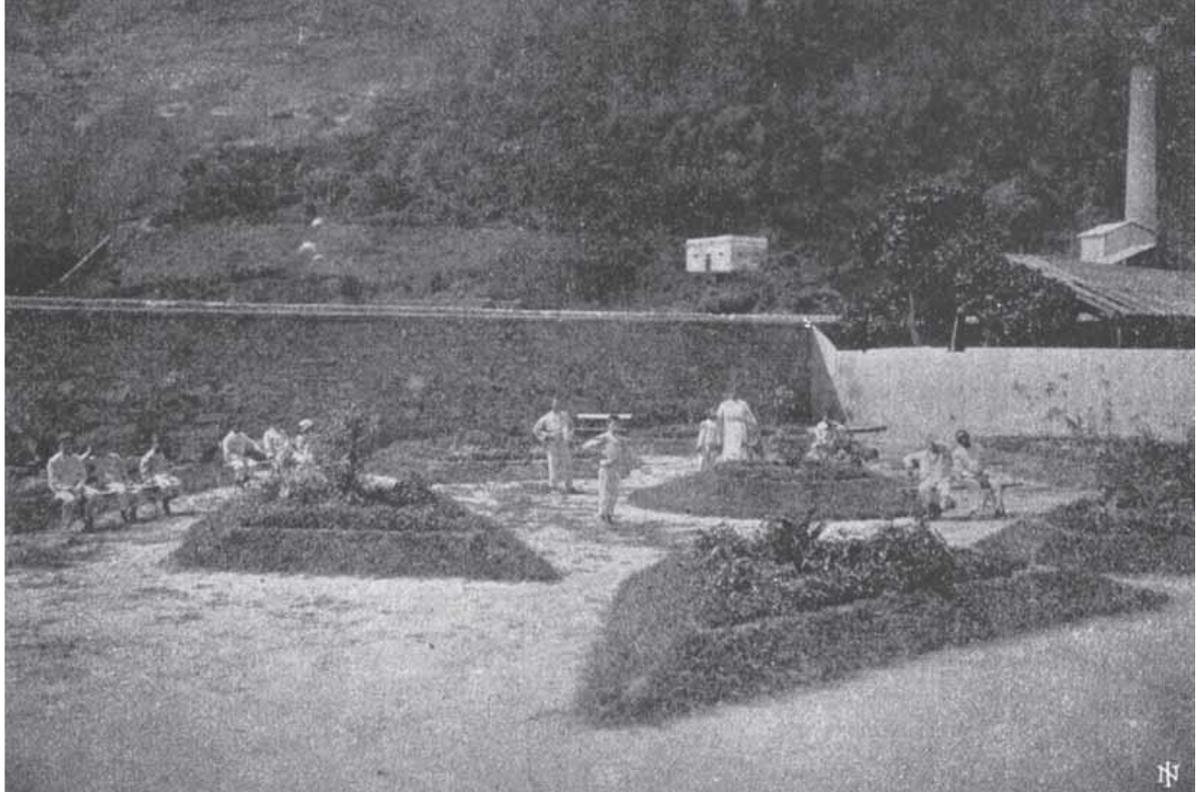
A preocupação com as crianças foi fruto de uma sindicância instaurada no então hospital, revelando a negligência, promiscuidade e maus tratos em que viviam os menores. Além da reforma para a construção do Pavilhão, Juliano Moreira, diretor naquele momento, solicitou a contratação de um pediatra que deveria ser orientado pelas ideias de Bourneville, sendo nomeado para tal trabalho Antonio Fernandes Figueira (MULLER, 2000; SILVA, 2009).

Muller (2000) destaca que a reorganização da assistência às crianças no Hospício Nacional de Alienados deveu-se a uma estreita relação entre as práticas psiquiátricas e pedagógicas e a distinção entre crianças e adultos alienados, em conformidade com a medicina mental francesa.

A convite de Figueiras, Olavo Bilac escreveu a respeito do novo pavilhão. Do abandono e promiscuidade que viviam as crianças, passaram a ser tratadas com humanidade e dentro dos preceitos científicos que vigoravam na época. O Pavilhão Bourneville possuía três

grandes salas - uma para meninos, outra para meninas e outra onde funcionava a escola, que dava para um enorme “jardim geométrico”, ilustrado a seguir (MULLER, 2000).

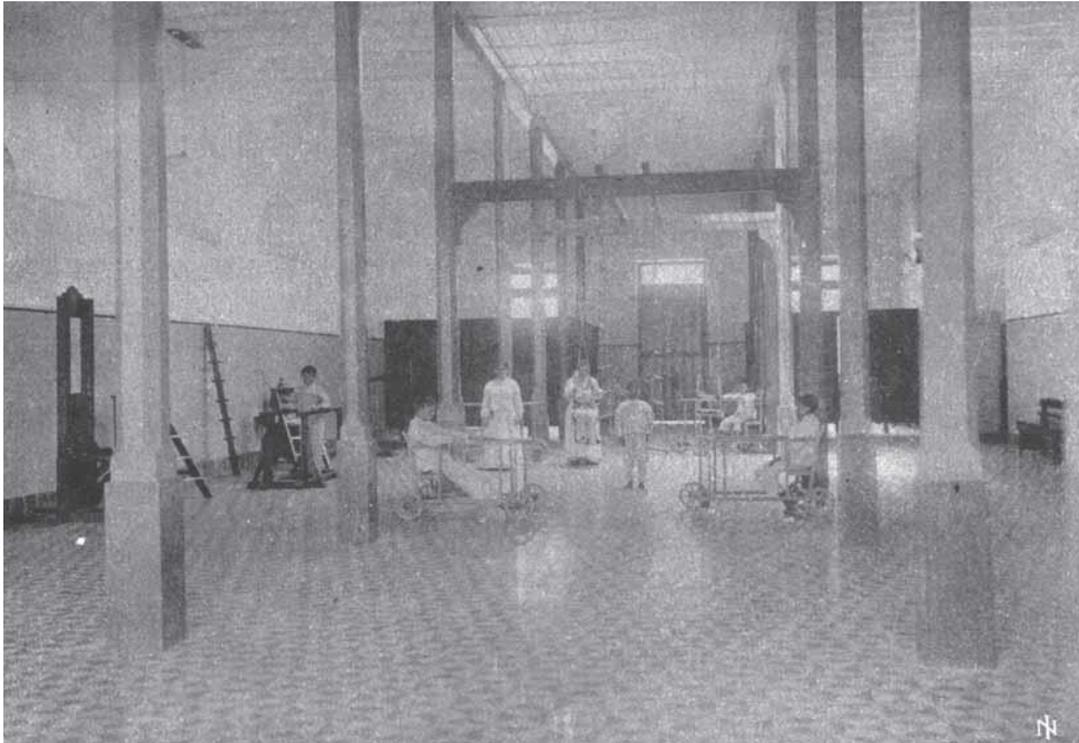
Figura 01 – **Jardim Geométrico do Pavilhão Escola Bourneville**



Fonte: FACCHINETTI et al. (2010, p.754).

Ensinava-se no Pavilhão Escola a locomoção por meio de aparelhos, escadas, barras paralelas, balanços e aparelhos de ginástica, desenvolvidos por Bourneville (ilustrado na Figura 02). A educação dos sentidos era realizada por meio de jogos de diversas texturas e cores. Bilac relatou que as atividades de ensino eram ministradas em sala ampla arejada, ou no jardim geométrico. Só depois do ensino preparatório, iniciava-se o ensino das letras. As oficinas também faziam parte do programa – para as meninas, de costura, e para os meninos, até fins de 1906, não tinha nada dirigido (MULLER, 2000).

Figura 02 – Sala de Ginástica e Recreio do Pavilhão Bourneville



Fonte: FACCHINETTI et al. (2010, p.753).

Não há registros posteriores feitos pelo diretor Juliano Moreira, somente que, em 1913, Figueiras ficou seis meses na Europa para ver o que havia de novo no tratamento dos “atrasados mentaes” (MULLER, 2000).

A França foi um importante berço para a formulação de discursos e práticas na defesa da educabilidade da infância *anormal*, inicialmente, junto aos internos dos hospitais psiquiátricos. Os saberes produzidos nesses espaços foram apropriados e aprimorados por médicos e educadores que, em determinado momento, mais especificamente, de expansão do ensino primário a todos, inclusive àqueles que nunca tiveram chances de compor os referidos espaços – as classes populares transpuseram tais saberes para o âmbito do ensino normal, na busca de aprimorar e individualizar as práticas pedagógicas de acordo com a realidade, demanda e desafios que se apresentavam para os educadores. A seguir, abordou-se essa perspectiva – os saberes médico-pedagógicos para além dos *idiotas* – para todas as crianças por meio de dois expoentes: Maria Montessori e Ovídio Decroly.

### 2.2.2 União dos Saberes Médico e Pedagógicos para Além dos Muros Asilares

No início do século XX, influenciada declaradamente por Itard e Séguin, a médica e educadora italiana Maria Montessori apresentou seu método voltado às crianças *anormais*, que, posteriormente, foi utilizado com as crianças normais.

Montessori desenvolveu suas ideias em uma época de intenso cientificismo, de construção de uma educação corretiva (legitimada pelo higienismo e pelo saber psiquiátrico/psicológico unido ao pedagógico).

De caráter essencialmente humanista, Montessori tinha o homem como aspecto central em sua obra. Colocou a educação como fundamental ao desenvolvimento/elevação espiritual - bem estar físico, mental, intelectual – respeito aos períodos sensíveis, ao ritmo, ao trabalho, autonomia da criança, em detrimento de uma confusão/desorganização ambiental, autoridade e supremacia adulta, e direcionamento/ensino de atividades (MONTESSORI, [19--]).

Ainda que não faça referência além de Itard e Sèguin, as ideias de Montessori apresentam forte semelhança com as ideias de pensadores que a antecederam como Comenius, Rousseau, Pestalozzi e Herbart.

De Itard e Séguin, Montessori se apropriou da educação dos movimentos e sentidos, da construção de objetos didáticos para estimular os sentidos com as cores, formas, dentre outras, desenvolvendo uma educação sensorial em um ambiente rico e estimulante<sup>27</sup>.

Comenius, filósofo do século XVII, ainda que não se preocupasse com os anormais, suas ideias acerca da criança (ser diferente do adulto, exigindo da educação o olhar atento às suas necessidades e especificidades); da defesa da liberdade de movimento como essencial ao aprendizado; da educação iniciada pelos sentidos; e a importância da incorporação dos saberes aprendidos à vida cotidiana (COMENIUS, 2001), trouxe grande inovação ao pensamento pedagógico moderno e a perspectiva montessoriana também compartilha desses ideais.

Comenius defendia um método educacional inovador, ao propor uma educação que ensinasse tudo a todos. Contudo, ao se fazer uma leitura atenta de sua proposta, compreende-se que este “tudo e todos” era relativo, ou seja, nem todas as pessoas faziam parte desse grupo, inclusive as consideradas *anormais*, como ele mesmo escreve: “[...] exceto àqueles que Deus negou a sensibilidade e inteligência [...]” (COMENIUS, 2001, p.130).

---

<sup>27</sup> Muller (2000) destaca que os princípios e equipamentos usados por Montessori, foram apresentados e desenvolvidos por Bourneville, contudo, seu nome não se destacou nas teorias educacionais da modernidade.

Quanto à concepção de criança, Montessori pensava de maneira aproximada a Rousseau. Em “Emílio ou da Educação”, publicado em 1762, o filósofo francês apresenta as crianças como crianças, demonstrando sensibilidade à criança, a seu mundo, seu pensar e suas ações, revolucionando o pensar a criança na idade moderna e as propostas educacionais. Fez forte crítica aos costumes e modos de compreender a criança (como um adulto e a limitando em suas explorações e vivências naturais), bem como aos métodos de educação em voga, que subordinavam e sufocavam a criança (ROUSSEAU, 1995).

A defesa de uma educação individualizada, sensível ao aluno, na tentativa de lhe proteger dos vícios, idealiza uma educação negativa nos primeiros anos, tendo seu preceptor, apenas papel de facilitador de suas vivências (ROUSSEAU, 1995), o que muito se aproxima da proposta de Montessori no que diz respeito ao papel do professor como aquele que facilita o aprendizado, não aquele que ensina (MONTESSORI, [19--]).

Em relação à defesa da Pedagogia científica encontrada nos textos de Montessori, tem como antecessor o filósofo alemão Herbart, que, na primeira década do século XIX, contribuiu para a construção da Pedagogia na condição de uma ciência, tendo sua estrutura teórica organizada a partir das funções psíquicas influenciando fortemente a Psicologia.

Suas ideias acerca do desenvolvimento das faculdades mentais e da associação entre a Pedagogia (educador) e Psicologia (educando como um ser particular) no processo educativo para conciliar a individualidade com a multiplicidade por meio da educação contribuíram consideravelmente para as formulações de Montessori, somando-se a estas o conhecimento advindo dos saberes da Psicanálise apresentados por Freud para a compreensão do “espírito” da criança.

Herbart (2003) ressalta a importância de uma teoria pedagógica baseada na ciência e na reflexão, composta por três elementos: a instrução, a moral e o governo.

Um dos pontos em que Montessori difere de Herbart é quanto ao governo das crianças. Para Herbart, a criança vem ao mundo desprovida de vontade, e incapaz de qualquer relação moral; o adulto é aquele que chegou à idade da razão, portanto é quem realiza esse governo que tem por finalidade a ordem - subjugar ímpetos selvagens e impedir conflitos, possibilitando a prática da educação. Os meios para alcançar o objetivo são a ameaça e vigilância ou a autoridade e amor. Tal consideração se aproxima muito das ideias de Séguin, quanto à autoridade do professor.

Aqui Montessori diverge de Herbart, no caráter autoritário do adulto e no governo da criança, uma vez que, para ela, a criança deveria desenvolver um autoconhecimento e autocontrole, organizados por uma disciplina interna (MONTESSORI, [19--]).

Por fim, Pestalozzi, pedagogo suíço, influenciou fortemente as reformas educacionais do século XIX e, por conseguinte, as ideias de Montessori. Apresentou um método intuitivo, priorizando a experiência, e estendendo para todas as classes sociais a educação na primeira idade (PESTALOZZI, 2006).

Nas suas ideias sobre a educação, dá atenção ao desenvolvimento de todas as faculdades, simultaneamente, tendo como finalidade a utilidade para a vida, preparando o ser humano para um trabalho autônomo, independente da classe social e do trabalho a que está destinado, pois, para Pestalozzi (2006), todas as classes sociais aspiravam pela utilidade do saber (o desenvolvimento da inteligência leva à liberdade – tornando-se um ser humano capaz de julgar, consciente de seus direitos e deveres como ser moral). Sua sensibilidade aos pobres também influenciou Montessori, bem como sua proposta de um ensino fundamentalmente sensorial e pautado na experiência.

Iniciando com esses precursores, vale aprofundar um pouco no método proposto pela médica italiana. Para Montessori, o método deveria ir além da eficácia didática e alcançar a pessoa, sua autoafirmação, autoconsciência, acreditando em uma cura-pedagógica (pela correção dos desvios da humanidade).

Os resultados obtidos por seus alunos na Escola Ortofrênica, da qual foi diretora, assemelhavam-se aos dos alunos normais, levando-a a se interessar pela educação em geral, ampliando sua proposta pedagógica a todas as crianças (TEZZARI, 2009). Colocou em prática seu método quando foi convidada para organizar uma espécie de jardim de infância de crianças entre três e sete anos que viviam num conjunto residencial, obra financiada por banqueiros. Pais e mães pobres, operários, deixavam os filhos sozinhos, gerando indisciplina e danos materiais. Montessori aceitou o desafio, e, em 1907, abriu a primeira Casa das Crianças (MONTESSORI, [19--]).

Montessori ([19--]) afirmava que mais essencial do que o método era a importância de se ver a criança. O método caracterizava-se por três dimensões: importância de um ambiente adequado e facilitador do aprendizado e trabalho; humildade do professor; e o respeito à personalidade infantil. Destacava a responsabilidade dos pais em estabelecer no mundo os direitos da criança, sendo que os primeiros movimentos na defesa de uma proteção à infância revelavam-se com o higienismo e a higiene escolar – “[...] ramo da medicina que exerce uma

ação protetora e regeneradora em todas as escolas oficiais dos países civilizados.” (MONTESSORI, [19--], p.367), marcando a união entre médico e professor em benefício da criança – esta era a primeira correção social diante do descaso histórico às crianças, fortalecendo a ideia de uma pedagogia normalizadora e essencial ao futuro da humanidade.

O pressuposto higiênico, presente no discurso de Montessori sobre a educação das crianças, evidencia as relações de poder e o governo da infância, como apresentado por Foucault (2001), por meio das práticas e discursos médico-pedagógicos. Nesse sentido, historicamente observa-se a íntima relação entre os saberes médicos e pedagógicos no que se refere ao *anormal*, tanto quanto às possibilidades de sua educação como na “captura” da infância como uma fase de risco e que necessitava de constante vigilância e práticas disciplinadoras e higiênicas.

Tanto Montessori como Decroly extrapolaram os muros dos asilos e instituições voltadas às crianças *anormais*, difundindo seus saberes e métodos propostos por meio de sua aplicação junto às crianças normais, tendo, sobremaneira, contribuído para a formulação teórica da construção da escola ativa, divulgada pelo movimento escolanovista.

Jean-Ovide Decroly foi médico, biólogo, psicólogo e pedagogo. Seu interesse pela Medicina mental e a busca por compreender a correlação entre os fenômenos biológicos e mentais do comportamento levaram-no ao desenvolvimento de pesquisas sobre os doentes mentais e anatomia patológica. Em 1898, em Bruxelas, tornou-se responsável pelo departamento das “crianças anormais e com trauma de linguagem”; para ele, a escola popular, ao invés de assegurar a prevenção pela educação, condenava ao fracasso e marginalização aqueles que não respondiam às normas. Defendia que num cenário em que o meio familiar era nocivo ao desenvolvimento da criança, deveriam estas ter a proteção médico-pedagógica, ofertada por meio da educação, em detrimento de colocar os menores em hospícios, asilos, prisões e reformatórios, pois estes eram os “curativos” que pioravam a ferida ao invés de curá-la (DUBREUCQ, 2010).

Conhecedor dos métodos inovadores dos laboratórios de Psicologia franceses (como os trabalhos de Binet e Simon), Decroly desconfiava de sua eficácia. Para elaborar suas ideias, aceitou a tarefa de educar crianças consideradas *idiotas*, e, para isso, instituiu, em 1901, o Instituto de Ensino Especial - Laboratório psicológico do Dr. Decroly. Era uma escola-laboratório, na qual as crianças viviam em um meio natural, e, no espaço, encontravam cuidado e educação. Por meio de suas observações diárias, concluiu quão limitada era a definição psicométrica de “irregularidade mental”, pois todos seus alunos progrediram e

confirmaram a possibilidade de educabilidade igual às crianças normais. Dessa experiência, em 1907, a convite de pais, ele passou a dirigir a escola *l'Ermitage* com inicialmente sete alunos. Tanto em seu Instituto como na escola, ele desenvolveu pesquisas experimentais (acusado de transformar seus alunos e próprios filhos em cobaias), causando escândalos à sua época, devido a esse motivo, e por unir *anormais* e normais através da mesma proposta educacional (DUBREUCQ, 2010).

Uma de suas grandes contribuições foi a ideia de que os educadores deveriam assumir as responsabilidades que ultrapassem as salas de aula, por meio do que chama de “médico-pedagogia”. Sob a ótica de Dubreucq (2010), essa noção implicava a ação conjunta do médico, do psicólogo, do professor, do assistente social – seria um sistema de orientação “psico-médico-sócio-escolar”.

Com o aporte das ciências psicológicas, Decroly elaborou quatro ideias essenciais para compreensão do conhecimento da mente infantil, portanto útil à educação: o método psicogenético, da função da globalização, do interesse e da expressão. Esses pressupostos foram fortemente difundidos entre as propostas da escola nova, sobretudo a compreensão dos centros de interesses (DUBREUCQ, 2010; LOURENÇO FILHO, 1978).

Quanto a suas contribuições no campo da psicogenética, Decroly defendeu a ideia da não existência de uma “criança estatística”, pois, embora tenham semelhanças no desenvolvimento, há especificidades individuais que não permitem uma norma para a infância, já que cada indivíduo deve ser visto de acordo com sua particularidade. Essa individualidade esteve presente nos discursos dos educadores escolanovistas, não para defender a diversidade, mas para dizer que as crianças poderiam chegar a um nível de eficiência ótimo por meio da educação. Portanto, suas críticas aos testes psicotécnicos e ampliação do olhar para a psicogênese da criança tiveram somente o alcance que seus entusiastas lhe atribuíram na apropriação de seu conhecimento.

A aplicação da teoria de Decroly à educação devia-se a sua crença de suprir o sofrimento das crianças em situação de desprestígio e assegurar-lhes o progresso, conduzindo-as ao máximo de autonomia que pudessem ter – daí uma de suas máximas: “Escola para a vida e escola pela vida.” (DUBREUCQ, 2010).

Considera-se o fato de que, apesar de muitas teorias educacionais não estarem voltadas às crianças *anormais*, tão pouco permitiam que elas “coubessem” em suas propostas e na sociedade que as produzia; dessa forma, muitas ideias foram aproveitadas e sua apropriação possibilitou a defesa de sua educabilidade. Tais ideias foram apropriadas por médicos e

pedagogos (como Itard, Séguin, Bourneville, Montessori e Decroly aqui destacados) que, preocupados com os casos graves, os quais não respondiam aos tratamentos tradicionais da Medicina, buscavam outras respostas para se adequar às necessidades e desenvolvimento dessas crianças.

A possibilidade da educação, a começar pelo entendimento da aquisição do conhecimento e do desenvolvimento das faculdades mentais (revelada por Itard), da importância de se desenvolverem as faculdades mentais e o conhecimento até o limite do aprendizado da criança (contribuição de Séguin) e a defesa de que todos são capazes de aprender (Séguin, reforçado por Montessori e Decroly ao dizer do respeito ao ritmo de cada um) é a base da Pedagogia desenvolvida aos *anormais*. Com caráter fortemente moral, essas teorias defendiam o aprendizado pelos sentidos e a potência da criança *anormal* em se desenvolver e aprender. Defesa essa transpassada para as escolas normais, com os pressupostos escolanovistas de que a educação seria a grande arma de equalização social - discurso defendido também no contexto brasileiro a partir da década de 1920. Na condição de arma de equalização social, a educação cada vez mais se apropriou e se aproximou dos saberes pautados no biopoder, sobretudo a Medicina e a Psicologia – caracterizando uma microfísica do poder entre as disciplinas que assujeitou e objetivou à infância e a suas famílias.

Considerando a interface medicina-educação junto à infância, compreendido até aqui pelo uso da Pedagogia pela Medicina, a seguir buscou-se apresentar o processo de aproximação dos saberes biomédicos no contexto escolar - as representações, práticas e dispositivos provenientes dessa união, culminando no movimento escolanovista, tendo como referência Lourenço Filho por meio da análise do seu livro *Introdução ao estudo da escola nova: bases, sistemas e diretrizes da pedagogia contemporânea*, publicado em 1929 que revela os saberes que embasaram esta proposta e o lugar da “criança *anormal* ou irregular” em sua obra.

### 2.3 EDUCAÇÃO E BIOPODER: HIGIENISMO, MEDICINA SOCIAL, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA COMO DISPOSITIVOS NORMALIZADORES DA INSTRUÇÃO PÚBLICA

Dentro das ramificações do saber biomédico, a Medicina Social, o Higienismo e a

Psiquiatria<sup>28</sup> foram dispositivos de normalização e produção de um saber pautado no biopoder, difundindo-se por todas as áreas da sociedade, sob o jugo de que seus representantes – os médicos, alienistas, psiquiatras - seriam os únicos capazes de regenerar e prevenir os males de uma nação.

Para compreender o movimento realizado pelo saber médico na legitimação de seu poder, ao longo do século XIX, dois aspectos se destacaram nessa configuração: a Medicina deveria penetrar na sociedade (incorporando o meio urbano como alvo de saber e prática) e deveria apoiar o exercício de poder por parte do Estado (GONDRA, 2010; MACHADO et al, 1978). Ao penetrar nos mais diversos campos da sociedade, a Medicina Higiênica afirmou o que deveria ser reconhecido como um problema na Ciência Médica e objeto do seu saber, fabricando discursos e prescrevendo práticas, a infância não ficou fora dessa “captura”. Para Gondra (2002), a infância tornou-se um tema caro à Medicina e objeto de um projeto de higienização dos sujeitos e da sociedade. Preocupados desde a união dos pais, até a “idade dos colégios”, há uma demarcação de sua ação entre o privado - a família, e a escola - o público. (GONDRA, 2002, 2015).

Dentro desse pretensioso projeto higienizador, houve uma ampliação do território de ação da medicina para outras áreas, como a Meteorologia, a Arquitetura, a Geografia e, dentre outras, a Educação. Por meio da educação, as ações médicas puderam chegar ao espaço privado da casa (pela educação dos pais, das famílias<sup>29</sup>) e na escola (por meio da normatização do espaço escolar, das práticas desenvolvidas e da formação dos educadores). Gondra (2010) analisa que a “ignorância” atribuída à população legitimou tal perspectiva e moldou as representações sociais:

A ignorância é o argumento fabricado e mobilizado de modo a fornecer legitimidade para as intervenções na esfera educacional, realizadas em nome e em favor da ordem médica, que interferirá nas representações acerca da infância, da família, da casa, da escola e dos mestres. (GONDRA, 2010, p.526).

---

<sup>28</sup> Para Foucault (2001), a Psiquiatria não se especificou como ramo da Medicina geral, mas sim como um ramo especializado da higiene pública: “Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se possa assimilar direta ou indiretamente à doença, pode acarretar à sociedade.” (p.148). Para tornar-se ciência da higiene pública e da proteção social, a Medicina Mental teve de mostrar que podia perceber o perigo “[...] mesmo onde nenhum outro pode ver”. Aqui a noção de instinto apropriada pela psiquiatria, permite que ela se aplique às condições mais banais da vida cotidiana. Tal tese também é defendida por Machado et al (1978) ao abordar a história da medicina social e psiquiatria no Brasil.

<sup>29</sup> Para mais esclarecimentos do processo de desqualificação das famílias pelos saberes higienistas, conferir Cunha (2010), o autor apresenta uma análise histórica do jogo de poderes entre família e escola (respaldada pelo discurso médico e psicológico) como o dispositivo responsável (e talvez único, por sua cientificidade) pela educação da infância.

Quanto aos pais e mestres, considerados como inadequados, Gondra (2010) analisa que “[...] ambos precisam ser reinventados em nome de um futuro anunciado pela medicina e para o qual contribui e trabalha de modo decisivo.” (p. 526). A partir desta reflexão, importa destacar o papel do higienismo e da prática médica na modelação cultural dos grupos, tanto familiar como escolar, modificando as representações e os “reinventando” na sociedade. A medicina como base para a ordem social, da civilização – definiu seu papel pedagógico e fundamentou a ação de todos, sobretudo a organização escolar:

[...] a higiene fornecerá um modelo de organização escolar calcado na razão médica que ao ser constituído retiraria do espaço privado – religioso ou familiar- o monopólio sobre a formação dos meninos e das meninas. Para tanto, apela-se aos argumentos científicos que recobrem um amplo espectro de questões vinculadas à escola, tais como o problema da localização dos edifícios escolares, da necessidade de uma edificação própria e apropriada para funcionar como escola, do ingresso dos alunos, do tempo e dos saberes escolares, da alimentação, do sono, do banho, das roupas, dos recreios, da ginástica, das percepções, da inteligência da moral e, inclusive das excreções corporais. (GONDRA, 2010, p.527).

De acordo com Gondra (2010), a adesão ao higienismo pelos saberes educacionais desenvolveu a crença de um poder indeterminado na educação, representando uma “nova era”, a qual teria o papel de instruir e moralizar, com finalidade de apoiar a ordem e o desenvolvimento da civilização brasileira.

A união entre os saberes médico-pedagógicos tornou-se possível haja vista o cenário de cientificidade moderno que atribuiu à ciência o caráter de progresso e desenvolvimento, assim, a cientificização da Pedagogia como campo das Ciências Humanas, que tem a infância como seu principal objeto, foi alimentada e fortalecida pela relação com outros discursos de verdade, como o higienismo e a Psicologia, por exemplo.

[...] constituindo-se de discursos voltados para o estudo e a acumulação de saberes sobre a criança e seu corpo, seu desenvolvimento, suas capacidades, suas vontades, suas tendências, suas brincadeiras, suas potencialidades, suas fragilidades, suas vulnerabilidades, seus instintos, suas paixões e potências que, por sua vez, se acoplam a práticas discursivas e não discursivas em que tais saberes se imbricam em mecanismos de poder, cujo resultado será a produção de uma criança específica, a produção da subjetividade infantil moderna. (RESENDE, 2015, p.130).

Resende (2015), ao fazer uma análise da Pedagogia moderna sob a ótica de Foucault, constitui o modelo moderno de escolarização um aparelho específico de governo, na medida em que funcionava segundo normas e normalizações, testes e exames que enquadravam as ações das crianças, “[...] produzindo um sujeito/objeto-aluno, transformando a criança em

aluno, cuja conduta deve se pautar pelas regras desse governo pedagógico.” (RESENDE, 2015, p.134).

Foram as técnicas disciplinares - de exame, de hierarquia, de vigilância e sanções que visavam à normalização da infância - que transformaram a escola em um laboratório de constante individualização e investigação, na qual a criança assujeitada foi objetivada, revelando as relações de poder imbricadas nas instituições escolares. Desse jogo, há um produto, uma representação da criança normal e *anormal*, da infância que se almeja para a nação.

As práticas na captura e identificação da anormalidade no contexto educacional ganharam destaque com as reformas educacionais para implantação de um ensino embasado pelo movimento da Escola Nova.

Segundo Lourenço Filho (1978), a expressão “escola nova” refere-se a um novo tratamento dos problemas da educação:

Não se refere a um só tipo de escola, ou sistema didático determinado, mas a todo um conjunto de princípios tendentes a rever as formas tradicionais do ensino. Inicialmente, esses princípios derivaram de uma nova compreensão de necessidades da infância, inspirada em conclusões de estudos da biologia e da psicologia. Mas alargaram-se depois, relacionando-se com outros muito numerosos, relativos às funções da escola em face de novas exigências, derivadas de mudanças da vida social. (LOURENÇO FILHO, 1978, p.17).

Para Lourenço Filho (1978), o movimento questionou a normalização<sup>30</sup> do ensino, primando pela individualização e conhecimento da natureza de cada ser; apoiado, sobretudo, na Biologia (com contribuições sobre antropometria, maturação, bem como de outras disciplinas como a Puericultura, higiene e Medicina dentre outras) e na Psicologia experimental.

Para melhor compreender o uso dos saberes psicológicos na educação pelos escolanovistas, a seguir, pautado na obra de Lourenço Filho,<sup>31</sup> *Introdução ao estudo da escola nova: bases, sistemas e diretrizes da pedagogia contemporânea*, objetiva-se a analisar essa

---

<sup>30</sup> O termo normalização, questionado por Lourenço Filho nas escolas tradicionais, parece estar ligado à ideia de padronização do ensino, o que se diferencia das críticas e análises posteriores que outros autores realizam sobre o movimento escolanovista de prover uma normalização dos educandos por meio da individualização dos alunos, pois, ao passo que os enquadra, classifica e separa produz-se uma normalização educacional, excluindo para outras instituições os educandos que não respondiam aos mesmos critérios.

<sup>31</sup> Manuel Bergström Lourenço Filho (1897-1970), professor e bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais, iniciou em 1918 o curso de Medicina com interesse pela Psiquiatria, mas desistiu no segundo ano. Organizou o ensino público do Ceará, onde criou um laboratório de Psicologia (1920); reorganizou o ensino normal e o ensino profissional de São Paulo e criou o Serviço de Psicologia Aplicada de São Paulo (1931); integrado no movimento escolanovista foi um dos signatários do Manifesto dos Pioneiros (LOURENÇO FILHO, 1997).

relação dando destaque ao lugar dos comportamentos anormais e o papel determinante da educação nesse processo, no pensamento difundido pelo professor.

### **2.3.1 Contribuições da Psicologia no Pensamento de Lourenço Filho: Psicometria, Personalidade e Desvios da Normalidade**

Lourenço Filho apresentou três grandes contribuições da Psicologia à renovação escolar: a) a descrição das variações psicológicas através das idades; b) a caracterização objetiva das semelhanças humanas e individuais; c) a criação de um modelo explicativo genético-funcional.

No primeiro ponto, comparou a evolução psicológica da criança ao desenvolvimento físico, devendo essa também seguir um padrão:

[...] criaram-se técnicas para observação e registro dos resultados, a serem relacionados a idades cronológicas sucessivas. [...] Dever-se-ia criar uma situação definida, eliminando-se tanto quanto possível fatores concorrentes que intervissem na produção dos fatos a observar; certas condições deveriam permanecer constantes, só se fazendo variar uma delas, ou algumas delas. Dever-se-ia, em suma, definir uma situação estimuladora e registrar respostas que, entre si, se tornassem comparáveis. Desse modo os dados poderiam tomar feição quantitativa, permitindo notação numérica e, com isso, caracterização de comportamentos médios, ou padrões mais frequentes para cada fase cronológica diferenciada. (LOURENÇO FILHO, 1978, p.66, suprimimos).

Assim, similar a antropometria, desenvolveu-se a psicometria, elaborada por Alfred Binet e seus colaboradores na França, relacionando a evolução psíquica ao desenvolvimento da inteligência e desempenho escolar.

Quanto ao segundo ponto, Lourenço Filho exaltou a compreensão das variações psicológicas através das idades como ferramenta para traçar uma normalização das crianças, ou seja, padrões de comportamentos típicos ou representativos em cada idade, possibilitando a criação de grupos homogêneos. Contudo, Lourenço Filho (1978) destacou que grupos homogêneos não devem ser sinônimo de uma padronização entre os alunos, pois são semelhantes somente por expressões gerais, não quanto às particularidades ou características, pois todos diferem entre si – o que legitima e amplia o uso dos testes mentais, de personalidade e comportamento para a individualização das crianças:

Hoje, o mestre sabe que está em face de educandos similares em grupos, mas todos diferentes entre si, e que, em consequência, terá de adaptar o ensino não só em relação às fases evolutivas, mas também às diferenças de cada aluno em particular. Mediante provas relativamente simples é possível obter

um *diagnóstico* do educando. É possível também *prognosticar*, ou ter ideia do que se deva esperar de cada criança ou jovem, com a adoção nos casos necessários de procedimentos educativos especiais, indicados pelos resultados de provas de rendimento e de personalidade. (LOURENÇO FILHO, 1978, p. 73-74, grifado no original).

O trecho transcrito acima ilustra a apropriação pela educação das terminologias médicas (como diagnóstico e prognóstico) e da importância da individualização dos sujeitos por meio de testes específicos revelando as relações de poder fundamentadas pelos discursos de verdade produzidos pela Educação, Medicina e Psicologia no assujeitamento da infância e na objetivação de sua normalidade ou anormalidade. Na condição de práticas discursivas que produziram representações e apropriações pelos sujeitos, cria-se um *continuun* de produção e identificação dos desvios na infância que poderiam ser “salvos” por meio da educação – disciplina pela qual todos deveriam passar (ainda que apenas para sua classificação e exclusão em decorrência do seu “prognóstico”).

Lourenço Filho (1978) enalteceu os trabalhos desenvolvidos em Paris por Alfred Binet e Théodore Simon para identificar “os menos dotados” por meio de testes estatísticos. Além das escalas psicométricas produzidas por esses autores, outro instrumento, o índice do Quociente de Inteligência também é apresentado pelo professor:

Um novo conceito foi também elaborado, para comparação do nível obtido por crianças e adolescentes com os níveis normais das idades sucessivas. Para esse efeito, usa-se de um índice muito simples chamado *quociente de inteligência*, ou abreviadamente *Q.I.*, ideado por Wilhelm Stern (1871-1938). Para isso, bastará dividir a idade mental, tal como obtida nos testes, pela idade cronológica, multiplicando-se o resultado por 100. Desse modo, também operacionalmente vem-se a dar precisão a certos adjetivos, como *normal, avançado, retardado, limítrofe, débil talentoso, genial*. (LOURENÇO FILHO, 1978, p.73, grifado no original).

Outros testes para o diagnóstico das capacidades específicas, aptidões, níveis de comportamento motor, níveis de maturidade com relação a atividades específicas, níveis de adaptação emocional e social, entre outros, também foram desenvolvidos e exaltados por Lourenço Filho, bem como o uso de técnicas mais complexas, que caberiam à Psicologia Clínica - um estudo aprofundado do aluno - às provas de rendimento, somaria uma observação dinâmica do comportamento com provas da personalidade. Tal técnica seria importante nos casos de “crianças problema” e “jovens e adultos com dificuldades de ajustamento”.

Em relação à contribuição da Psicologia em oferecer um modelo explicativo genético-funcional, Lourenço Filho destacou a importância da hereditariedade (caráter genético) e da

interação organismo-ambiente (funcional) na caracterização e determinação do comportamento humano.

Além das contribuições gerais, apresentadas acima, Lourenço Filho abordou “os grandes constructos” da Psicologia, para ele, determinantes no processo educacional. São eles: motivação, aprendizagem e personalidade.

A motivação e a aprendizagem levariam ao ajustamento individual, um estado de equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente. Contudo, ainda que se conhecesse o nível de motivação e aprendizagem da criança, somente a compreensão da personalidade do educando forneceria dados sobre o que ele tem capacidade de fazer. Assim, Lourenço Filho colocou em destaque esse constructo definindo-o como a “qualidade da pessoa”.

A descrição da personalidade deveria ser feita pela enumeração de atributos de uma pessoa. A observação subjetiva, que varia de acordo com seu observador, deveria dar lugar a dados operacionais, mediante provas de rendimento, escalas, questionários ou testes especiais de personalidade, dando ênfase ao caráter quantitativo em detrimento do qualitativo: “[...] os indivíduos da faixa dos valores médios, ou equidistantes das posições extremas, são mais frequentes e que, portanto, esses é que deverão ser tomados como *representativos* do grupo que se considere.” (LOURENÇO FILHO, 1978, p.104, grifado no original).

Dando maior importância à Psicologia Clínica, Lourenço Filho diz que a psicanálise tem produzido conhecimento sobre o campo da personalidade, porém esse conhecimento deve passar pelo crivo da Psicologia Clínica experimental, refutando ou comprovando seus achados, bem como aperfeiçoando instrumentos de diagnóstico, tais como: “[...] provas *expressivas* (desenhos, pequenas composições autobiográficas, o teste miocinético de Mira, etc.); e as denominadas provas *projetivas* (teste de Rorschach, de apercepção temática de Murray, da árvore de Kohs, etc.)” (LOURENÇO FILHO, 1978, p.106, grifado no original).

Com fundamento na descrição quantitativa da personalidade, determinada estatisticamente, Lourenço Filho destaca que os educadores deveriam estar atentos à sua estruturação funcional proveniente da interação dos componentes gerais como constituição física, temperamento, inteligência, aptidões e a cultura adquirida, pois essa interação configura a personalidade, admitindo, assim, uma organização dinâmica, não estática, portanto *locus* de intervenção do professor: “[...] o objetivo central da educação é formar personalidades, desenvolvê-las e aperfeiçoá-las.” (LOURENÇO FILHO, 1978, p. 106).

Considerando que a constituição da personalidade inicia-se na família e se desenvolve na interação com os grupos e instituições escolares, Lourenço Filho reforçou o papel dos

adultos e do meio nessa construção. Afirmando que não há consenso na literatura quanto ao seu tempo de formação - para alguns autores ela se define aos dois anos, para outros aos cinco anos e para outros até a adolescência - concluiu que uma boa avaliação da personalidade deve ser longitudinal.

Conceitos desenvolvidos nas teorias sobre o desenvolvimento da personalidade foram utilizados por ele para justificar comportamentos no campo educacional, bem como os “desajustes” dos alunos diante do que lhes é esperado, como por exemplo, os mecanismos de defesa. Embasado por teorias que falam do “adulto normal”, Lourenço Filho apresenta os mecanismos de defesa que podem ser agrupados de acordo com os efeitos sociais que produzem, são eles: mecanismos socialmente convenientes (compensação, racionalização e substituição); socialmente tolerados (identificação, projeção e egocentrismo); socialmente criticáveis (regressão e dissociação); e socialmente reprovados (repressão, negativismo e autismo).

O ajustamento do indivíduo diante da realidade revela a compreensão do autor quanto ao ajustamento normal e anormal. Para ele, o limite da normalidade dos mecanismos seria tênue, podendo caracterizar reações patológicas desencadeadoras de doenças mentais. Quanto a esse grupo de indivíduos, falou sobre a difícil tarefa de classificá-los, e por esse motivo, os especialistas limitavam-se a dividir as doenças mentais em neuroses e psicoses, apresentadas no excerto a seguir.

Os neuróticos encontram de modo geral dificuldades de ajustamento sem que, por isso, tenham de ser retirados do convívio social. Manifestam inquietação, temores infundados, vacilações e impressão de fadiga constante, mantendo, porém, suas capacidades de inteligência e orientação no ambiente. Não são assim diferentes das pessoas normais quanto aos aspectos gerais do comportamento, embora sofram, e por isso, reclamem tratamento. Nas psicoses o quadro é mais grave. O paciente perde o contato com o mundo ambiente, donde o nome de *alienado*, isto é alheado do mundo. Seu comportamento torna-se perigoso para si e os outros, havendo necessidade de sua internação em hospitais apropriados. Há psicoses cujas causas são claramente atribuídas à deterioração do sistema nervoso, recebendo por isso o qualitativo de *orgânicas*. Outras há em que isso não ocorre, donde o nome de psicoses *funcionais*. Acredita-se que estas provenham de dificuldades de ajustamento, adquiridas sobretudo no período da infância. (LOURENÇO FILHO, 1978, p.113, grifado no original).

A abordagem das doenças mentais em um livro destinado aos educadores traz questionamentos importantes quanto ao uso desse saber. A diferenciação dos quadros patológicos justifica sua retirada do meio educacional e internação nos hospitais apropriados retirando qualquer responsabilidade em prover adequações para a educação desses sujeitos. É um saber poder, biomédico, que sobressai em detrimento de propostas pedagógicas ao ensino

dessa população. Ao professor, fica a difícil tarefa de evitar essas doenças, por meio da educação que irá “modelar” a personalidade.

Nessa direção, Lourenço Filho defendia a ideia de que, além das condições da estrutura hereditária, as atividades da vida social influenciavam sobremaneira as expressões dominantes da personalidade, e, conseguinte, os modos normais e anormais de ajustamento. Entendendo que as neuroses e psicoses são desvios da normalidade predispostas hereditariamente sem descartar a influência do meio ambiente social diante de situações de conflito e frustração, os níveis de resistência ou tolerância diante dessas situações seriam preditores da personalidade, sendo uma das funções da educação a de criar condições para que cada pessoa por si mesma possa elevar tais níveis.

Ainda que considerasse o caráter coletivo e cultural na constituição do indivíduo e da sua personalidade, Lourenço Filho afirmava que as diferenças biológicas sobressaem: “[...] quaisquer que sejam as condições do ambiente, o oligofrênico, ou débil mental, não poderá exprimir-se como uma pessoa biologicamente bem dotada.” (LOURENÇO FILHO, 1978, p. 114). Diante disso, o “poder” do professor em moldar os alunos seria limitado por variáveis biológicas, justificadas como “falhas” da criança.

Quanto a representação da infância *anormal* ou *irregular* que Lourenço Filho apresentou na obra analisada, ele considera dois referenciais teóricos – Montessori e Decroly, sobretudo no que se refere aos sistemas didáticos dos referidos autores.

Referenciando a história de ambos, retoma o início de seus respectivos trabalhos junto às crianças “irregulares” exaltando a importância da observação delas para a compreensão dos processos de ensino e aprendizagem das crianças normais.

A observação das crianças de crescimento e desenvolvimento irregular, ou anormal, nisso veio a ter especial importância. A razão é simples. De uma parte, as anomalias de desenvolvimento podem ser observadas em sua expressão quantitativa, isto é, quanto ao ritmo mais vagaroso que apresentam; permitem assim esclarecer o que se deva admitir por desenvolvimento regular, com discriminação de diferentes fases e períodos. De outra parte, podem refletir variações qualitativas, isto é, modos diferenciados de ajustamento.

Nesse caso, a observação não só esclarece o estudo descritivo, mas propõe indagações de ordem explicativa ou causal. Perguntamo-nos que condições estarão produzindo as anomalias observadas. A comparação dos dados pode, por exemplo, fazer suspeitar de uma hipofunção endócrina, ou de certas circunstâncias na vida no lar, ou mesmo na escola, quanto à interação do educando e outras pessoas. O registro de numerosos casos similares e o emprego de convenientes métodos de análise, inclusive estatísticos, facilitam conclusões objetivas a esse respeito. (LOURENÇO FILHO, 1978, p.179).

Para ele, o estudo das crianças anormais seria útil para o estabelecimento de novos modelos explicativos que levariam a conceber novos modelos de ação educativa: “Poderão estes ser aplicados no lar ou na escola, ou ainda, tais sejam os resultados da investigação, em fazer adotar medidas preventivas mais amplas na vida social.” (LOURENÇO FILHO, 1978, p.180).

Observa-se a apropriação de um discurso de verdade produzido nos moldes científicos da Psicologia Experimental no contexto nacional, por Lourenço Filho. Entusiasta do trabalho de Alfred Binet e seus colaboradores, tais teorias são apropriadas para a renovação da educação brasileira sem filtros sociais ou culturais. Ferreira (2016) destaca a ideia ao revelar que os trabalhos de Binet não tiveram o mesmo alcance e aceite em Paris como tiveram no Brasil, considerando que suas proposições iam ao encontro do desejo científico de alguns intelectuais brasileiros, respeitando um caráter elitizado e evolucionista que se escondia por trás de seus princípios.

A proposta defendida por Lourenço Filho deixa clara a importância dada ao caráter quantificável cientificamente da individualidade do seu educando. Sendo a personalidade uma variável manipulável e moldável por meio da educação, a atribuição de uma avaliação longitudinal retoma a perspectiva de risco inerente à infância apresentada por Foucault (2001, 2006). A apropriação das teorias psicológicas pela educação construiria representações sobre o desenvolvimento regular e irregular e forneceria elementos para os professores “arrumarem” os problemas comportamentais advindos do contexto escolar, e, assim, diminuiria o fracasso escolar, ao passo que classificando, separando, homogeneizando, seria possível tirar aqueles que, cientificamente, sabe-se que não teriam aproveitamento nesse espaço - os casos graves de doenças mentais e *idiotas* por exemplo.

Em consonância, na obra de Binet, excluem-se do ensino especial os considerados *imbecis* e *idiotas*. Para ele, *idiotas* seriam aqueles que não conseguissem se comunicar pela palavra, mesmo não apresentando problemas nos órgãos relacionados à fala e à audição – a eles restaria o hospício. Os *imbecis* seriam aqueles que, sem apresentar qualquer problema orgânico, não conseguem se comunicar através da escrita – restariam os ateliês. Somente os casos leves deveriam ser educados na escola, ainda nas salas especiais (FERREIRA, 2016).

Ferreira (2016), ao analisar as teorias de Binet, compreende que o que fundamentava a “Pedagogia individual” proposta por ele eram princípios eugenistas, colocados em prática por medidas higienistas adotadas na instrução pública. Seriam medidas disciplinares, de constante

avaliação e vigilância em que os alunos passariam a ser “suspeitos” de qualquer irregularidade do desenvolvimento.

Não obstante, a abordagem de Lourenço Filho dos desvios da normalidade, como as psicoses e neuroses, coadunam com a preposição de Binet apresentada por Ferreira (2016) – de que os “atrasados de inteligência” classificados por seus métodos deveriam ser incluídos no estudo da Patologia Mental. Talvez isso explique o porquê de se ter esse conteúdo presente em um livro destinado a professores.

[...] são reveladas como pessoas com defeitos de desenvolvimento, marcadas por designações associadas às suas condições intelectuais, por eles estabelecidas. Portanto, quanto mais rebaixada é tal condição- imbecil, idiota e débil -, mais comprometidas estão e, conseqüentemente desenganadas quanto à perspectiva de avançarem intelectualmente. São apresentados como seres problemáticos quanto à inteligência, uma vez que seriam defeituosos em seus processos mentais superiores. Processos esses exemplificados pelos autores: não fazem esforço de invenção, a atenção é diminuída, são incapazes de esforço de ideação, a imaginação é empobrecida, a capacidade de seleção é restrita, etc.. (FERREIRA, 2016, p. 107).

Ainda sobre a referência à anormalidade como alusão para compreender o desenvolvimento regular, normal, Canguilhem (2007) sinaliza tal perspectiva de compreensão do normal a começar do patológico. Se os casos graves de idiotia, imbecilidade oportunizaram o conhecimento sobre os processos e métodos de aprendizagem excelentes para a criança normal, também aguçaram o olhar educacional para os anormais escolares, aqueles que, de algum modo, não se enquadravam na psicométrica instituída. Como disse Binet, essas crianças estariam junto aos demais nos bancos escolares e os professores e inspetores deveriam investigar qualquer suspeita de desvio.

Quanto ao *anormal* que nunca chegou à escola, e dela continuou afastado, por meio de explicações científicas ainda na primeira metade do século XX, a escola, através de dispositivos disciplinares, da apropriação de um saber poder sobre a vida, construiu representações do que é normal ou anormal nesse espaço, do que deve ser destinado ao ensino especial, a outras instituições de assistência ou à classe especial.

Antes de apresentar o que a história revelou sobre essas práticas e discursos, faz-se necessário contextualizar o processo de implementação dos ideais escolanovistas no Brasil e em Sergipe no cenário de progresso e desenvolvimento que se colocava no país.

### 2.3.2 A Escola Nova no Brasil e em Sergipe

Urbanização e industrialização crescentes, processos imigratórios e migratórios, o choque cultural entre a elite letrada e os pobres que chegavam em busca de oportunidades de trabalho são importantes características do cenário brasileiro na década de 1920, impulsionando as campanhas cívicas e a perspectiva de que, por meio da educação de todos, um novo homem e uma nova sociedade seriam construídos - a ideia era modernizar a sociedade por meio da escola (CARVALHO, 2010; CUNHA, 2010; NUNES, 2010). Segundo Carvalho (2010), é devido à perspectiva de “regeneração social” por meio da educação que foi instituído, em 1924 no Rio de Janeiro, a Associação Brasileira de Educação.

Desde as reformas da instrução pública desenvolvidas por Lourenço Filho, em 1922 no estado do Ceará, e, posteriormente, em 1926, por Anísio Teixeira no estado da Bahia, iniciou-se uma aproximação com ideias produzidas fora do país que dessem respaldo às inovações pensadas pelos reformistas.

Anísio Teixeira, em 1927, viajou aos Estados Unidos e foi lá que se apropriou das propostas da escola ativa e renovada, apresentando em seu retorno um livro sobre as ideias de Dewey (CARVALHO, 2002). A literatura que respaldava o movimento escolanovista brasileiro buscou na discussão internacional sua fundamentação: em Lister, Freeman, Dotrens, Dewey, Ferrière e Decroly (VIDAL, 2010).

No entendimento de Vidal, as inovações da Escola Nova traziam apropriações dos modelos tradicionais negados, por meio da ressignificação de seus materiais e métodos, como a

[...] centralidade da criança nas relações de aprendizagem, o respeito às normas higiênicas na disciplinarização do corpo do aluno e de seus gestos, a cientificidade da escolarização de saberes e fazeres sociais e a exaltação do ato de observar, de intuir na construção do conhecimento do aluno. (VIDAL, 2010, p. 497).

As bases científicas da proposta que emergia como inovação à educação brasileira tinha seu alicerce principalmente nos saberes da Psicologia experimental, fornecendo elementos para a compreensão científica do humano em sua dimensão individual (CUNHA, 2010; LOURENÇO FILHO, 1978; NUNES, 2010; VIDAL, 2010). Conforme Vidal (2010), o trabalho individual e eficiente era a base da construção do conhecimento infantil (por meio da ação e experimentação, o aluno elaborava seu saber).

Tanto a Revolução de 1930, como o golpe de Estado de 1937, instituindo o Estado Novo por Getúlio Vargas, trouxeram diferentes apropriações das propostas reformistas dos

pioneiros da Escola Nova. Carvalho (2002) afirma que no Governo Provisório, foram incorporados tópicos centrais do programa escolanovista para as ações educacionais; como estratégia de configuração e controle técnico e ideológico foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Já no Estado Novo, a retórica advinda da Escola Nova foi adotada pelos governistas - homem novo para o Estado Novo.

No estado de Sergipe, um dos expoentes da modernização do ensino foi Helvécio de Andrade, três vezes como Diretor da Instrução Pública: a primeira, no período de 1913 a 1918; a segunda de 1926 a 1927; e a terceira, de 1930 a 1935 (NASCIMENTO, 2003; VALENÇA, 2006).

Em sua terceira gestão, Helvécio, preocupado com as mudanças administrativas e pedagógicas que vinham se desencadeando no cenário nacional, enviou o Prof. José Augusto Rocha Lima para São Paulo com o objetivo de estudar os novos métodos (FREITAS, 2011; SILVA, 2002).

No relatório apresentado por Rocha Lima, descrevendo sua visita, ele destacou os materiais de Froebel, Montessori e Decroly nas atividades da pré-escola. Contudo, o professor não se iluiu pelo entusiasmo das novas práticas, propondo adequações à cultura regional sergipana dos métodos visualizados em São Paulo e recomendou que tão pouco fosse feito sem planejamento (SILVA, 2002).

Rocha Lima ficou como assistente técnico geral da Diretoria de Instrução Pública desde sua volta de São Paulo em 1931 até 1942, sendo uma figura importante na difusão do ideário escolanovista (sobretudo das ideias de Decroly) na instrução pública sergipana (SILVA, 2002).

Freitas (2011) apresenta, além de Helvécio de Andrade e José Augusto da Rocha Lima, outros nomes como representantes da implantação das propostas escolanovistas no terreno sergipano: Acrísio Cruz e José Antônio Nunes Mendonça. Uma importante contribuição de Acrísio Cruz, na função de diretor do Departamento Geral de Educação, no período de 1944 a 1950, foi a edição do Regulamento nº 262, de 31 de outubro de 1945, que instituiu as reuniões pedagógicas, sendo essas tarefas a serem desempenhadas pelos inspetores de ensino. Para a autora, foram os professores da Escola Normal Rui Barbosa os maiores entusiastas do movimento em Sergipe, tendo ressonâncias na formação dos jovens professores das décadas de 30, 40, 50 e 60 do século XX.

Segundo Freitas (2011), a apropriação do movimento escolanovista em Sergipe foi adequado às necessidades e possibilidades locais, diante do entusiasmo dos intelectuais

sergipanos e das resistências enfrentadas. A autora destacou o papel da Associação Sergipana de Educação – ASE (fundada em 1934 e apoiada pela Associação Brasileira de Educação) e a estratégia da inspeção escolar junto às reuniões pedagógicas como importantes difusores dos princípios da Pedagogia da Escola Nova e para a modernização dos métodos pedagógicos no estado.

Vale destacar que, para Nascimento (2003), as reformas em Sergipe não beneficiaram todo o estado, limitando-se a Aracaju, e outros centros urbanos - Capela, Estância, Lagarto e São Cristóvão.

## 2.4 NORMALIZANDO A EDUCAÇÃO: DISPOSITIVOS DISCIPLINARES

No cenário de efervescência da Escola Nova e da busca pela cientificidade educacional, sobretudo na íntima ligação entre saúde e educação, vários dispositivos de controle e governo da infância e de identificação de sua anormalidade foram instituídos no contexto nacional e também em Sergipe.

Antes mesmo da década de 1920, a tarefa de classificação e busca pelos anormais era ascendente, tendo como um grande marco a instalação do Laboratório de Pedagogia Experimental no Gabinete de Psicologia e Antropologia Pedagógica, anexo à escola Normal Secundária em São Paulo, no ano de 1914. Segundo Carvalho (2006), o objetivo do laboratório era realizar o estudo científico da infância; para isso, o diretor da Escola Normal, Oscar Thompson, trouxe o italiano Ugo Pizzoli para ofertar cursos e efetivar a função do Laboratório, a qual consistia em aparelhar a Escola Normal com instrumentos de medição e indagação na formulação de um conhecimento científico do indivíduo.

A autora destaca a inovação de Pizzoli ao apresentar a Carteira Biográfica Escolar (instrumento desenvolvido por ele). Para Carvalho (2006), a carteira deve ser analisada na condição de objeto cultural que condensa as práticas e pressupostos colocados na educação da época, sendo um dispositivo de produção de conhecimento sobre o aluno e de produção “[...] da individualidade na confluência das medidas e ‘dados’ de observação constituídos como índices de normalidade, anormalidade ou degenerescência.” (CARVALHO, 2006, p.295).

Para Carvalho (2006), o Laboratório de Pedagogia Experimental era um dispositivo de saber e poder que repartia os homens em classes de seres que a natureza tornava desiguais (explicações científicas - de antropometria, dados anamnéticos, de antecedentes, hereditariedade, dentre outras questões abordadas no esquadramento da infância).

Com a aproximação da Psicologia das ferramentas de classificação, a Pedagogia científica passou a ter por função: discriminar as crianças normais das *anormais* ou degeneradas – importando separar os casos de anomalia simples dos graves, pois os primeiros poderiam ser corrigidos e modificados por métodos especiais, já os degenerados devem ser excluídos absolutamente das escolas dos normais - conforme o discurso produzido por Thompson (CARVALHO, 2006).

De acordo com Ferreira (2016), os discursos e práticas desenvolvidas por Thompson tiveram influência das teorias de Binet. Tanto nessa compreensão de exclusão dos degenerados, como a insistência no “adestramento” dos professores para usar testes e medidas para realizar uma observação cuidadosa e “científica” de seus alunos.

[...] nossas crianças escolares foram observadas pelas lentes eugênicas e segregacionistas de Alfred Binet e seus colaboradores. Foram examinados os seus corpos, questionadas suas origens, registradas suas medidas corporais, testadas suas memórias, atenção, associação de ideias etc. Procedimentos práticos- perversos por se intitularem científicos – são ilustrativos da sujeição das nossas crianças a teorias e instrumentos baseados em razões pretensamente científicas, higienistas e disciplinares. (FERREIRA, 2016, p. 148).

Considera-se que o biopoder, por meio da inspeção da infância instituída nas escolas, configurando um dispositivo disciplinar que ganhou força a partir das primeiras décadas do século XX, especialmente na década de 1920, na seleção de alunos e na profilaxia das contaminações de doenças físicas ou mentais. Fato legitimado e fortalecido pelo uso de testes psicológicos, a partir da implementação de reformas de ensino em vários estados brasileiros com o Movimento da Escola Nova (CARVALHO, 2006; LOBO, 2015a; VEIGA, 2004).

Segundo Lobo (2015a), o movimento escolanovista foi assumido pelos educadores da Associação Brasileira de Educação, em aliança com a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada em 1927 por Reidel, na organização das redes de ensino primário no Brasil, introduzindo o instrumental da Psicologia nas escolas e nos cursos normais. A autora faz a leitura dessa estratégia de racionalização do sistema como uma “caçada aos anormais” citando uma circular encaminhada em 1927 pela LBHM às professoras de escolas maternais e jardins de infância, para que fizessem o reconhecimento precoce dos anormais. Dessa forma, os serviços de Psicologia se expandiram na educação e tinham por finalidade “[...] selecionar crianças segundo sua capacidade de aprendizagem e suas aptidões para o trabalho.” (LOBO, 2015a, p.373).

Na mesma direção, observaram-se, no trabalho de Lourenço Filho (1978), os testes psicológicos indicadores de inteligência contribuindo para a organização racional das classes

homogêneas, classificando as crianças em anormais, normais e supranormais, formando-se um discurso sobre os anormais enquadrados cientificamente, além de estabelecer categorias pelos testes de inteligência (QI) definindo idade escolar à idade mental da criança, classificando-as.

Veiga (2004), além de apresentar as classificações presentes no trabalho de Lourenço Filho, apresenta as classificações defendidas por Binet<sup>32</sup> quanto aos anormais: “[...] idiotas, imbecis e débeis mentais, e o imbecil.” (p.77). Ademais, traz que os autores consideram também as condições de saúde física e emocional da criança, produzindo-se outras categorias: “[...] equilibrada, desequilibrada, imatura, madura, portadora de deficiências sensoriais e motoras, e ainda a codificação do grau de ajustamento social: tímida, assustada, medrosa, irritada.” (p.77). Finalizando com a denominação “criança problema”, que, para Lourenço Filho, são aquelas com dificuldades de ajustamento no meio familiar e na escola, conseguinte na sociedade.

Consoante Lopes (2002), o conceito de “criança problema” foi criado pelo médico e psicanalista Arthur Ramos. Sua contribuição à Pedagogia, segundo a autora, está nessa nova classificação, pois, ao olhar para os anormais, ele redefine essa classificação para além dos testes psicotécnicos, aos quais criticava por seu determinismo e simplicidade:

[...] a revisão de casos de crianças registradas nas escolas como anormais tirou 90% de crianças dessa condição e sobretudo do tratamento a elas imposto. As crianças com desempenho escolar insatisfatório, inquietas, mentirosas, seriam “crianças problemas” e a atenção que requeriam era outra, muito diferente daquela que obtinham (ou não obtinham) quando portavam o título de anormais. (LOPES, 2002, p.334).

Em 1933 foi fundada a Seção de Ortofrenia e Higiene Mental do Instituto de Pesquisas Educacionais, fruto da reforma produzida por Anísio Teixeira, tendo como diretor Arthur Ramos. Embora próximo de Anísio, discordava dele na organização das salas homogêneas por meio dos testes, portanto, desenvolvia um trabalho complementar a esse, focado na criança e sua família – o que era reflexo de sua preocupação com a higiene mental. A partir de 1934, foram sendo fundadas “clínicas ortofrências” nas escolas experimentais e, em 1936, uma primeira “clínica de hábitos” destinada aos pré-escolares (LOPES, 2002).

---

<sup>32</sup> Jannuzzi (2006) e Ferreira (2016) destacam a influência de Binet para a quantificação da anormalidade - ele comparou a deficiência ao estado normal e estabeleceu uma variação quantitativa, cujo parâmetro foi a escola, gerando o conceito de debilidade mental que chegou ao Brasil como aquele que apresenta atraso de dois ou três anos de seu curso de estudo, sem levar em consideração níveis de conhecimento das camadas sociais, entre outros.

As clínicas ortofrênicas nas escolas partem da compreensão de infância de Arthur Ramos como a “idade de ouro para a higiene mental”. Nessas clínicas, trabalhariam juntos: o professor, o médico-clínico, o psicopedagogo e o psiquiatra, cujo objetivo era manter normal a criança normal (prevenção) e se houvessem problemas graves, seriam analisados por essa equipe (LOPES, 2002).

A “criança-problema” esteve presente nos livros publicados aos professores sobre o novo prisma educacional. É o caso da obra do professor Afro do Amaral Fontoura, em sua 7ª edição no Rio de Janeiro, no ano de 1965, além de exaltar as contribuições da Psicologia quanto à caracterização das diferenças individuais e os princípios classificatórios do nível mental (Q.I.; escalas psicométricas), dedicou um capítulo para abordar a criança-problema e a importância da disciplina escolar.

Fontoura definiu “criança-problema” como “[...] aquela que, por qualquer razão, se desajusta dos padrões da escola ou da norma de conduta infantil, de maneira a constituir um problema para seus pais ou educadores” (FONTOURA, 1965, p.105). Para ele, a criança problema não seria a criança *anormal*, seria aquela criança que foge dos padrões sociais usuais sem dever-se a uma anomalia física, intelectual ou moral, estes seriam:

*Anormais físicos* são os que possuem algum defeito físico, algum aleijão, algum “déficit” nos órgãos dos sentidos, de natureza mais ou menos grave. *Anormais psíquicos* são os que sofrem de alguma perturbação mental, distúrbio neuropsíquico, e os *oligofrênicos* (cretinos, imbecis, idiotas, isto é indivíduos que possuem Q.I. abaixo de 70 [...]). *Anormais morais* são os que possuem alguma tara, os perversos, os mórbidos. (FONTOURA, 1965, p.105, grifo no original, suprimimos)

Para as crianças anormais o destino deveria ser as instituições apropriadas - estabelecimentos pedagógicos para internação e, para os mais graves, os hospitais neuropsiquiátricos infantis (FONTOURA, 1965).

Passível de ser corrigida pela educação, Fontoura (1965) defende que a criança-problema seria uma “criança desajustada”, cujo “desajuste” era devido à saúde física (e alimentação), da saúde mental, da vida emocional, da vida familiar, da vida econômica, da vida social (meio frequentado pela criança).

Ela poderia ser caracterizada por apresentar um ou mais desses comportamentos: rebeldia, capricho, desconfiança, falta de interesse pelos estudos, medo, antipatia contra a escola, ou contra os professores ou colegas, cólera, rixas frequentes, indolência, fugas, turbulência, mentira, incapacidade para aprender, instabilidade da atenção, furto, histeria, enurese (incapacidade de conter as urinas), desordens sexuais, angustia, etc. (FONTOURA,

1965). Sua terapêutica deveria ser relacionada à pesquisa das causas do desajuste, referenciando Arthur Ramos na relevância da compreensão de cada caso de modo específico.

Outro dispositivo de seleção foi a criação, em 1937, do Laboratório de Biologia Infantil no Rio de Janeiro (CORRÊA, 2006; LOBO, 2015a). Como justificativa de sua necessidade e excelência, orgulhavam-se em dizer que nenhum menino por eles avaliados, por meio de exames médicos e psicológicos, “era são” (LOBO, 2015a, p.369). Esse dado apresentado por Lobo (2015a) destaca a força da captura da infância em sua anormalidade, tão frágil em sua definição e causas, tudo poderia ser enquadrado, e assim o era, destacando a dimensão do saber-poder como discurso de verdade produzido pela dupla medicina-pedagogia no controle social.

O Laboratório tinha por finalidade estudar os menores abandonados e delinquentes, na busca de encontrar causas físicas e psíquicas para a condição dessas crianças – especialmente em relação à criminalidade (CORRÊA, 2006). O saber desse dispositivo fundamentava-se sobre a teoria de Lombroso, médico italiano que defendeu a tese de que todo criminoso, na verdade, é um doente e precisa mais de tratamento do que de punição.

Em 1937, Getúlio Vargas prescreveu que no ensino dos “anormais de inteligência”, a ação do poder público estaria ligada ao Instituto Nacional de Pedagogia, em conexão com o Serviço de Assistência aos Psicopatas, e que os “inadaptados morais” ficariam a cargo da Justiça (JANNUZZI, 2006). Este fato revela a estreita relação entre as instâncias médicas, jurídicas e educacionais na determinação e destino dos *anormais*.

Há um paradoxo quanto à assistência ofertada aos “anormais de inteligência”, pois ainda que devessem estar atrelados ao Instituto Nacional de Pedagogia, assessorados pelo Serviço de Assistência aos Psicopatas, a história revela que aos *anormais* de inteligência - *idiotas, imbecis, oligofrênicos* – foi destinada somente a assistência do hospital psiquiátrico (JANNUZZI, 2006; LOBO, 2015a; VIANA, 2014). Nos registros dos hospitais psiquiátricos em Sergipe, durante as décadas de 1940 a 1970, foi identificado um total de 7.522 prontuários de internações, 184 internações de pessoas consideradas oligofrênicas idiotas, oligofrênicas imbecis ou debilidade mental, sendo que, destes, 62 eram menores até 18 anos – para estes, era nulo o caráter educativo em seu tratamento, mas sim, de eletrochoque.

No estudo realizado por Viana (2014) sobre os diagnósticos das crianças e jovens internados no período de 1942-1944 no Hospital Colônia Sant’Ana, em Santa Catarina, a autora problematiza as internações dos oligofrênicos no hospital psiquiátrico, uma vez que para estes era preconizado na literatura científica os tratamentos educacionais.

A autora apresenta algumas definições encontradas no livro de 1914, *L'enfant et son médecin*, de autoria de Dr. Albert B. Ball:

Idiotia, Imbecilidade e Debilidade Mental: Parada mais ou menos absoluta no desenvolvimento da inteligência. Idiotia congênita: devido à degeneração hereditária por alcoolismo parental, cruzamento de neuróticos, alienados. Idiotia adquirida: por alteração das meninges e do cérebro, consequência de problemas nutricionais de origem digestiva ou doenças infecciosas, hereditárias ou adquiridas, tais como febre tifóide, febres eruptivas, sífilis. Imbecilidade: fraqueza mental congênita, porém superior ao idiota, as faculdades de relacionamento são mais desenvolvidas, o imbecil pode ser auto-suficiente se for guiado. Debilidade mental: casos ainda menos acentuados.

Prevenção: tratar os problemas digestivos crônicos, isolar os doentes contagiosos, tratar a sífilis hereditária.

Cura: pouco satisfatório, exceto a imbecilidade e a debilidade mental, onde o tratamento por educação física e moral, em casas especiais, dão resultados apreciáveis. Higiene em todas as formas. (BALL, 1914, p. 215 apud VIANA, 2014).

A autora conclui dizendo que a literatura usada, desde 1914, postulava o tratamento dos oligofrênicos idiotas e imbecis por meio da educação física e moral em estabelecimentos especiais para esse fim, contudo a instituição de seu estudo, o hospital psiquiátrico, não se voltava para essa função o que revela o quanto o processo histórico de valorização do trabalho e da educação não permitiu que os anormais se enquadrassem, restando-lhes o crescente avanço do poder psiquiátrico como regra de correção e de padrão de normalidade<sup>33</sup>.

Em Sergipe, além das práticas de inspeção escolar higiênicas, importantes dispositivos de identificação da anormalidade e desvios na infância foram instituídos no período do Estado Novo – o S.A.P.S. e o Gabinete de Biologia Criminal.

A inauguração do S.A.P.S., sob a direção do Dr. Garcia Moreno, ocorreu no 2º Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste Brasileiro, realizada no Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe em 1940.

Arruda (1991) afirma que as sessões apresentadas versaram sobre trabalhos desenvolvidos no campo da Neurologia, da Psiquiatria, da Sociologia, de tratamentos utilizados (como a convulsoterapia) e temas de higiene mental. Nesse tema, destacaram-se os conhecimentos produzidos na aproximação com a educação, pois a autora ressalta a leitura do Relatório oficial pela “Senhorinha” Anita Paes Barreto<sup>34</sup>, que tinha como título “Organização

<sup>33</sup> Desde Itard, em 1800, aparece a defesa da educação como central no tratamento daqueles que não possuem o desenvolvimento de suas faculdades mentais, como já apresentado no início dessa seção.

<sup>34</sup> Anita Paes Barreto foi uma professora pernambucana que trabalhou junto ao Dr. Ulisses Pernambucano na divulgação de estudos sobre a psicologia aplicada; coordenou várias pesquisas tendo como tema a *Revisão Pernambucana do Teste de Binet, Simon, Terman*, cujos resultados foram publicados principalmente

de classes homogêneas nas escolas primárias [...]” (ARRUDA, 1991, p. 12); e a conferência realizada pelo Professor Acrísio Cruz<sup>35</sup> intitulada “A personalidade infantil e a escola” e outra proferida pelo Dr. Leite Neto<sup>36</sup>, intitulada “Repressão e Profilaxia do Crime”.

As Figuras 03 e 04, a seguir, ilustram momentos ocorridos no Congresso que instituiu a psiquiatria em Sergipe.

**Figura 03: Conferência de Abertura Proferida por Gilberto Freyre, no 2º Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste Brasileiro**



*Aspecto da sessão inaugural, quando o sociólogo o Gilberto Freyre pronunciava sua conferência*

Fonte: ARRUDA (1991, p.04).

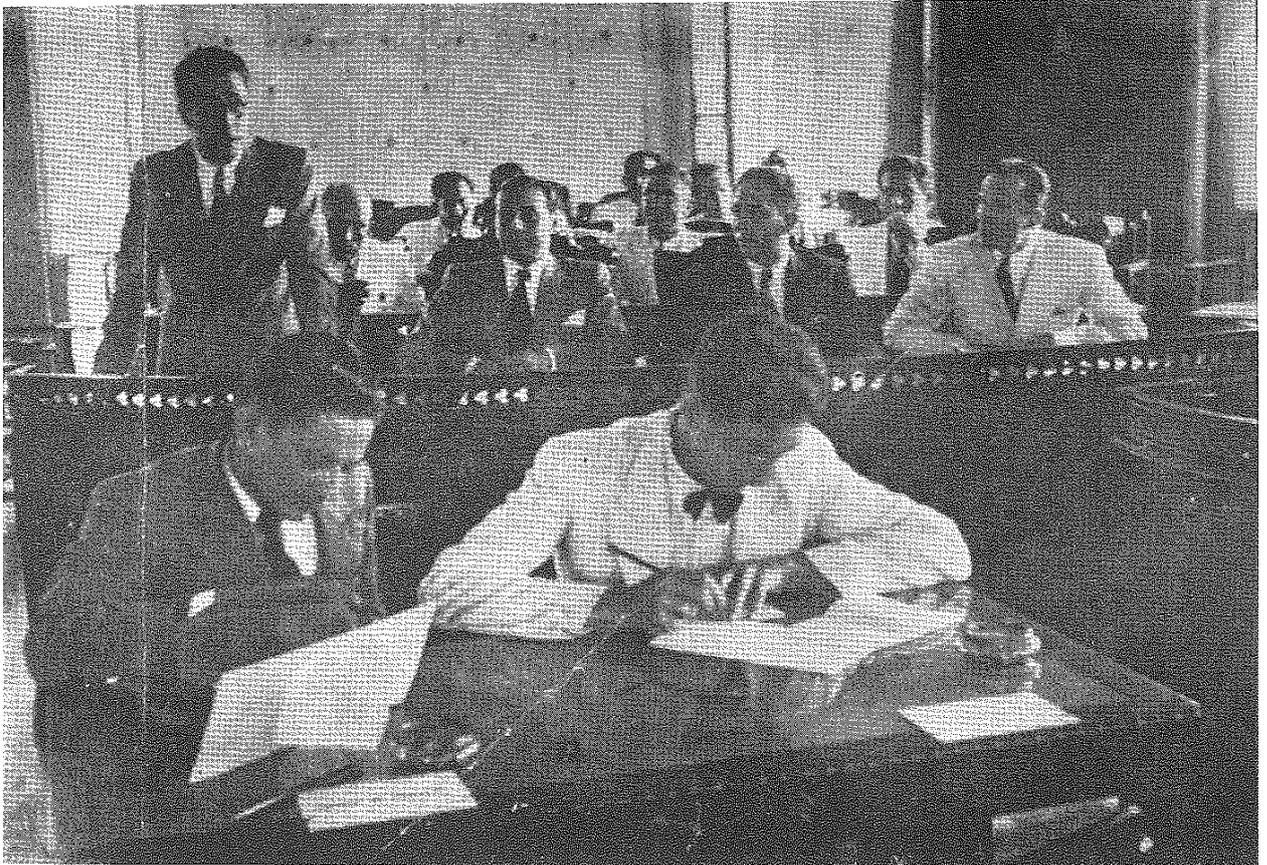
---

em *Neurobiologia*, *Jornal de Medicina de Pernambuco* e *Arquivos da Assistência a Psicopatas de Pernambuco*. Dentre outras funções, foi diretora da escola de anormais Aires Gama de 1942-1957 (ANITA PAES BARRETO, 2000, grifo do original).

<sup>35</sup> *Acrísio Cruz*, natural de Laranjeiras (SE), foi adepto da Psicologia e das concepções pedagógicas advindas da Escola Nova, sendo um importante difusor do movimento em Sergipe (BERGER, 2011).

<sup>36</sup> *Francisco Leite Neto*, natural de Riachuelo (SE) formou-se em Odontologia e posteriormente em Direito; no governo de Eronides de Carvalho foi designado diretor da Penitenciária do Estado de Sergipe. Em 1945 tornou-se Interventor do Estado (CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA, [20--]).

Figura 04: Sessão de Estudos Proferida por Ulysses Pernambucano



*Aspecto parcial de uma das sessões de estudos quando falava o prof. Ulysses Pernambucano*

Fonte: ARRUDA (1991, p. 06).

O S.A.P.S. foi organizado por meio de três dispositivos: O Hospital Colônia Eronides de Carvalho, o Consultório Neuro-Psiquiátrico e Escritório de Higiene Mental e o Laboratório de Análise Clínicas do S.A.P.S.; foi regulamentado por meio do Decreto nº 63 de 10/12/1940, publicado no Diário Oficial de Sergipe de 11/12/1940:

Artigo único: O Serviço de Assistência a Psicopatas de Sergipe reger-se-à pelo Regulamento que com este baixa, revogadas as disposições em contrário.

Regulamento do serviço de Assistência a Psicopatas de Sergipe  
Cap. I Assistência, fins, manutenção e movimento financeiro.

Art.1. O Serviço de Assistência a Psicopatas de Sergipe está diretamente subordinado à Secretaria de Justiça e Negócios do Interior.

Art. 2. O Serviço de Assistência a Psicopatas destina-se:

- 1) a assistir os psicopatas ou não;
- 2) a estudar, para fins periciais, os criminosos e os acusados suspeitos de alienação mental.

3) a fazer estudo etiológico de psicopatas, conhecer pela indagação ampla em todos os sentidos, a mentalidade do sergipano. Os motivos de seus desajustes psíquicos, a fim de ditar conselhos de profilaxia e higiene mentais. (SERGIPE, 1940 apud ARRUDA, 1991).

A regulamentação evidencia seu caráter tanto de tratamento dos doentes mentais como de identificação e de prevenção dos desvios. No campo preventivo, estrategicamente há a figura de dois monitores, que pertenciam ao Escritório de Higiene Mental, cuja função segundo o Dr. Garcia Moreno era:

[...] o Monitor de Higiene Mental deve descobrir os anormais, retardados, predispostos e super-normais, nos meios escolares, a fim de dar a necessária orientação a cada caso; surpreender então os trabalhadores de indústria, as personalidades psicopáticas, para encaminhá-las aos serviços de assistência, proteger e vigiar os egressos do manicômio, criar-lhes hábitos de higiene psíquica, e estudando a capacidade de utilização social, acompanhar nos meios familiares os seus conselhos e a sua vigilância, os ex-internados do Hospital-Colônia, orientando os seus hábitos de vida, e sua vocação profissional ou o seu tratamento. Enfim exercer na sociedade uma ação fecunda de higiene mental, estudando as causas gerais e locais dos Psicopatas e os meios de combatê-los, difundindo conselhos verbais nos vários meios que frequentarem. (ARRUDA, 1991).

Ainda que a função dos monitores de higiene mental devesse ir além do acompanhamento e vigilância dos egressos do manicômio, esta foi a única função encontrada para os mesmos nos registros disponíveis do S.A.P.S. Não foram encontrados relatórios sobre outras ações.

O Gabinete de Biologia Criminal funcionava anexo à Penitenciária Modelo e também teve destaque sob a direção do Dr. Garcia Moreno na década de 1940 (FERREIRA, 2004).

Ambos os dispositivos – o S.A.P.S. e o Gabinete de Biologia Criminal - tinham por função identificar os traços de anormalidade na população sergipana e também na infância como é revelado na historiografia sergipana (COSTA et al 2014; COSTA; MENDES, 2015; MENDES, 2014).

Os caminhos institucionais sergipanos na captura da anormalidade na infância estavam em consonância com dispositivos instituídos em outros locais do Brasil. Os discursos científicos que justificaram e fundamentaram a criação dos dispositivos, como o S.A.P.S. e o Gabinete de Biologia Criminal, defendiam o problema da anormalidade no indivíduo, ou seja na própria criança e no que ela trazia de herança familiar, mesmo tendo iniciado um discurso voltado para o ambiente e o contexto que essa criança crescia, não era isso que, fundamentalmente, ocupava as páginas dos relatórios objetivando a infância nesses dispositivos.

Este saber poder fundamentado em teorias sobre a hereditariedade e anormalidade, sobretudo advindas da Europa, produziu discursos e práticas voltadas à infância em diversas instituições, como as ligadas ao poder psiquiátrico, caracterizando o S.A.P.S. como um dispositivo de poder em prol da “caçada dos anormais” em terras sergipanas.

Nessa perspectiva, a terceira seção tratou da identificação da produção do discurso em torno da anormalidade, as práticas e representações advindas das instituições psiquiátricas que também foram responsáveis pelo governo da infância e de sua anormalidade, ao passo que comungavam dos processos de classificação e reclusão dos *anormais* alicerçados nos discursos científicos já produzidos, e não compartilharam das perspectivas de assistência que vinham sendo apresentadas, como, ser o recurso educacional e pedagógico uma ferramenta para regenerar e modular estes sujeitos para a vida em sociedade.

### **3 INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS SERGIPANAS E OS MENORES ANORMAIS: DISCURSOS, REPRESENTAÇÕES, PRÁTICAS E COTIDIANO INSTITUCIONAL**

Esta seção analisou a institucionalização em hospitais psiquiátricos dos menores *anormais* em Sergipe, durante os anos de 1940 a 1979. Realizou-se uma contextualização do cenário que propiciou a construção das instituições voltadas aos alienados em Sergipe destacando, nesse processo, a construção de três hospitais ligados ao S.A.P.S. – o Hospital Colônia Eronides de Carvalho, o Hospital Aduauto Botelho e o Hospital Garcia Moreno.

Após a caracterização desses espaços e do perfil dos indivíduos neles internados, a luz foi dirigida aos menores, na busca de compreender quem foram essas pessoas, quais as representações e práticas que caracterizaram sua anormalidade bem como a carreira institucional e moral que foram assujeitados, destacando para além do poder psiquiátrico o poder da justiça e da educação nesse processo. Por fim, apresentou-se o cotidiano institucional, buscando entender se existiram consonâncias com a literatura científica que defendia as propostas educacionais e pedagógicas no tratamento da anormalidade especialmente aqueles considerados graves como os *idiotas*.

#### **3.1 CENÁRIO POLÍTICO E SOCIAL DE 1940 - 1970**

O período histórico de desenvolvimento desta tese inicia-se em um cenário mundial de medo, marcado pela ocorrência da Segunda Guerra Mundial, até o ano de 1945.

No Brasil, deflagrado o Golpe de Estado em 1937 - sob o regime ditatorial de Getúlio Vargas, instituindo o Estado Novo -, a saúde pública e a preocupação com a infância abandonada e delinquente tornaram-se pauta do governo, refletindo-se também no apoio de ações públicas estaduais. Sergipe foi um dos estados contemplados com as benesses da ditadura getulista, nas três áreas citadas, pois seu Interventor, Eronides de Carvalho, era fiel ao ditador, e seu governo tornou-se fecundo em realizações tais como o início da construção da Cidade de Menores “Getúlio Vargas” concluída no governo do seu sucessor e o Serviço de Assistência aos Psicopatas em Sergipe (S.A.P.S.).

Marcado como um período de progresso no estado e de manifestações sociais dos trabalhadores, de desenvolvimento urbano, educacional e forte controle social sob o signo de um governo ditatorial, contrário às ideias subversivas comunistas que cresciam também em

terras sergipanas, demonstradas por muitas greves: greve dos trabalhadores em trapiche e a dos padeiros, sendo a mais forte na fábrica de fiação e tecidos São Cristóvão (ARAÚJO, 1966).

Foi no governo do Interventor Augusto Maynard Gomes, em 1942, que a ameaça da Guerra se fez sentir fortemente, com a ruptura diplomática do Brasil com os países do Eixo (Alemanha, Itália e Japão), navios brasileiros foram atacados na costa Bahia-Sergipe, deixando vários civis mortos (ARAÚJO, 1966; WINNE, 1973).

Diante de constante preocupação, no Brasil, quartéis eram construídos bem como fábricas produtoras de material bélico. Em Sergipe, o 28º Batalhão de Caçadores foi inaugurado em 1943.

O fortalecimento da classe trabalhadora pelos direitos conquistados no Governo Vargas abriu a possibilidade da criação de sindicatos dos trabalhadores em todo Brasil e também em Sergipe. No presente estudo os sindicatos foram identificados como um dos responsáveis pelos encaminhamentos aos hospitais psiquiátricos, revelando seu envolvimento com a saúde do trabalhador e seus dependentes.

Em 1945, com o fim da Segunda Guerra, ocorreu também o fim do Estado Novo de Vargas, por uma negação dos governos totalitários e ditadores, assumindo a Presidência do Brasil o general Eurico Gaspar Dutra.

Diante do retorno das eleições, José Rollemberg Leite foi eleito em Sergipe no ano de 1947 até 1951. Em seu governo importa destacar a criação da Secretaria de Segurança Pública (a qual esteve muito próxima do S.A.P.S. pelas constantes internações psiquiátricas que demandava), a criação do Serviço de Assistência à Maternidade, à Infância e Adolescência (ARAÚJO, 1966), de postos de higiene e puericultura e o melhoramento dos serviços do Hospital Colônia (WINNE, 1973) e o Hospital Aduauto Botelho (GUIMARÃES, 2011).

A década de 1950 foi marcada pelo retorno de Getúlio ao poder federal criando a Petrobras, potencializando o desenvolvimento da siderurgia, refletindo em Sergipe a criação de uma indústria de mineralogia no governo de Leandro Maciel, em 1954.

Os governos de Leandro Maciel e, posteriormente, de Luiz Garcia foram marcados por um sentimento de desenvolvimento e progresso em Sergipe. Maciel foi um governador de grandes obras públicas (edifícios da administração pública e educacionais), e responsável pela liberação de verbas para a construção do Aeroporto Santa Maria (WINNE, 1973). Juscelino Kubitschek, então Presidente do Brasil, esteve em 1958 na inauguração da pista asfaltada do aeroporto.

A década de 1960 foi marcada por incentivos econômicos à indústria em Sergipe, por meio da criação do Conselho de Desenvolvimento Econômico do Estado, pelo Governador Luiz Garcia, fruto do CODENO – Conselho de Desenvolvimento do Nordeste, iniciativa do presidente Juscelino Kubitschek (WINNE, 1973). Em contraponto ao cenário de desenvolvimento, os estragos causados por enchentes do Rio São Francisco e fortes chuvas em Sergipe necessitaram de auxílio do Governo Federal (WINNE, 1973).

Os desafios de sobreviver financeiramente na lavoura e como empregado nas fábricas têxteis e siderúrgicas que se fortaleciam no estado puderam ser percebidos na caracterização dos internos dos hospitais psiquiátricos sergipanos. Caracterizados como “operário”, “trabalhador rural”, “braçal”, o adoecimento psíquico, ainda que não estivesse diretamente relacionado a questões trabalhistas ou financeiras, esteve presente na história dessas pessoas e a internação atravessou a vida de muitos trabalhadores. Aqueles que ficavam fora desse escopo, caracterizados como indigentes, tiveram partes de suas histórias de vida narradas em seus prontuários, revelando um trabalho anterior à “indigência”, sendo o adoecimento (caracterizado em grande parte pelo etilismo) a causa ou consequência do desemprego.

Segundo Winne (1973), o Governo de Luiz Garcia cuidou da instrução e saúde, construiu grupos e ginásios, o Centro de Reabilitação Ninota Garcia, asfaltou estradas, fez pontes, levou luz e água aos bairros. Preocupado com a expansão da lavoura e da indústria, instituiu o Banco de Fomento Econômico do Estado de Sergipe; construiu a Estação Rodoviária, ampliou a Estação do Aeroporto Santa Maria e construiu o Hotel Palace; no campo da educação superior, ofereceu incentivos à Faculdade de Medicina. Outra contribuição foi a criação do Instituto de Previdência do Estado de Sergipe (IPES) que beneficiou o funcionalismo público, assegurando pensões e assistência médica aos pensionistas (ARAÚJO, 1966).

Em 1964, tendo sido instituída a ditadura militar no Brasil, em Sergipe o então Governador Seixas Dória foi deposto de seu exercício. Os movimentos sindicais e dos camponeses, a educação de base, dentre outras ações que ele vinha desenvolvendo, incomodavam a ditadura que se fazia forte. Sergipe, tendo sido descrito como a “maior célula comunista do Brasil” (WINNE, 1973, p. 277), necessitava de controle. Foi o que fez o Governador Sebastião Celso de Carvalho, cuja primeira ação foi extinguir o Movimento de Cultura Popular junto à Secretaria de Educação. Contando com o trabalho intenso do 28º Batalhão, investigações e prisões de documentos e pessoas ligadas ou suspeitas de adesão ao comunismo passaram a ser presas: “Muita gente suspeita e comprometida e muitas pessoas

foram chamadas ao Quartel do 28º BC para esclarecimentos e interrogatórios, e então se dizia *fulano foi à colina*, referindo-se a ida de alguém ao Quartel, situado numa colina na zona norte da cidade.” (WINNE, 1973, p. 287, grifado no original). Além das constantes prisões, como será apresentado mais à frente, o número de internações nos hospitais psiquiátricos também foi crescente, durante o período da ditadura militar em Sergipe.

No ano de 1966 foi decretado estado de calamidade no sertão sergipano, bem como registraram-se muitos desempregos gerados pela fechamento de uma fábrica de tecelagem em Propriá. Ao mesmo tempo, cresciam as indústrias de papel, cimento e fibras de coco no estado. Winne (1973) referiu-se a essa fase como de consolidação da ordem por meio de grande ação dos oficiais superiores, tanto que na Assembleia Legislativa denunciavam-se os crimes políticos, tendo o governo como responsável pelas violências.

Foi no governo de João Andrade de Garcez, em 1971, que Sergipe firmou um convênio com o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), tendo impactos na saúde da população do interior do estado e revelada na vinculação dos internos aos hospitais psiquiátricos.

A busca pela erradicação do analfabetismo por meio da política do governo federal, via Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL) e os empregos gerados junto ao setor rodoviário “[...] para mil e quinhentos homens, flagelados, gente desavorada (sic) pelas estiagens e pelas chuvas” (WINNE, 1973) reverberam ares de progresso em meio à repressão.

Enquanto os desordeiros, ciganos, comunistas, eram perseguidos pela Polícia, grande impulso econômico foi dado pelas riquezas minerais, atraindo olhares e pessoas para o estado. Tempos também de instalação da Empresa Brasileira de Telecomunicações (Embratel) e da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), em Aracaju, marcando 1972 com a chegada das primeiras linhas telegráficas (WINNE, 1973).

No panorama nacional, a década de 1970 foi palco de movimentos sociais que começavam a se organizar pela defesa da democracia e dos direitos. Aqui ganham força, por exemplo, os movimentos da luta antimanicomial, que teve reflexo na dinâmica de internações do Hospital Psiquiátrico Sergipano Adauto Botelho, observando uma diminuição no tempo de permanência dos pacientes nos hospitais.

Quanto à oferta de assistência à infância *anormal* em Sergipe, durante o período deste estudo, observou-se um caminho de construção de instituições de avaliação e controle na década de 1940 (S.A.P.S., Gabinete de Biologia Criminal, Cidade de Menores, etc.), a criação

das instituições especiais na década de 1960 e a criação das salas especiais nas escolas normais na década de 1970.

A seguir, será dado enfoque ao processo da institucionalização da Psiquiatria em Sergipe, marcando o governo da infância desviante da norma.

### 3.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA EM SERGIPE

Consoante Foucault (2006), o processo de institucionalização corresponde à produção das instituições, que, por sua vez, produzem e reproduzem relações de força que as criaram sendo mantidas pelos estabelecimentos e dispositivos que as instrumentam, sustentando-se através das práticas discursivas das separações, sendo validadas pelos saberes de classificações, especializações e discursos de verdade, configurando-se como peça importante na objetivação das anormalidades.

A institucionalização da Psiquiatria em Sergipe e, por conseguinte, da anormalidade caracterizada pelos psicopatas, *alienados* e *idiotas*, teve seu início ligado às relações de poder político, médico e jurídico que se desenhavam no cenário brasileiro, bem como nos discursos de verdade produzidos à época, na defesa do tratamento de reclusão dos doentes mentais, em detrimento de sua liberdade ou apenas sua reclusão sem atenção médica - como era o caso das prisões.

Nessa direção, em uma conjuntura nacional de mudanças em relação à assistência psiquiátrica, tornou-se fecunda as possibilidades de instituir em Sergipe a assistência aos alienados por meio da Psiquiatria. Desde o final da década de 1930, no governo de Getúlio Vargas, houve três importantes movimentos da Psiquiatria nacional: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) com a transferência do local da produção de saber do hospício para a universidade; a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM); e a formulação do Plano Hospitalar Psiquiátrico para a União (CASSÍLIA; VENANCIO, 2007).

A política centralizadora do Estado Novo, a partir do golpe de 1937, visando à modernização do Estado, integrou os órgãos do Ministério da Educação e Saúde ao Departamento Nacional de Saúde, e, nesse Departamento, foi instituído o Serviço Nacional de Doenças Mentais, incluindo a Assistência a Psicopatas (VENANCIO, 2011).

No entendimento de Casília e Venancio (2007), no período de 1937 a 1941, o SNDM realizou um inquérito que tinha por finalidade obter um diagnóstico da assistência psiquiátrica

brasileira, resultando na demonstração da diversidade da assistência prestada pelos diferentes estados brasileiros, classificada como: os estados que não prestavam assistência a seus doentes (Sergipe, Goiás e território do Acre); os que ofereciam uma assistência rudimentar, sem tratamento diferenciado e especializado (Mato Grosso, Espírito Santo e Piauí); os que prestavam alguma orientação especial, ainda que a assistência fosse considerada bastante deficiente (Amazonas, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas e Santa Catarina); os que ofereciam assistência especializada, mas ainda reduzida (Paraíba, Pará, Bahia e Rio de Janeiro); os que assistiam seus doentes com base nos métodos psiquiátricos considerados mais modernos e preocupados com a prevenção (Paraná, Rio Grande do Sul, Pernambuco, São Paulo e Minas Gerais).

Com base nesse inquérito, a partir de 1941, o SNDM passou a gerenciar a expansão da assistência psiquiátrica em todo o território nacional, tendo como principal personagem Aduino Botelho, primeiro diretor do SNDM que se manteve no cargo até 1954, e participou da elaboração do Plano Hospitalar Psiquiátrico. Dentro das propostas do plano, observa-se que a estrutura hospitalar privilegiada e implementada como tipo padrão pelo SNDM foi o hospital-colônia. Dos 20 estados brasileiros, 14 deles são citados como aqueles que deveriam ser contemplados com a construção ou ampliação de hospital-colônia ou colônia – dentre eles Sergipe.

Assim, no cenário de ampliação da assistência psiquiátrica no Brasil, em Sergipe, o Interventor Eronides de Carvalho ganhou força para consolidar seus planos de instituir a assistência psiquiátrica no estado; agora, os loucos e alienados em terras sergipanas passariam a ser tratados como doentes, não mais entregues à prisão e posteriormente enviados ao Asilo São João de Deus, na Bahia.

A política de governo do Interventor Eronides de Carvalho tinha como um dos alicerces as ações na saúde pública, com o desenvolvimento de ações e práticas higiênicas (saneamento básico, arborização da cidade, buscando remover as causas de insalubridade) bem como a construção de obras públicas como o Palácio Serigy (Figura 05) que concentraria as políticas de saúde (ARAÚJO, 1966). O prédio foi construído no local que antes pertencia à cadeia pública da cidade.

Figura 05 - Construção do Palácio Serigy



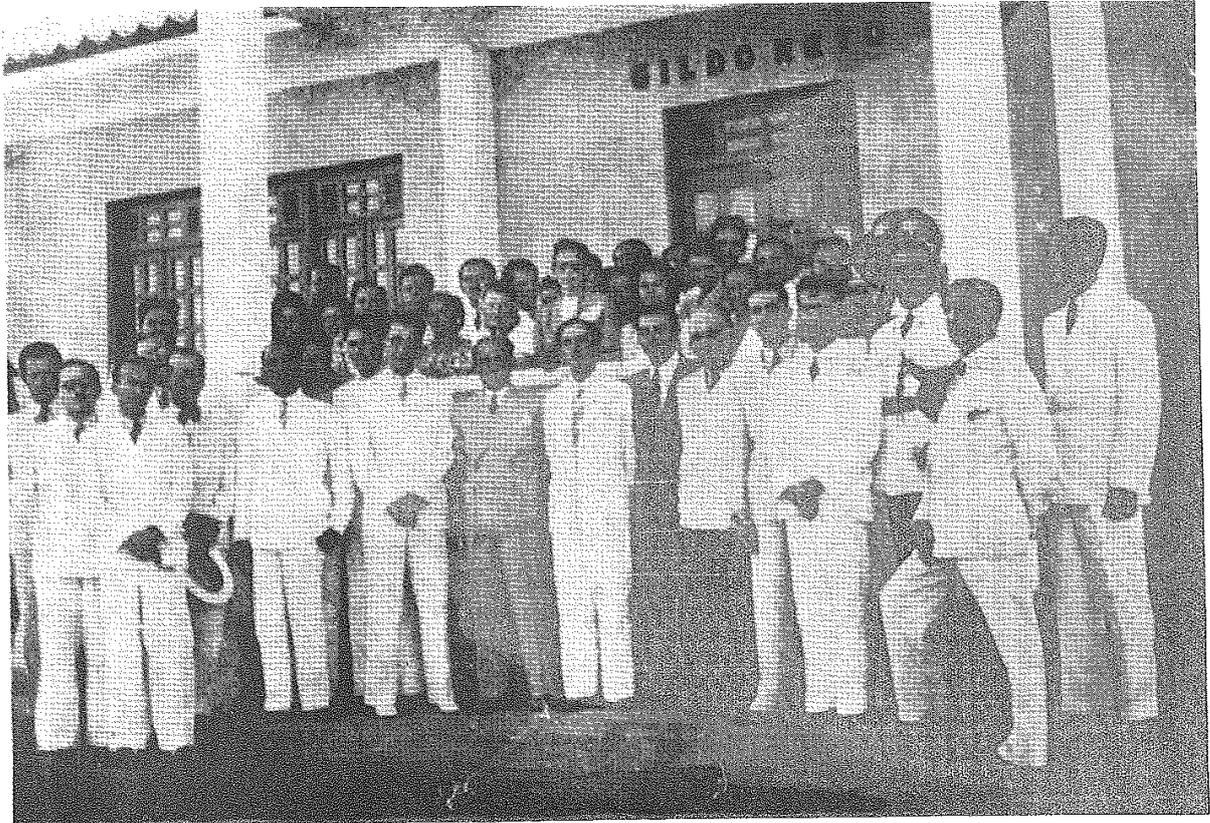
Fonte: PORTO (2003).

Influenciados pelo modelo instituído em Pernambuco, organizado por Ulisses Pernambucano, Eronides de Carvalho, junto ao Dr. Garcia Moreno - responsável pela idealização da proposta de assistência aos psicopatas em Sergipe -, instituiu, em 31 de dezembro de 1937, por meio do Decreto-Lei nº 25, o Serviço de Assistência a Psicopatas de Sergipe (S.A.P.S.), contando com os seguintes dispositivos: o Hospital-Colônia do Serviço de Assistência a Psicopatas, o Consultório Neuro-Psiquiátrico e o Escritório de Higiene Mental (localizado no Prédio Serigy); e o Laboratório de Análise Clínicas do S.A.P.S (ARRUDA, 1991).

Para a construção do Hospital Colônia, por meio do Decreto-Lei nº 46, a Fazenda Santa Rosa, antiga Santa Eulália, no município de São Cristóvão, foi desapropriada e declarada de utilidade pública. Nessa mesma época, Dr. João Batista Perez Garcia Moreno criou o curso de Enfermeiros Psiquiátricos a fim de possibilitar a formação de mão de obra qualificada para a nova instituição (ARRUDA, 1991).

A construção do hospital durou três anos, e foi inaugurado em 21 de outubro de 1940 - no 2º Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste. A foto ilustrada na Figura 06 revela o momento de inauguração do Hospital Colônia.

**Figura 06: Inauguração do Hospital Colônia no 2º Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste Brasileiro**



*Grupo de autoridades, congressistas e famílias diante do Pavilhão Gildo Neto, do Hospital-Colônia Eronides de Carvalho*

Fonte: ARRUDA (1991, p. 18).

O Hospital tinha 2.700 metros quadrados de construção, custou 915:000\$000 ao orçamento do Estado e era composto por oito pavilhões (SANTANA, 2003).

Em documento citado por Bispo (2006), a autora apresenta sete pavilhões:

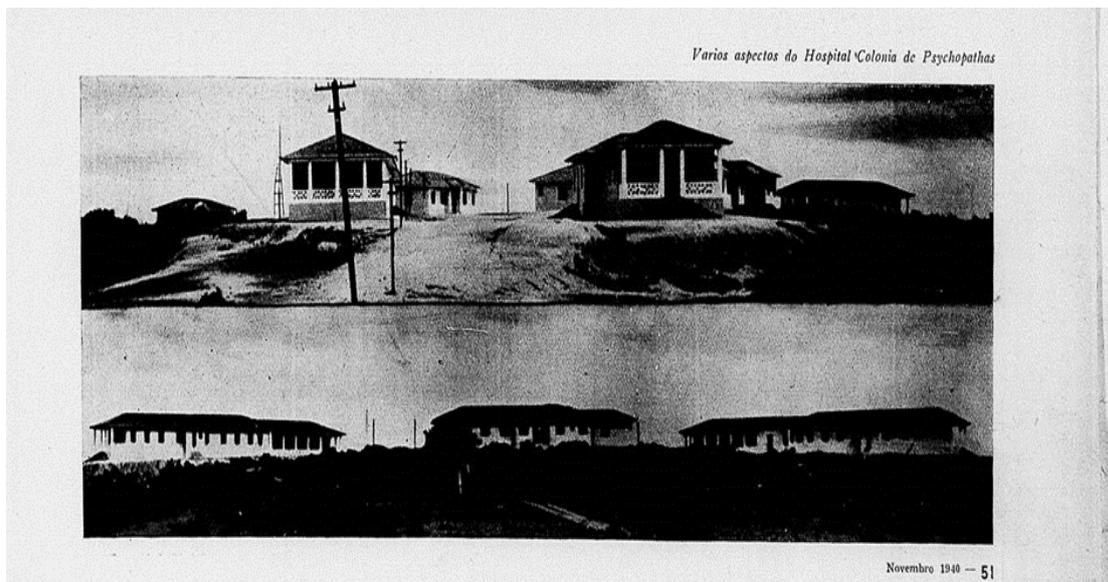
Quanto à estrutura física, o hospital era constituído por sete pavilhões chamados Nina Rodrigues (destinado à pacientes calmas), Ênjolras Vampré (para pacientes calmos do sexo masculino), Gildo Neto (refeitório, cozinha e lavanderia), Eugen Bleuler (constituída por quartos individuais e destinado a pacientes do sexo feminino que estivessem agitadas), Sigmund Freud (para pacientes agitados do sexo masculino) e Juliano Moreira (onde se localizava a administração do hospital, a seção para pacientes contribuintes e um apartamento no qual morava o médico Luiz Cerqueira). (WENDLING, 2006, apud BISPO, 2006)<sup>37</sup>.

<sup>37</sup> Os pavilhões receberam nomes de pessoas consideradas referências dentro da psiquiatria. *Nina Rodrigues* foi médico maranhense do século XIX e anos iniciais do século XX, higienista, psiquiatra, antropólogo, escritor e etnólogo brasileiro; seus trabalhos defendiam a tese da inferioridade física e mental dos negros e mestiços como Lombroso, Garófalo e Ferri, buscando provas sobre a inferioridade da raça negra; para tanto, dedicou-se aos estudos de crimes, de loucura, de crenças religiosas, sempre na busca de pistas para essa comprovação (RODRIGUES, 2015). *Ênjolras Vampré* foi médico neurologista nascido em Laranjeiras (SE), considerado um

Conforme Arruda (1991), até o ano de 1943, não havia divisão entre os sexos; no espaço havia um consultório Otorrino-Oftalmo-Laringologista e um gabinete dentário, sem funcionários até 1943; um Necrotério-Capela e posteriormente um cemitério (para pacientes cuja família não era localizada).

A seguir, apresentam-se duas fotos (Figura 07) referentes à fachada do Hospital Colônia tiradas em 1940. Pelas fotos é possível perceber seu caráter de colônia, afastado do ambiente urbano, isolada de outras instituições. Uma estrutura e arquitetura pensada para proporcionar o isolamento e reclusão dos internos, pois assim se compreendia que seria benéfico para seu tratamento – o afastamento da sociedade, da família, do que lhe causou o adoecimento eram prescritos pela psiquiatria (FOUCAULT, 2006; MACHADO, 1978; VENANCIO, 2011).

Figura 07 - Faixada do Hospital Colônia Tirada em 1940



Fonte: SERGIPE... (1940, p.51).

O Hospital Colônia começou efetivamente a funcionar em meados de 1941<sup>38</sup>, tendo como Alienista-Chefe: Dr. Garcia Moreno, Alienista-Assistente: Dr. Luiz da Rocha Cerqueira e Laboratorista do Serviço de Assistência a Psicopatas: Dr. Theotonílio Mesquita (ARRUDA, 1991).

---

dos pais da Neurologia em São Paulo, tendo iniciado sua função de professor na Faculdade de Medicina em 1925 para reger a Cadeira de Psiquiatria e Moléstias Nervosas (ARQUIVOS... s/d). Sobre *Gildo Neto* não foram encontradas publicações a respeito. *Eugen Bleuler* foi um psiquiatra suíço que trouxe grandes contribuições para compreensão da esquizofrenia (PEREIRA, s/d). *Sigmund Freud*, psiquiatra, pai da psicanálise e da teoria da sexualidade. *Juliano Moreira* foi um psiquiatra brasileiro, diretor do Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro no século XIX.

<sup>38</sup> Dentre as fontes consultadas no Arquivo Central da Saúde, foi identificado o prontuário de um paciente interno em dezembro de 1940, e vários a partir de fevereiro de 1941, nenhuma internação em janeiro de 1941, o que questiona o dado de Arruda (1991).

Os métodos terapêuticos registrados por Arruda (1991) no Hospital Colônia são: Malarioterapia, Convulsoterapia Cardiazólica, Insulinoterapia, Eletroconvulsoterapia, Piretoterapia; a seguir foram acrescentados os métodos Neuroplégicos, Ergoterapia, Banhoterapia Morna e, posteriormente, Psicocirurgia “Egas Moniz”.

Nos prontuários dos internos do hospital, foram identificados registros somente da eletroconvulsoterapia, insulinoterapia, ergoterapia, e os neuroplégicos. Os demais não estão claramente descritos, o que pode sugerir terem sido registrados apenas com o nome da administração da droga (como o cardiazol) ou que não foram efetivamente realizados na instituição ou, ainda, que algumas tenham sido comuns a todos os internos.

Tais tratamentos correspondiam às seguintes práticas médicas:

- Malarioterapia: pensada para tratar os casos de paralisia geral causados pela sífilis, consistia na inoculação da malária nos “paralíticos” para se obterem picos febris, pois observou-se que eram eles que traziam uma melhora no quadro do doente. Idealizada pelo austríaco Wagner Von Jauregg, em 1917 (rendendo-lhe o Prêmio Nobel de medicina), a técnica se baseava na retirada de um pouco de sangue de algum paciente infectado pela malária e na aplicação deste sangue no “paralítico” (TARELOW, 2009).

- Convulsoterapia cardiazólica: prática desenvolvida pelo médico húngaro Von Meduna, no ano de 1934, o qual percebeu que as convulsoterapias químicas eram uma prática que trazia resultados satisfatórios para a remissão dos sintomas da esquizofrenia, por isso fez várias experiências com outras substâncias como a cânfora diluída em óleo, até chegar a outros agentes farmacológicos como o pentilenotetrazol ou metrazol, também chamado Cardiazol - um potente agente convulsivante de ação central, mais efetivo e rápido em induzir convulsões do que a cânfora -, e começou a usá-lo na forma de injeções intramusculares e intravenosas em seus pacientes. As convulsões ocasionadas pelo cardiazol ocorriam rápida e violentamente e eram difíceis de controlar, às vezes, eram tão severas que causavam fraturas espinhais nos pacientes. Esta prática influenciou a descoberta do eletrochoque em 1937 que a substituiu progressivamente por trazer “menos” danos aos pacientes (SABBATINI, 1997).

- Insulinoterapia: idealizada por Manfred Sakel, descoberta acidentalmente em 1927, ao causar convulsões com uma dose excessiva de insulina, identificou que o tratamento era eficaz para pacientes com vários tipos de psicoses, particularmente a esquizofrenia. Oficialmente divulgada em 1933, foi muito bem recebida no meio psiquiátrico, pois até então não havia nenhum tratamento biológico para a esquizofrenia. A dose excessiva de insulina

causa a hipoglicemia que produz coma e convulsões no indivíduo, devido à ausência de glicose nas células cerebrais (SABBATINI, 1997). O choque insulínico acontece da seguinte forma: a temperatura corporal diminui, a pressão arterial cai, modificam-se os reflexos nervosos e surgem convulsões, nistagmo e estrabismos, os ritmos cardíaco e respiratório são alterados e chega-se ao coma profundo - “[...] grau máximo de alteração das funções orgânicas, do qual o organismo não se pode restabelecer sem um a contribuição exterior de glicose, que o paciente recebe passivamente.” (SONNENREICH; BASSITT, 1963, p.40).

- Eletroconvulsoterapia: idealizada a partir do choque com cardiazol pelo neurologista italiano Ugo Cerletti que, em 1937, iniciou testes com esta prática, comprovando que seus riscos eram menores e de mais fácil controle do que a terapia anterior. Consistia na aplicação de choques elétricos na cabeça dos indivíduos causando convulsões (SABBATINI, 1997).

- Piretototerapia: incluída nos métodos de choque, consistia na inoculação de algum agente que causava picos de febre.

- Neuroplégicos: os tratamentos psicofarmacológicos (com os neuroplégicos ou neurolépticos) aparecem como tratamentos substitutos aos métodos biológicos clássicos como eletrochoque e insulino-terapia, tanto por sua eficácia, como por trazerem menores riscos que a insulino-terapia e por serem menos traumatizantes psiquicamente que o eletrochoque (PORTELA; ARRUDA; MAGALHAES, 1961). Para Sonnenreich e Bassitt (1963), a terapia neuroléptica diminui a reatividade orgânica, havendo uma diminuição da sensibilidade aos estímulos externos e internos, humorais e endócrinos.

- Ergoterapia: prática que utiliza o trabalho como recurso terapêutico, tendo suas raízes no tratamento moral proposto por Pinel, no século XVIII.

- Psicocirurgia “Egas Moniz”: cirurgia no cérebro para controlar as desordens mentais, técnica desenvolvida pelo neurologista português Antônio Egas Moniz, realizada pela primeira vez em 1935. Sua técnica conhecida como leucotomia ou lobotomia consistia em cortar tratos de fibra entre o tálamo e o lobo frontal. Muitos efeitos indesejados foram registrados bem como a não eficácia em todos os casos em que o procedimento foi realizado (SABBATINI, 1997).

Todos os métodos registrados possuem caráter essencialmente biológico, exceto a ergoterapia. Em todas elas, o organismo reage diante de uma enorme desorganização, à qual foi submetido. Sonnenreich e Bassitt (1963) explicam que o organismo reage ao tratamento e não à doença inicial, portanto, a esperança terapêutica é de que nessa reorganização que o

organismo terá que fazer para se restabelecer, restaure o equilíbrio que foi destruído pela doença mental.

O Hospital Colônia Eronides de Carvalho funcionou de 1940 a 1960, quando foi interditado por problemas de superlotação e dificuldades financeiras e estruturais (GUIMARÃES, 2011). Na mesma argumentação, Arruda (1991) apresenta que a situação exclusiva de tratamento aos psicopatas, mesmo em condições insalubres, permaneceu até 1951, quando foi inaugurado o Hospital Aduino Botelho. Quando interditado o Hospital Colônia, os pacientes nele internados foram todos transferidos para o novo hospital, localizado na cidade de Aracaju.

Ainda que em outra localidade, com estrutura diferente, o Hospital Aduino Botelho também deu sinais de sua frágil estrutura e organização insalubre, devido, principalmente, à superlotação<sup>39</sup>. Guimarães (2011) apresenta um relato de uma psiquiatra, na época estagiária do Aduino Botelho, retirado do trabalho de Pires e Figueiredo (2001) que revela a situação de insalubridade e desumanidade do hospital:

Existiam enfermarias no andar de cima que alojavam os pacientes mantidos pelo INSS, ou particular, que a família pagava para manter o paciente internado e isolado da sociedade, porém cuidado. Os quartos com no máximo 02 (dois) ou 03 (três) leitos, com um certo conforto e os pacientes gozavam de bons tratos. No fundo do hospital existia uma colônia, onde se encontrava em grande maioria, indigentes, abandonados sociais, enfim, os miseráveis. Tratava-se de um grande porão sem portas, sem janelas, escuro, onde centenas de pacientes ficavam trancafiados dia e noite. Era um amontoado de seres humanos, dormiam cinco pacientes em uma cama e sofriam todo tipo de degradação. O local era imundo, fétido, sem nenhuma higienização física e humana. Era uma verdadeira podridão. Existiam pacientes com tuberculose, sarna, piolhos, sífilis, nas camas, grandes quantidades de percevejos e fezes para todos os lados. Recebiam medicação pela grade e a alimentação era da pior qualidade. Comiam os restos. A alimentação de melhor qualidade era para os pacientes particulares e para os funcionários, que ainda levavam para suas casas. Era um verdadeiro terror... Diante de uma situação tão precária e desumana, era visível o preconceito. (PIRES; FIGUEIREDO, 2001 apud GUIMARÃES, 2011, p.50).

No ano de 1979, houve uma nova reorganização do setor psiquiátrico sergipano, com o início da construção do hospital Garcia Moreno no município de Nossa Senhora do Socorro, no governo de Augusto do Prado Franco, tendo como projeto inicial acolher os casos crônicos do Aduino Botelho, que ficaria com os casos agudos. O hospital Garcia Moreno foi fundado

---

<sup>39</sup> O Hospital Aduino Botelho foi desativado no fim do ano de 1994 e início de 1995; na época alegou-se que sua estrutura não se adequava às novas preconizações de assistência em saúde. Alguns de seus pacientes foram encaminhados para o Hospital Garcia Moreno, outra parcela recebeu alta, outros foram encaminhados às clínicas particulares (GUIMARÃES, 2011).

sob a proposta de ser uma comunidade terapêutica, comportando em sua estrutura física: horta, criação de bovinos e galinhas (GUIMARÃES, 2011).

A seguir apresentam-se três plantas baixas referentes ao projeto do Hospital Garcia Moreno (ANEXOS A, B e C)<sup>40</sup>. As três plantas são de responsabilidade da Superintendência de Obras Públicas do Estado (SUDOPE). As duas primeiras são de autoria do projeto dos arquitetos Joselio Médici e Delmo Carvalho Aragão, representam a unidade psiquiátrica de pacientes crônicos e estão datadas de junho de 1976. A terceira planta apresentada é de autoria somente do arquiteto Delmo Carvalho Aragão, representa outras dependências da unidade psiquiátrica e está datada de março de 1977<sup>41</sup>.

Por meio da análise da primeira planta (ANEXO A), é possível identificar um pátio de 1.380 m<sup>2</sup>, em torno do qual há uma área construída de 2.680 m<sup>2</sup> (na área que não há construção, há o desenho de um muro baixo). A área construída está dividida em três blocos. O Bloco 01 e Bloco 03 possuem algumas dependências iguais: uma área central que se divide em dois quartos de isolamento, no posto de enfermaria, na área de expurgo, locais para roupa limpa e suja e uma copa; de cada lado dessa área há duas enfermarias, contendo cada uma 12 leitos (totalizando 48 leitos em cada bloco), dois chuveiros e dois sanitários; em frente ao bloco há uma pequena varanda de circulação que leva a mais sanitários e chuveiros.

As diferenças entre o Bloco 01 e 03 são que o primeiro era destinado ao internamento de mulheres e o segundo de homens, o que diferenciou as duas salas de oficinas presentes em cada bloco foi que na destinada às mulheres havia oficina de costura e oficina de trabalhos de agulha; na designada para os homens havia uma oficina de cestaria e outra de encadernação. Em ambos os blocos havia, próximo às oficinas, a sala do médico. Ainda no Bloco 01, por conter a entrada principal da Instituição Asilar, as primeiras dependências acessadas são o *hall* de entrada, as salas da Administração e do médico chefe, de um lado, e do outro os vestiários de funcionários homens e outros de mulheres e o refeitório destinado a eles.

O Bloco 02 está desenhado na primeira planta com a identificação de “Serviços” e na segunda planta (ANEXO B) ele aparece sozinho com mais detalhes de sua organização e estrutura. Esse é o bloco destinado ao refeitório de doentes e à cozinha. O refeitório possui uma área de 138,24m<sup>2</sup>, com mesas e cadeiras coletivas. Ao lado do refeitório, está desenhada a cozinha, com divisões para a lavagem dos utensílios de cozinha, entrega de bandejas,

---

<sup>40</sup> O motivo de as plantas não estarem no corpo do trabalho, mas como anexo, é devido ao fato de não ser possível a redução para tamanho A-4, que é o padrão determinado pelas normas do PPGED e ABNT.

<sup>41</sup> Arquivo Central da Saúde, Caixa: Documentos Diversos, Pasta: Plantas do Garcia Moreno.

preparo dos alimentos, uma dispensa e câmaras para armazenar verduras, frutas e outra para carnes. Ao lado da cozinha há duas salas para vestiários de homens e outra de mulheres.

A terceira planta baixa (ANEXO C) apresenta outra área construída do hospital que compreende um salão de atividades recreativas (para jogos, projeções, etc.) de 100,75 m<sup>2</sup>, ao lado uma cabine para o projetor, uma barbearia, uma área de circulação e banheiros feminino e masculino.

Nas plantas não foram identificadas áreas destinadas a atividades externas, como descreve Guimarães (2011), sobre hortas, dentre outras dependências.

Mesmo tendo sido instituídas em épocas diferentes - o Hospital Colônia, seguindo o modelo prescrito para as colônias de alienados, em fins da década de 1930; o Hospital Aduato Botelho no início da década de 1950; e o Hospital Garcia Moreno, com a proposta de ser uma comunidade terapêutica, no final da década de 1970 – as três instituições configuram instituições totais, fechadas, de isolamento<sup>42</sup>.

Compreende-se, como instituição total, o conceito apresentado por Goffman (1961): “[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1961, p. 11).

No entendimento de Goffman (1961), o caráter total de fechamento da Instituição é simbolizado por barreiras que impedem relações com o mundo externo e por proibições à saída dos internos representadas fisicamente por portas fechadas, paredes altas, florestas.

A organização estrutural e de relações (equipe de funcionários e dirigentes) das instituições psiquiátricas consolidam seu poder disciplinar. Em consonância com Foucault (2006), a compreensão de que seria necessário isolar o doente mental para produzir sua cura, teoria herdada de Esquirol até o ano de 1860, revela que quem produz a cura é o próprio hospital. Ele refere-se à sua arquitetura como uma máquina panóptica<sup>43</sup> – máquina de exercer o poder, de induzir, de distribuir, de aplicar o poder. O filósofo apresenta elementos que caracterizam esse dispositivo: visibilidade permanente (organização em pavilhões, celas);

<sup>42</sup> Sobre a estrutura dos hospitais (Colônia, Aduato Botelho e Garcia Moreno), ainda serão buscadas novas fontes para retratar seu espaço físico como fotografias e relatos de ex-funcionários e internos.

<sup>43</sup> O *Panopticon* é um modelo de prisão construído em 1787 na Inglaterra, por Bentham, servindo de modelo a toda instituição por lhe atribuir força – um poder individualizante dos corpos, de controle disciplinar: “Panopticon quer dizer duas coisas. Quer dizer que tudo é visto o tempo todo, mas quer dizer também que todo o poder que se exerce nunca é mais que um efeito de ótica. O poder não tem materialidade [...] esse poder imaterial que se exerce perpetuamente na iluminação está ligado a uma perpétua coleta de saber; ou seja, o centro do poder é ao mesmo tempo um centro de anotação ininterrupta, de transcrição do comportamento individual. Codificação e anotação de tudo o que os indivíduos estiverem fazendo em sua cela; acumulação de saber, constituição de sequências e séries que vão caracterizar os indivíduos [...]” (FOUCAULT, 2006, p.96-97, suprimimos).

vigilância central (diferente do panóptico, tem-se uma hierarquia constituída por guardas, enfermeiros, vigilantes, médicos, que produzem relatórios uns aos outros culminando no médico-chefe); princípio do isolamento (individualização produzida pela cela, isolamento do louco em sua própria loucura - saber da loucura de todos os demais pelo olhar do médico levando ao isolamento e eliminando a confiança e possibilidades de agrupamentos); e, por fim, a punição.

Para Foucault (2006), a instituição psiquiátrica é um dispositivo de poder que produz práticas discursivas e um discurso de verdade – fato esse que a institucionalização da loucura por meio da criação do S.A.P.S. em Sergipe mudou consideravelmente o assujeitamento das pessoas e dos menores na objetivação da alienação mental – ampliando a cada década estudada a demanda e a apropriação pelas pessoas desse local como necessário à assistência aos doentes mentais fabricados, muitas vezes, por sua própria institucionalização.

### 3.3 PERFIL DOS INTERNOS NO PERÍODO DE 1940-1979

A seguir apresenta-se o Quadro 02 com os números de prontuários identificados durante as quatro décadas presentes no estudo e destes a porcentagem dos prontuários de menores.

**Quadro 02- Número dos Prontuários Identificados, por Década**

| <b>Década</b>          | <b>1940</b> | <b>1950</b> | <b>1960</b>  | <b>1970</b> | <b>Total de prontuários</b> |
|------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-----------------------------|
| Prontuários totais     | 844         | 1876        | 2084         | 2718        | 7522                        |
| Prontuários de menores | 82 (9,71%)  | 151 (8,04%) | 280 (13,43%) | 237 (8,71%) | 750 (9,97%)                 |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa realizada no Arquivo Central da Saúde (SE) (2016).

Acredita-se que o número de prontuários identificados não seja o real número de internações que ocorreram no período, mas sim os prontuários que estavam disponíveis<sup>44</sup>.

Observa-se que há um aumento no número das internações no transcorrer do tempo, sendo que em todas as décadas pesquisadas foram identificados menores internados nos hospitais correspondendo a uma média percentual de 12,4% no período estudado, tendo menor percentual a década de 1950 com 8,04% das internações e maior percentual a década de 1960 com 13,43%.

O Quadro 03 apresenta um panorama das internações durante as décadas estudadas<sup>45</sup>.

<sup>44</sup> Segundo o responsável pelo Arquivo da Saúde, local em que estão as caixas com os prontuários, houve prontuários que se perderam ou deterioraram por motivo de alagamento que ocorreu no Hospital Adauto Botelho.

**Quadro 03 - Dados Gerais dos Prontuários das Décadas de 1940, 1950, 1960 e 1970**

| Década                | 1940                                    | 1950                                     | 1960                                    | 1970                                   |
|-----------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Tempo das internações | De meses a 15 anos                      | De 10 dias a 7 anos                      | Menos de 1 dia a meses, até 14 anos     | Menos de 1 dia a meses, até 9 anos     |
| Reinternação          | 308 (1 a 9 vezes)                       | 721 (1 a 18 vezes)                       | 583 (1 a 19 vezes)                      | 918 (1 a 19 vezes)                     |
| Óbitos                | 1ª internação: 126<br>Reinternações: 81 | 1ª internação: 154<br>Reinternações: 103 | 1ª internação: 160<br>Reinternações: 65 | 1ª internação: 98<br>Reinternações: 22 |
| Sexo                  | Masculino: 435<br>Feminino: 409         | Masculino: 1015<br>Feminino: 861         | Masculino: 1107<br>Feminino: 977        | Masculino: 1684<br>Feminino: 1034      |
| Idade                 | De 12 a 84 anos                         | De 11 a 80 anos                          | De 12 a 85 anos                         | De 12 a 75 anos                        |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa realizada no Arquivo Central da Saúde (SE) (2016).

O tempo das internações não segue o mesmo aumento da quantidade de internações no transcorrer das décadas, diminuindo de anos para meses e dias, porém, há um aumento do número de reinternações. Essa flutuação pode estar ligada às mudanças que ocorreram durante as quatro décadas estudadas em relação à assistência em Psiquiatria e às políticas de saúde mental – sobretudo na década de 1970, no Brasil, há um intenso movimento na busca da desospitalização, defendendo uma assistência aos doentes mentais fora do hospital psiquiátrico, buscando condições mais dignas e humanas ao tratamento dos pacientes. Além desse fator, outras possibilidades referentes às condições de superlotação dos hospitais e de inadequação da estrutura dos prédios, apontado por Guimarães (2011) e Arruda (1991), também podem ter influenciado nos números, bem como o cenário político vivenciado durante os cinco primeiros anos da década de 1940 e a partir de 1964 de um regime ditatorial<sup>46</sup>.

As internações realizadas até o ano de 1951 foram todas no Hospital Colônia Eronides de Carvalho, contemplando toda a década de 1940, que se configurou como a de maior tempo das internações, sendo que poucos duravam meses, a maioria chegava próximo a um ano ou mais, alcançando o tempo máximo de internação de 15 anos. Das internações realizadas nesse período, 308 pacientes foram reinternados no mesmo ano ou em outros, variando as reinternações de uma a nove vezes.

O número de óbitos dos internos totalizou 126 (14,9%), sendo que outros 81 faleceram nas internações posteriores. Dos óbitos que ocorreram, 203 foram de internos considerados indigentes e quatro de internos pensionistas. Os diagnósticos dos pacientes que foram a óbito

<sup>45</sup> Muitos prontuários estavam com as informações em branco, não estando preenchidos campos como idade, procedência, encaminhamento, diagnóstico, o tratamento realizado, ou ainda totalmente em branco, só com a data de internação e o nome do paciente. Portanto, os números aqui apresentados devem ser relativizados, pois são os dados do que está contido nos registros prontuários.

<sup>46</sup> Foram identificados alguns registros nos exames psíquicos de queixas de perseguições dos militares do governo de Getúlio que foram aludidas a alucinações persecutórias. Durante a ditadura militar (a partir de 1964), não foram encontrados registros desse tipo de alucinação fazendo alusão aos governos em exercício.

foram: psicose maníaco-depressiva, personalidade psicopática, esquizofrenia, paralisia geral, epilepsia, parafrenia, presbiofrenia, oligofrenia, paralisia senil, raiva<sup>47</sup>.

Dos 844 internos da década de 1940, 409 eram do sexo feminino e 435 do sexo masculino, apresentando idade entre 12 e 84 anos, sendo que a grande maioria apresentava entre 20 e 50 anos.

A partir de 1951, com a abertura do Hospital Aduino Botelho, muitos pacientes passaram a ser internados nele. Guimarães (2011) esclarece que no ano de 1951 foi totalmente desativado o Hospital Colônia Eronides de Carvalho, porém foram encontrados registros de transferências do Hospital Aduino Botelho para a colônia, em 1958, e transferências da colônia para o Aduino Botelho, nos anos de 1956 e 1963.

Na década de 1950, o tempo médio das internações foi de dias a sete anos, sendo que a maioria delas (89%) limitou-se a poucos meses de internação. O número de pacientes que foram reinternados no mesmo ano ou em outros totalizou 721, variando o número de internações de uma a 18 vezes.

O número de óbitos foi de 154 (8,2%) e outros 103 pacientes faleceram em internações posteriores. Dos óbitos, apenas 13 eram pacientes pensionistas e os demais indigentes. Os diagnósticos eram: esquizofrenia, epilepsia, oligofrenia paralisia geral progressiva, psicose maníaco depressiva, psicose epilética, psicose maníaco depressiva, psicose endotóxica, arteriosclerose, psicose devido à sífilis, psicose neurose, histeria de conversão, psicose exotóxica, alcoolismo, psicose infecciosa, psicose endotóxica por desvios funcionais viscerais.

Do total de internos identificados na década (1.876 pacientes), 861 eram do sexo feminino e 1.015 do sexo masculino. A média de idade variou de 11 a 80 anos, sendo a maioria dos internos entre 20 e 50 anos.

Na década de 1960, os 2.084 pacientes identificados foram internados no hospital Aduino Botelho. O tempo médio de internação variou de menos de um dia, a meses (88%), até 14 anos (poucos casos). Desses pacientes 583 passaram por reinternações, variando de uma a 19 vezes.

A quantidade de óbitos na década foi de 160 (7,7%), e 65 pacientes faleceram nas reinternações posteriores. Dos pacientes que faleceram, 14 eram pensionistas e os demais indigentes. Os diagnósticos que apresentaram foram: personalidade psicopática, hidrofobia/raiva, psicose epilética, esquizofrenia, psicose por infecção e

---

<sup>47</sup> No APÊNDICE A encontra-se um texto explicativo sobre os principais diagnósticos identificados nos prontuários.

infestação/desordens agudas, epilepsia, alcoolismo, psicose por lesão cerebral, psicose infecciosa, demência senil, psicose psicogênica/reação esquizofrenóide, oligofrenia imbecilidade, psicose tóxica, psicose exotóxica/alcoolismo, arteriosclerose, psicose eutotóxica, psicose pré-senil, psicose devido à sífilis/ paralisia geral, eretismo, psicose endotóxica, parafrenia. Além daqueles que foram identificados como sem alterações mentais e os dados do diagnóstico não estavam preenchidos no prontuário.

Quanto ao sexo dos internos na década de 1960, a maioria era masculina, 1.107 pacientes e do sexo feminino 977 pacientes. A média de idade variou de 12 a 85 anos, sendo a maioria na faixa etária de 20 a 50 anos.

Os registros identificados na década de 1970, até o ano de 1978 ficaram restritos ao hospital Adauto Botelho. Em 1979, quando foi aberto o hospital Garcia Moreno, tanto alguns internos considerados crônicos foram para lá encaminhados, como novas internações já passaram a ser realizadas para a instituição. O Adauto Botelho ficou restrito aos casos considerados agudos. No âmbito dos hospitais privados, há registros de transferências do Adauto para o Hospital Santa Maria, no ano de 1972.

O tempo médio de internação variou de menos de um dia a meses, até no máximo nove anos (poucas internações excederam a um ano). O número de internos que foram reinternados no mesmo ano ou em outros anos posteriores foi de 918, variando de uma a 19 vezes.

Os óbitos identificados na década de 1970 foram 98 (3,6%), e outros 22 internos faleceram em reinternações posteriores. Dos óbitos registrados, 46 foram de pensionistas e os demais de indigentes. Os diagnósticos apresentados pelos internos que faleceram foram: acidente vascular encefálico, psicose senil, psicose afetiva, psicose maníaco-depressiva, depressão, psicose epilética, esquizofrenia, psicose associada a outras lesões cerebrais, psicose por lesão cerebral, epilepsia, alcoolismo, psicose involutiva, arteriosclerose, psicose exotóxica, epilepsia, psicose endotóxica, oligofrenia, parafrenia, psicose psicogênica, involução senil.

Quanto ao sexo, dos internos da década de 1970, 1.034 eram mulheres e 1.684 homens. A média de idade variou de 12 a 75 anos, sendo a maior parte dos internos correspondente à faixa etária dos 20 aos 50 anos.

Outros dados como procedência (cidade em que residiam no ato da internação), responsáveis pelo encaminhamento, altas, cor, instrução, profissão e diagnósticos<sup>48</sup> não serão apresentados separados por década, mas sim de um modo geral. O vínculo previdenciário apresenta-se, ao final, por década.

As cidades de procedência dos internos foram do estado de Sergipe, tendo poucos vindo de outros estados, estando em Sergipe a trabalho ou no percurso de alguma viagem, ou ainda trazidos por familiares.

As principais ocorrências de municípios do estado de Sergipe foram: Aracaju, Salgado, Lagarto, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora de Lourdes, Itaporanga d'Ajuda, Frei Paulo, Simão Dias, Aquidabã, Tobias Barreto, Cristinápolis, Maruim, Boquim, Itabaiana, Itabaianinha, Canhoba, Ribeirópolis, São Francisco, Neópolis, Estância, Cedro de São João (nos anos de 1943-1944 chamado Darcilena), Malhada dos Bois, Carmópolis, Riachuelo, Propriá, Capela, Poço Verde, Laranjeiras, Barra dos Coqueiros, Campo do Brito, Japoatã, Japarutuba, Santa Luzia do Itanhhy, Feira Nova, Riachão do Dantas, Divina Pastora, Santa Rosa de Lima, Muribeca, Carira, Pedrinhas, Porto da Folha, Canindé de São Francisco, Rosário do Catete, Itabi, Arauá, Nossa Senhora da Glória, Santo Amaro das Brotas, Tomar do Geru, Pacatuba, Umbaúba, Brejo Grande, Siriri, Ilha das Flores, Graccho Cardoso (até meados de 1940 chamado Tamanduá), São Miguel do Aleixo, Nossa Senhora de Aparecida, Cumbe, Moita Bonita, Monte Alegre.

Os municípios de outros estados foram: Bahia (Jeremoabo, Paripiranga, Itabuna, Ilhéus, Salvador, Cícero Dantas - antiga Bom Conselho -, Rio Real, Cipó, Ribeira do Pombal, Coronel João Sá); Alagoas (Penedo, Arapiraca, São Brás, Anadia, Piaçabuçu, Maceió, Mata Grande, Igreja Nova, Pão de Açúcar, Porto Real do Colégio, Campo Grande, Santana do Ipanema); estado do Ceará (Juazeiro do Norte); Pernambuco (Recife, Caruaru, Garanhuns, Palmares); estado de Santa Catarina (Florianópolis); Rio Grande do Sul (Porto Alegre); São Paulo (São Paulo); e Paraíba (João Pessoa e Soledade).

As profissões identificadas foram variadas, destacando-se aquelas que não exigiam escolaridade em detrimento das que exigiam maior nível de instrução. Entre as mulheres tiveram destaque as profissões: doméstica, serviços domésticos, copeira, modista, operária, trabalhadora braçal, lavradora, roceira, engomadeira, fiadeira, sapateira, cozinheira, tecelã,

---

<sup>48</sup> Ainda que existam diferenças nas definições e um aumento das especificações de doenças mentais ao longo do tempo, optou-se, nesse momento, em apresentar essa informação como um panorama das quatro décadas, uma vez que este seria um dado de caracterização do perfil dos internos.

costureira, dentre outras. As que exigiam maior instrução foram: funcionária pública (sem especificação), comerciária, professora, estudante. Para os homens, as principais profissões identificadas foram: trabalhador braçal, serviços domésticos, lavrador, roceiro, operário, sapateiro, marchante, servente de pedreiro, pedreiro, comerciário, alfaiate, mecânico, eletricitista, estivador, ajudante de tecelagem, oleiro, vigia, marceneiro, magarefe, torneiro mecânico, marítimo, ajudante de caminhão, coveiro, pintor, vigilante, guarda noturno, carpinteiro, verdureiro, motorista, dentre outras. Outras profissões como marinheiro, cabo da polícia e de bombeiro, funcionário público, estudante, carteiro, engenheiro agrônomo, promotor público<sup>49</sup>, auxiliar de escritório, desenhista, bancário e comerciário exigiam um nível maior de instrução.

Do nível de instrução dos internos nas quatro décadas estudadas, foi possível obter um panorama, pois a minoria dos prontuários continha o registro. Assim, em branco tiveram 74% dos prontuários, com instrução rudimentar (aprenderam a escrever o nome) 4% dos casos, instrução primária (sem especificação se completo ou incompleto) 5,4%, instrução secundária (também sem especificação), 2,6%, nível superior 0,02% e 13,98% analfabetos.

Quanto à cor, 76% foram registrados como pardos, 11% como brancos e 13% como pretos.

Em relação às altas, quase todas as internações que duravam dias eram encerradas por evasão do interno (fuga da instituição). Outros motivos para alta foram: pedido da família, alta médica ou alta experimental.

Os registros dos responsáveis pelos encaminhamentos foram diversos, a grande maioria realizada por familiares (pai, mãe, irmão(a), marido, esposa, cunhado, sobrinho(a), tio(a), avô, avó, filho(a), neto(a), primo, madrasta, padrasto, padrinho, etc.). Outras foram realizadas por responsáveis (sem especificação), pelo padre, pelo sindicato dos trabalhadores, pelo prefeito municipal, pelo governador ou seu secretário, por algum deputado, pelo juiz, por algum médico, pela penitenciária, por um amigo ou amiga, por pessoas da rua, por vizinhos ou pessoas identificadas como sem parentesco, pelo próprio doente e pela Secretaria de Segurança Pública<sup>50</sup>.

---

<sup>49</sup> As profissões engenheiro agrônomo e promotor público foram identificadas apenas uma vez cada uma.

<sup>50</sup> Diante da incompletude dos dados dos prontuários, muito não foi escrito, o que pode sugerir, por exemplo, que houve mais encaminhamentos pela Secretaria de Segurança Pública. Na década de 1940, estava em branco o campo do encaminhamento em 218 prontuários (25,8%); na década de 1950, esse campo estava em branco em 540 prontuários (28,7%); na década de 1960 em 386 prontuários (18,5%); e, por fim, na década de 1970 em 995 prontuários (36,6%).

Os encaminhamentos provenientes da Secretaria de Segurança Pública totalizaram nas décadas de 1940, 1950, 1960 e 1970 respectivamente: 126 (14,9% das internações); 132 (7% das internações); 277 (13,3% das internações); e 474 (17,4% das internações). Esses dados sugerem uma possível relação do aumento da força da polícia e sua ação de controle social nos períodos ditatoriais – número expressivo na década de 1940, 1960 e 1970.

Os encaminhamentos policiais tinham a finalidade de reforçar o pedido dos familiares, alegando a impossibilidade destes cuidarem do doente mental ou por encaminhamento direto da secretaria, enquadrando o alienado como perigo social.

Quanto aos diagnósticos no período estudado, foram identificados os seguinte registros de maior ocorrência: oligofrenia (formas imbecilidade, idiotia e debilidade), epilepsia, psicose epiléptica, esquizofrenia (formas simples, catatônica, hebefrênica, paranoide), psicose maníaco-depressiva (formas depressiva, maníaca ou mista), psicose neurose, alcoolismo, psicose alcoólica, alucinação alcoólica, psicose exotóxica-alcoólica ou por drogas, depressão por tóxicos, psicose eutotóxica, psicose endotóxica, psicose endotóxica por desvios do metabolismo, psicose endotóxica por desvios funcionais viscerais, psicose por infecção ou infestação, psicose devido à sífilis, neurosífilis, personalidade psicopática, arteriosclerose cerebral, psicose por lesão cerebral, psicose psicogênica/reação esquizofrenoide, psicose involutiva, paralisia geral, parafrenia, melancolia, demência senil, involução senil, psicose pré-senil, neurose/histeria de conversão, psicose afetiva, psicose puerperal, distúrbio de conduta, transtorno de personalidade, raiva e acidente vascular encefálico, dentre outros. Outros registros foram: sem psicose, sem diagnóstico, sem perturbações mentais por falta de elementos diagnósticos ou estavam com este campo em branco<sup>51</sup>.

Os registros relativos aos vínculos previdenciários ou convênios utilizados para realizar a internação variaram durante as décadas de 1940 a 1970. O Quadro 04, a seguir, ilustra as variações e tipos de vínculos e convênios durante as décadas.

**Quadro 04 - Vínculos Previdenciários e Convênios durante as Décadas de 1940, 1950, 1960 e 1970**

| <b>Década</b> | <b>Indigentes</b> | <b>Pensionistas</b> | <b>Tipos de vínculos previdenciários e convênios</b>                        |
|---------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1940          | 723               | 121                 | IAPC, IAPI, IPASE, DSP                                                      |
| 1950          | 1302              | 574                 | IAPETC, IAPETEC, IAPC, SESI, IAPI, IAPM, IPASE, IAPETL, INIC, CAPFESP       |
| 1960          | 1497              | 587                 | IAPC, INPS, IPES, IAPETEC, IAPI, FUNRURAL, INIC, IAPFESP, IAPS, IAPM, IPASE |
| 1970          | 1515              | 1203                | FUNRURAL, INPS, IPES, INAMPS                                                |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa realizada no Arquivo Central da Saúde (SE) (2016).

<sup>51</sup> Nas décadas de 1940, 1950, 1960 e 1970 estava em branco o campo do diagnóstico, respectivamente: 97 (11,5%), 258 (13,7%), 242 (11,6%) e 708 (26%).

Foram identificados registros de diferentes classes: 2, A, B, C, I, T. Não foram encontradas informações a respeito das diferenças entre as classes, tão pouco toda a sequência de letras de A a T ou outros números.

Observa-se um aumento do número de convênios utilizados no decorrer das décadas em relação à totalidade dos pacientes internados. Tal fato está em consonância com transformações no âmbito da Previdência Social e das políticas de saúde<sup>52</sup>, sobretudo na década de 1970, quando houve um aumento significativo na cobertura dos serviços ofertados pela previdência médica, o que desenrolou uma crise no sistema previdenciário na oferta aos tratamentos de saúde (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 199-).

Ilustrado o panorama de internações durante as décadas de 1940 a 1970, tem-se uma breve contextualização do ambiente interno dos hospitais psiquiátricos sergipanos, quem foram os indivíduos assujeitados por esses espaços e quais foram as correspondências à nosografia psiquiátrica que tiveram. O objetivo principal de realizar essa contextualização partiu do entendimento de que os menores internados nos hospitais conviveram com esse quadro psiquiátrico, há indícios revelando que compartilharam do mesmo ambiente, convivendo nos mesmos espaços e sendo submetidos pelas mesmas estratégias do poder psiquiátrico (como avaliações e tratamentos). A seguir, focalizou-se o perfil dos menores internos durante o período de 1940-1979 nos hospitais psiquiátricos.

---

<sup>52</sup> No governo de Getúlio Vargas, as aposentadorias e assistência passaram a ser dadas por categorias profissionais, dando origem a diversos institutos: em 1933 o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) - Decreto nº 22.872, de 29 de junho; em 1934 o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC) - Decreto nº 24.272, de 21 de maio; em 1936 o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) -- Lei nº 367, de 31 de dezembro; em 1938 o Instituto de Pensões e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) -Decreto-Lei nº 288, de 23 de fevereiro e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC) - Decreto-Lei nº 651, de 26 de agosto; em 1945 o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas (IAPETEC) - Decreto-Lei nº 7.720, de 9 de julho; em 1953 a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (CAPFESP) - Decreto nº 34.586, de 12 de novembro; em 1960 o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP) - Lei nº 3.807, de 26 de agosto, extinguindo a CAPFESP. Em 1963 foi criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) – Lei nº 4.214 de 02 de março. Em 1966, foi instituído o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – Decreto-Lei nº 72, de 02 de novembro de 1966, fundindo todos os institutos de Aposentadoria e Pensões criados até então (BRASIL, 2011). Em 1961 foi criado o Instituto de Previdência do Estado de Sergipe (IPES) - Lei 1.091 de 16 de dezembro, no Governo de Luiz Garcia, com o intuito de oferecer previdência e assistência médico-odontológica aos servidores públicos estaduais e seus dependentes (GOVERNO DE SERGIPE, s/d). O Serviço Social da Indústria (SESI), fundado desde 1948 em Sergipe, oferecia o convênio para cobrir gastos com tratamento de saúde (SESI, s/d). O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi uma autarquia federal, criado em 1977, pela Lei nº 6.439. As siglas DSP, IAPETI e INIC não foram encontradas para esclarecimento.

### 3.4 OS MENORES ANORMAIS

Do total de prontuários analisados, foram identificados 750 pertencentes a pacientes considerados menores (até 18 anos). Assim como nos demais prontuários já apresentados, muitos deles estavam com informações incompletas - com campos em branco.<sup>53</sup>

Durante todo o período estudado (1940-1979), foi significativa a internação de menores nos três hospitais estudados, indo na contramão do que era previsto pela legislação federal em vigor desde 1934. O Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências, em seu parágrafo 2º diz que os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos destinados a eles ou em seções especiais nos outros estabelecimentos psiquiátricos (BRASIL, 1934). Os menores anormais em Sergipe, nas décadas de 1940 a 1970, tanto estiveram nos hospitais psiquiátricos como compartilharam dos mesmos espaços e tratamentos dos demais internos, pois não há registros encontrados de enfermarias ou alas psiquiátricas infantis nos três hospitais; pelo contrário, há dados que revelam a presença deles junto aos demais.

A seguir, apresentam-se algumas anotações feitas nos prontuários dos internos dos hospitais Aduauto Botelho e Garcia Moreno. Adverte-se, entretanto, que os documentos não estavam arquivados por ano, mas em caixas identificadas por letras maiúsculas. Dessa forma, havia várias pastas identificadas, por exemplo, com a letra “M”, com a letra “J”, porém sem respeitar a cronologia. Existiam documentos de pacientes cujos nomes começavam com a letra “M”, por exemplo, dos anos de 1940, 1961 e assim por diante. Este fato fez com que se optasse por colocar a referência geral do Arquivo Central de Saúde do Estado de Sergipe, abrangendo os anos de 1940 a 1979 e identificar cada caso relatado aqui com a respectiva pasta.

No ano de 1967, há dois registros que reforçam a compreensão de que os menores permaneciam com os adultos: o menor JASO<sup>54</sup> de 15 anos, ao ser internado pelo padrasto, trouxe consigo uma carta da Assembleia Legislativa pedindo: “[...] cuidado na internação por ser criança, para ser colocado com gente mais calma” (Caixa J. Prontuário do paciente). A menor GL, 14 anos, que foi internada com diagnóstico de oligofrenia idiotia por um mês, em sua alta estava registrado: “[...] essa menor não deve continuar internada no meio dos doentes

---

<sup>53</sup> Explica-se que as transcrições foram fiéis aos documentos de origem, quando a grafia de algumas palavras e as regras gramaticais eram diferentes das atuais, daí optou-se por não colocar (sic) nas expressões ou palavras que não estão em consonância com a Gramática atual.

<sup>54</sup> Por questões éticas, serão utilizadas as iniciais do nome do menor internado.

adultos” (Caixa G. Prontuário do paciente JASO, 1967). Mesmo que a menina tenha sido encaminhada pelo Juizado de Menores para o estabelecimento, o que mostra, ao menos nesse caso, um descompasso entre os poderes psiquiátricos e judiciários.

No ano de 1970, foi internada a menor VDSB de 13 anos, por encaminhamento da Secretaria de Segurança Pública; no ofício dizia que a solicitação de internação era da mãe “[...] no caso de essa casa de saúde possua acomodações para menores” (Caixa V. Prontuário do paciente VDSB, 1970). Em 1971, quando na alta de sua segunda internação, os médicos registraram que o estabelecimento não tinha condições de receber o caso, não deixando claro se pelo fato de não ter enfermaria infantil ou devido ao seu quadro clínico (diagnosticada com personalidade psicopática-agressiva, tentava furar os familiares com uma faca).

Identificadas as internações nos hospitais<sup>55</sup>, a idade dos menores variou de 11 a 18 anos, sendo a predominância em todo período de menores com 18 anos, e os mais novos (11-13 anos) a minoria de menores internos. Esses dados sugerem o quanto as crianças anormais mais novas permaneciam sob a tutela da família, ou ainda o quanto o quadro patológico ou de dificuldades se acentuava com o avançar da idade. O número maior de internações de menores do sexo feminino nas décadas de 1940 a 1960, somente se destacando os meninos na década de 1970, pode estar relacionado à oferta de outras instituições à infância *anormal* masculina, como a Cidade de Menores Getúlio Vargas.

Quanto às profissões, em todo o período estudado, as ligadas a serviços domésticos e rural tiveram destaque. Foram poucos os menores internos reconhecidos como estudantes, revelando a fragilidade na continuidade dos estudos ou permanência na escola. Das profissões, por exemplo, houve omissões por serem consideradas promíscuas, mas que foram reveladas nas anamneses, dois casos de prostituição em duas menores de 16 anos.

Não houve registros relacionando o surto ou início da doença com o trabalho, mesmo o caso de uma professora, de 18 anos, o início da doença se deu após o nascimento do filho, não relacionado ao seu trabalho.

Durante todo período estudado, a maior parte dos menores internos foram considerados como pardos, seguidos, em menor número, de brancos e por último pretos. Já em relação à instrução, houve muitos prontuários com este campo em branco, 45,1%, 63,6%, 77,5% e 83,5% nas respectivas décadas 1940, 1950, 1960 e 1970. Esses dados sugerem a pouca importância dado ao nível de instrução ou escolaridade dos menores e, conseguinte, da

---

<sup>55</sup> Informações mais detalhadas sobre a internação dos menores nas quatro décadas que compreendem esta pesquisa estão disponíveis no APÊNDICE B por meio de quadros separados respectivos às décadas de 1940, 1950, 1960 e 1970.

ausência de uma preocupação com este fato dentro da prática hospitalar. Ressalta-se que os dados apresentados para os demais níveis de escolaridade não podem ser considerados em sua totalidade, pois, diante dos prontuários em branco não caracterizam uma representatividade da realidade dos internos.

Iniciando a carreira moral do doente mental, Goffman (1961) apresenta a fase pré-paciente, que se configura no período anterior à internação. Para o autor, a pessoa responsável pelo internamento no hospital psiquiátrico tem importante papel na modificação do status civil para doente mental.

Segundo a análise do autor, poucas pessoas vão por vontade própria ou consentindo com a família para a internação, pois o doente está tão perturbado que dificilmente reconhece seus sintomas (GOFFMAN, 1961). Das internações dos menores, em nenhum caso a mesma foi realizada pelo próprio doente (nos adultos foram identificados casos), em todas as décadas predominaram as pessoas próximas aos menores, sobretudo familiares (destacando-se os pais).

Os registros nas anamneses revelam a percepção da manifestação da doença no comportamento cotidiano (agressividade, deixar de comer, deixar de dormir, deixar de falar, chorar constantemente, despir-se sem pudor, dentre outras), ou justificando as perturbações com causas relacionadas a fazeres do dia a dia como comer uma fruta e ter congestão, tomar banho de rio depois de uma febre ou das regras (menstruação), dormir e acordar diferente. A apropriação desses atos na condição de patológicos é fruto da condução dos profissionais dos hospitais durante as anamneses, porém a família é quem pode revelar/denunciar esses detalhes preciosos ao diagnóstico psiquiátrico. Assim, independente do início da doença, o surto ou a crise, em lugar público ou privado, revelado por um denunciante marcam o início da carreira do paciente (GOFFMAN, 1961).

Em relação à apropriação dos saberes e verdades psiquiátricas pelos familiares levando-os a serem agentes de identificação e disciplinarização da infância é um ponto destacado por Foucault (2006); para ele, o discurso da Psiquiatria que nasce do exercício do poder psiquiátrico torna-se o discurso da família (da e sobre a família).

O olho familiar tornou-se o olhar psiquiátrico ou, em todo caso, olhar psicopatológico, olhar psicológico. A vigilância da criança tornou-se uma vigilância em forma de decisão sobre o normal e o anormal; começou-se a vigiar seu comportamento, seu caráter, sua sexualidade; e é então que vemos emergir justamente toda essa psicologização da criança no interior da própria família. (FOUCAULT, 2006, p. 154).

O relato de uma ex-interna do hospital Adauto Botelho, no ano de 1979, revela os comportamentos e atos cotidianos que se tornam elementos para o diagnóstico psiquiátrico:

É assim, eu ficava vendo coisa ai eu começava a gritar e a chorar, nem comia, nem tomava banho, nem penteava cabelo, que eu me lembro *né*. Ai minha mãe ficou desesperada, eu passei um mês e pouco fora de si, eu não conhecia nem ela, aí me levaram para esse hospital, que ela diz que é o Adauto. [...] Podia chegar um irmão que eu não conhecia, pra mim era monstro. Os irmãos, até ela quando ela vinha botar a mão perto de mim, de longe eu sabia que era ela, quando ela chegava perto eu queria agredir. Eu ficava sentada numa cadeira, as portas tudo fechada, eu não tomava banho, tinha dia que eu não tomava banho nem penteava o cabelo. Nem nada, nem comia. (MJDS - entrevista concedida em 07 de dezembro de 2016).

É a pessoa mais próxima que será o informante, podendo ser considerado pelo interno uma traição (GOFFMAN, 1961). É o caso de GCP, menor de 18 anos, internado por um mês no ano de 1956. Internado por sua mãe, recebeu o diagnóstico de psicose exotóxica por alcoolismo; do hospital, escreveu uma carta aos pais pedindo que não o visitassem “[...] pois já me arruinaram a vida com seus preconceitos” (Caixa G. Prontuário do paciente GCP, 1956), revelando a mágoa por sua reclusão. A seguir, a foto ilustrada na Figura 08 traz a carta de próprio punho de GCP.

Figura 08 – Carta do Paciente GCP aos Pais

Prezados pais

Não gostaria que me mandem para lá, peço não venham mais me visitar pois já me arruinaram a vida com seus preconceitos como sabe de onde aqui culpa única de seus preconceitos. Podem dizer que me dão tudo mais para me não fazerem nada culpado. Deixe me acabar não quero que venha aqui.

[Redacted Name]

Rua Laraujeiras  
Nº 638

Fonte: Caixa G. Prontuário do paciente GCP (1956).

Muitas vezes, a pessoa próxima que leva o doente ao hospital não espera pela internação, mas há outros agentes - que Goffman (1961) chama de mediadores desse processo - que possuem o conhecimento psiquiátrico e defendem a internação como possível solução, colocando-a como dever moral.

O relato a seguir exemplifica esta situação.

Não lembro quando foi certo, mas eu tinha 13, 14 anos. Morava em Aracaju. Foi minha mãe que me levou para o hospital. Era o Adauto [...]. Eu não lembro quem foi que mandou minha mãe me levar pra lá. A minha mãe me levou pra lá, chegou lá ficou lá na frente, aí eu comecei a gritar e a chorar, aí a médica chamou e fez essa coisa né, escreveu um bocado de coisa [...]. Minha mãe disse: “Não, não vou deixar ela aqui não”. Aí disseram: “Não, tem que deixar”. Não sei se minha mãe foi pra casa, se ela voltou, não sei, depois da injeção não sei [...]. Pronto, eu só me lembro mais de minha mãe

só. Ela dizia: “Não posso, eu faço o tratamento em casa, eu perco o emprego, mas vou ficar com ela em casa”, aí a médica dizia que não podia que eu estava sendo agressiva [...] (MJDS - entrevista concedida em 07 de dezembro de 2016).

Além dos familiares, outros agentes foram responsáveis por levar os menores ao hospital, como, por exemplo, a patroa de DDS, menor de 15 anos internada por um mês em 1949. A mulher relata na anamnese que há três anos a menina trabalhava na casa dela, e no último ano passou a se mostrar desobediente, obedecendo só com pancadas, além disso, a menina tinha o hábito de masturbar-se (Caixa ABCD. Prontuário do paciente DDS, 1949). Diagnosticada com histeria de conversão, a fala da patroa é tida como denunciante de maus hábitos (comportamento e masturbação) o que é reforçado pela história familiar da menina - mãe falecida, pai macumbeiro e irmã psicopata. Caracterizada por três domínios da anormalidade - masturbação, comportamento problema e hereditariedade psicopata -, não se levam em conta os sofrimentos e violência sofrida, apenas o discurso daquele que denuncia tem validade que caracteriza a individualidade da menor. Esse fato revela o assujeitamento dos menores ao poder psiquiátrico e também de seus denunciante, os adultos.

Outros agentes que apareceram em todo período estudado como responsáveis por encaminhar e levar ao hospital foram os policiais, por meio da Secretaria de Segurança Pública e da Polícia Federal, no ano de 1970. Os registros diretos da ação policial foram maiores nas décadas de 1940 (7,3%) e 1970 (11,4%), o que pode estar relacionado ao fortalecimento da polícia pela política da época (ditadura Vargas e militar).

Os ofícios dirigidos ao diretor do SAPS vinham de duas ordens – ou era um reforço ao pedido da família pelo internamento (especialmente nos casos de indigentes), ou era uma apreensão policial justificando o perigo à sociedade ou do próprio doente à sua liberdade.

O ofício nº 480/45 de 19 de maio de 1945, do Departamento de Segurança Pública, dirigido ao diretor do Serviço de Assistência a Psicopatas, Dr. Garcia Moreno, diz que o pai da menor MGDJ, de 16 anos recorreu à chefia do departamento com o fim de conseguir o internamento da sua filha, que há um ano mais ou menos tinha sido acometida de alienação mental. Por fim solicita “[...] a fineza de vossas providências em benefício dessa doente, que é pessoa reconhecidamente pobre” (Caixa M. prontuário do paciente MGDJ, 1945).

Quanto à periculosidade, a delegacia de polícia de Japoatã encaminhou ao diretor do Adauto Botelho a menor JS, 15 anos internada por dez meses em 1968, com diagnóstico de oligofrenia imbecilidade: “Encaminho a V.Sa. devidamente escoltada pelo Soldado JA, a

Débil Mental JS, que vem prejudicando o sossego público desta cidade, solicitando de V.Sa. se possível interna-la nesse estabelecimento.” (Caixa J. Prontuário do paciente JS, 1968).

Além de ratificar o pedido da família ou proteger a sociedade e o doente de si mesmo, houve encaminhamentos para pedido de exame mental a fim de esclarecer melhor seus atos. Foi o caso de JODS, 18 anos. Do Departamento de Segurança Pública, o ofício dirigido ao Diretor do Serviço de Assistência aos Psicopatas dizia: “Apresentando-vos esta Chefia o indivíduo vulgarmente conhecido por José Pretinho [...] solicita vos digneis submetê-lo a exame mental, em face da mania de que é o mesmo acometido e, em consequência, tido como indesejável naquela cidade [...]” (Ofício nº 1.436. – LM/BSG de 1 de agosto de 1941. Caixa J. Prontuário do paciente JODS, 1941).

A “mania” registrada pelo ofício de polícia era de “[...] pegar a pulso, para cópula, à margem das estradas, as mulheres que por elas transitam em busca de seus serviços” (Dados do encaminhamento da polícia. Caixa J. Prontuário do paciente JODS, 1941). JODS foi caracterizado como sem psicose, porém destaca-se em sua anamnese sua história pregressa buscando justificar seus atos: “Órfão aos 12 anos, teve que trabalhar para viver, portanto, nunca frequentou a escola, é analfabeto; o meio ambiente que se desenvolveu não permitiu a formação de um caráter reto [...]”, justificando sua internação por quase dois meses no Hospital Colônia (Caixa J. Prontuário do paciente JODS, 1941).

Por fim, um caso que parece ilustrar a “proteção” do doente pela apreensão policial foi de DRDS, menor de 15 anos, internado por quatro meses no ano de 1976. Foi trazido pelos policiais ao Hospital Aduato Botelho, pois estava despido andando pelo Calçadão do Centro de Aracaju, à noite; o encaminhamento dizia: “Esperamos que da próxima vez que o paciente resolva ‘desfilar’ despido nas ruas de Aracaju não passe em frente à polícia a fim de evitar sua internação, pois consideram a nudez do mesmo uma nudez indecente. Um doente mental no RJ foi brutalmente assassinado pelos moradores do local ao vê-lo despido. Motivo da internação: salvaguardar a vida do paciente da sociedade”. O diagnóstico de DRDS era de esquizofrenia paranoide (Caixa ABCD. Prontuário do paciente DRDS, 1976).

A Justiça também esteve presente nesse processo, tanto por meio de encaminhamentos da penitenciária nas décadas de 1940 e 1950 como pelo juiz nas quatro décadas estudadas.

Da penitenciária, na década de 1940, destacam-se os encaminhamentos de menores do sexo feminino, justificando-se o encaminhamento por não haver na instituição uma ala feminina. Foi o caso da menor de 15 anos LCR, internada por cinco meses no ano de 1943 - indigente, doméstica, recebendo o diagnóstico de esquizofrenia paranoide - consta em seu

prontuário uma carta de pedido de internação da penitenciária do Estado explicando a impossibilidade de acolher a menor no pavilhão com outros homens (Caixa L. Prontuário do paciente LCR, 1943).

Outro registro revela a internação de menores na penitenciária do Estado - o encaminhamento ao SAPS pela penitenciária do menor JMDS, 16 anos, internado por quase dois anos no Hospital Colônia, no ano de 1942, vindo a falecer na instituição (Caixa M. Prontuário do paciente JMDS, 1942)<sup>56</sup>.

Os encaminhamentos feitos pelo juiz referiam-se a pedidos de exame físico-mental, de internação ou para autorizar o internamento do menor a pedido da família – prática encontrada a partir da década de 1970, como no caso de JADS, menor de 15 anos internado em 1975, que o tio, ao interná-lo, precisou assinar um termo que traria a autorização do Juizado de Menores, em 48 horas, ou seria dada alta ao menino (Caixa J. Prontuário do paciente JADS, 1975).

Caracterizaram pedidos para exame físico-mental do menor quando envolvido em algum ato criminoso, como no caso de JGDS, uma menor de 17 anos, internada no ano de 1946 no Hospital Colônia, diagnosticada com personalidade psicopática. No laudo do juiz, a menina envenenou a mãe e o pai, pois eram contrários a seu namoro com homem casado, e o próprio conclui que “[...] J é apenas uma personalidade psicopática” (Caixa J. Prontuário do paciente JGDS, 1946). Ainda há o registro em seu prontuário de que sentia saudades da penitenciária, preferindo ela ao Hospital Colônia.

Outro caso similar foi da menor ACJ, 18 anos, internada em 1946 no Hospital Colônia, que foi absolvida pela Justiça por meio do relatório médico do exame biotipológico e antropométrico (realizados no Gabinete de Biologia Criminal) desde que permanecesse internada no Colônia – por lá ficou dois anos. Seu diagnóstico era de oligofrenia e epilepsia (Caixa ABCD. Prontuário do paciente ACJ, 1946).

O caminho institucional que ACJ percorreu revela a íntima ligação entre os poderes psiquiátricos e da Justiça na caracterização e modulação dela como *anormal* - comungando da tese de Foucault sobre os anormais - discurso médico e da Justiça, justificam-se, ratificam-se na caracterização do indivíduo *anormal*.

Primeiro, no ofício do Juízo de Direito da 3ª Vara da Capital e de Menores dirigido ao Sr. Diretor do Hospital Colônia Eronides de Carvalho, há a menção de um ofício anterior

---

<sup>56</sup> Para maior aprofundamento sobre situações de internação de menores na cadeia em Sergipe nos anos de 1927 a 1942, consultar Costa (2017), a autora revela que houve internações nas cadeias públicas mesmo estando em vigor o Código de Menores que previa outras práticas.

vindo do diretor da penitenciária (mais uma instituição envolvida) e apresenta a menor justificando o internamento em conformidade com o Código de Menores vigente:

[...] cujo internamento nesse estabelecimento, torna-se imediatamente necessário, não só pelas razões apresentadas no referido ofício, bem como pela periculosidade revelada pela mesma menor, de acordo com os exames psiquiátricos e biotipológico a que se submetera, tendo como peritos os Drs. Aluísio Coutinho Neves e Canuto Garcia Moreno. Solicitando-lhe, pois, o referido internamento, confio que, sob a ação cuidadosa e eficiente de V.Sa., terá a aludida menor o tratamento adequado, na conformidade do que dispõe a respeito, o vigente Código de Menores. (Ofício nº1709, de 25 de outubro de 1946, do Juízo de Direito da 3ª Vara da Capital e de Menores. Caixa ABCD. Prontuário do paciente ACJ, 1946).

A seguir apresenta-se o laudo do exame realizado no Gabinete de Biologia Criminal:

Nome ACJ. Idade 18 anos, cor Faioderma. 1.Instrução- rústica. Profissão doméstica, residência Pai J. Itabaianinha. Dados biotipológicos e antropométricos, - Bracotipo megalcesplancnico (Viola): displasico (Krestschmer): microbevilíneo (Barbara-Berardinelli): respiratorio (Sigaud). Índice cefalico: 78 (Sub\_doli\_cocefalo) índice facial:104 (hiperleptosprósopo) índice nasal: 78 (mesorrino): ângulo facial: 57 (hiperprognata). Espirometria:2000. Dinamometria: impossível. Historia individual: A- Antecedentes pessoais 1.Fisiologicos: não sabe informar. 2.Patologicos: congestão quando menina. B-Antecedentes familiares: sem importância. Exame somático: Inspeção geral: aspecto geral bom:Temperatura:36°, Pele e anexos: normais. Aparelho circulatório: reforço de tom aórtico. Pressão arterial: Mx.11,5.Mn.7. Laudo Radioscopico: coração e grossos vasos radiologicamente normais, Pulso 59, depressível/Aparelho respiratorio: sem distúrbios. Aparelho digestivo: sem distúrbios. Aparelho genito-urinario: dismenorréa/ Aparelho locomotor: hemiplégica esquerda. parestesia dos musculos hemiplegicos. Ataques convulsivos. Sistema endócrino-vegetativo: R. O. C. fraco (simpaticotinia) Orgãos do sentido: sem distúrbios. Exame psicologico: muito abaixo do normal, falha em todos os testes. Diagnostico da personalidade: o exame psiquiatrico revela ser a examinada oligofrênica, com certo grau de hipomania. Irresponsiva. O psicodiagnóstico de Rorschach confirma o exame psiquiatrico. Gabinete de Biologia Criminal, 1º de Outubro de 1946. (aa) Aluisio Coutinho Neves e Canuto Garcia Moreno. (Ficha nº217 – P/25-46. Laudo do Gabinete de Biologia Criminal. Caixa ABCD. Prontuário do paciente ACJ, 1946).

Concluindo o processo, selando a união dos poderes psiquiátricos e da Justiça, há um comunicado do Juizado sentenciando o caso – internação dentro do hospital, porém, somente com sua determinação para decisão contrária, ou seja, sua alta:

Cientifico com este Va. Excia. para os devidos fins, que o processo da menor ACJ, já internada nesse estabelecimento, foi por este Juizo, julgado por sentença a qual tem a seguinte conclusão:

“Absolve a menor ACJ, da acusação que lhe foi imposta, determinando, porem, que a mesma permaneça no estabelecimento hospitalar onde se encontra, até determinação em contrário deste Juizo”. Expeça-se ofício ao

Diretor do referido Hospital, dando-lhe ciência da conclusão desta decisão, para os fins convenientes. R. e faça-se intimação ao Rep. do Ministerio Publico e ao Dr Curador da menor. (Comunicado endereçado ao Diretor do Hospital Colonia Eronides de Carvalho pelo Juizado de Direito da 3ª Vara da Capital e de Menores, de 23 de novembro de 1946. Caixa ABCD. Prontuário do paciente ACJ, 1946).

O Código de Menores de 1927 assinalava a importância e presença do psiquiatra na caracterização da delinquência e, assim da anormalidade entre os menores, pois esses desvios eram atribuídos a possíveis anomalias que o menor tivesse. O Código determinava que ao psiquiatra caberia examinar e observar os menores, visitar a família para investigar seus antecedentes hereditários e pessoais e assim, poderia oferecer bases para a determinação judicial (BRASIL, 1927).

Mais dois casos, um em 1966 (do menor JDSV de 14 anos, com oligofrenia imbecilidade profunda) (Caixa J. Prontuário do paciente JDSV, 1966), e um em 1970 (do menor CEDS de 17 anos, com diagnóstico em branco no prontuário) (Caixa ABCD. Prontuário do paciente CEDS, 1970) trazem consigo os encaminhamentos do juiz alegando a periculosidade dos menores dentro do próprio lar, sendo impossível a permanência dos mesmos em suas residências devido à preocupação gerada pelos atos que praticam, reforçando a união entre psiquiatria e justiça na objetivação dos menores.

Houve ainda casos identificados com o intuito de proteção ao menor pelo juiz. MLLDS de 17 anos foi internada no ano de 1966 por encaminhamento do Juizado de Menores, pois a menor gestante não tinha família e havia tentado suicídio. Permaneceu no Hospital Aduino Botelho, por um mês (Caixa MN. Prontuário do paciente, 1966).

Encaminhamentos foram feitos também de instâncias políticas, como do prefeito, governador ou algum deputado, sempre a pedido de algum familiar que os procuravam para que fizessem o encaminhamento, quase todos os casos eram relacionados a doente indigente, pois não tinham condições de pagar as despesas da internação. Em apenas um caso, foi relatado o pagamento das despesas da internação pela prefeitura.

Também foram identificados registros de encaminhamentos de duas outras instituições destinadas aos menores no ano de 1944 - a Cidade de Menores Getúlio Vargas e o Aprendizado Agrícola Benjamin Constant.

Os dois menores encaminhados pelo Diretor da Cidade de Menores Getúlio Vargas: NF de 12 anos e JVDS de 18 anos não possuem a anamnese em seus prontuários; o de NF possui muitos campos em branco inclusive o do diagnóstico, permanecendo apenas um mês no hospital (Caixa MN. Prontuário do paciente NF, 1944). JVDS foi diagnosticado com

personalidade psicopática, permanecendo por quatro meses no hospital, sendo reinternado por mais uma vez no mesmo ano e outra vez em 1945 (Caixa J. Prontuário do paciente JVDS, 1944).

Do Aprendizado Agrícola Benjamin Constant, um caso foi encaminhado pelo Diretor da Instituição, o menor JAA de 16 anos que recebeu o diagnóstico de esquizofrenia. Em sua anamnese, diz que aos 13 anos foi para o Aprendizado, que não gostava de estudar e tinha inclinação para a mecânica, relaciona o início da doença mental com um banho de rio depois de uma febre, causando uma crise que levou a alucinações e à vontade de matar os colegas. Permaneceu no hospital Colônia por dois meses (Caixa J. Prontuário do paciente JAA, 1944).

Outro caso, que se relaciona com a instituição do Aprendizado Agrícola, embora não tenha sido encaminhado pelo Diretor desta e sim pela polícia e levado ao hospital por sua mãe no ano de 1941, foi do menor JZF, de 13 anos de idade, que teve o início de sua doença no período que estava de férias do colégio, repercutindo em seu afastamento da instituição para tratamento. Relata-se em sua anamnese que desde os dez anos estava no Aprendizado, onde “[...] tinha um bom aproveitamento e mal (sic) comportamento, tendo a genitora recebido várias queixas da mestre do doente [...]”; após passar as férias em casa mudou seu comportamento:

[...] durante alguns dias assistiu as aulas, mudou de conduta para com os colegas, com os quais tinha conflitos. Só obediência ao inspetor, não suportando quaisquer críticas à pessoa do mesmo. Baixou enfermagem várias vezes e quando obteve uma alta definitiva mudou, também, de conduta para com o inspetor, não lhe obedecendo como dantes. Voltou para casa, porque passou uma noite em claro no dormitório do aprendizado prejudicando o repouso dos colegas. (Caixa J. Prontuário do paciente JZF, 1941).

JZF tem em seu histórico sete reinternações durante os anos de 1942 e 1946, sendo que em 1945 há em seu prontuário uma carta destinada à mãe que no cabeçalho consta o nome do Aprendizado Agrícola, o que leva a indícios de que o menor possa ter voltado à instituição escolar nos anos seguintes ou pelo fato de estar em seu prontuário, tenha sido feita dentro da própria internação revelando um padrão de escrita apreendido no Aprendizado Agrícola seguindo um padrão de organização - iniciando com o nome da escola no cabeçalho. O diagnóstico de JZF foi de personalidade psicopática associado à psicose maníaco-depressiva forma depressiva (Caixa J. Prontuário do paciente JZF, 1941).

O tempo de internação nos hospitais ao longo das quatro décadas estudadas mostrou variações, sendo que em todas as décadas predominou as internações de um a quatro meses, porém internações de longo período (anos) foram registradas principalmente na década de

1940, pois já na década de 1950 há uma diminuição, chegando a 1970 sem nenhuma internação por mais de oito meses. Esse fato sugere tanto a mudanças na política de assistência aos psicopatas, como à infância *anormal* - tendo um aumento de instituições voltadas às deficiências, por exemplo, na década de 1960.

Duas décadas tiveram destaque no número de reinternações - 1940 e 1960 sendo mais de 40% dos doentes o que pode revelar a dificuldade das instituições (Colônia e Aduato Botelho, respectivamente) em ofertarem um tratamento eficaz diante da superlotação e dificuldades estruturais já registradas na literatura (ARRUDA, 1991; GUIMARÃES, 2011).

O ofício emitido pela Secretaria de Segurança Pública, no ano de 1958, encaminhando o menor oligofrênico e epilético PRDS de 18 anos ao SAPS justifica o pedido pelo bem coletivo da cidade - Riachão do Dantas -, ainda que faça uma ressalva ao reconhecimento de que o serviço esteja com dificuldades em receber encaminhamentos - tal fato reforça a hipótese da superlotação na década de 1960 (Caixa OPQ. Prontuário do paciente PRDS, 1958).

As décadas de 1940 e 1960 também tiveram destaque em relação aos óbitos dos menores em detrimento das demais, 19, e 17 óbitos, respectivamente; na década de 1950 registrou-se nove óbitos e na de 1970, dois. Todos os óbitos foram de menores considerados indigentes, exceto um caso na década de 1970 que era pensionista. Os diagnósticos dos adolescentes variaram entre: oligofrenia, epilepsia, personalidade psicopática, psicose maníaco-depressiva, psicose palúdica e esquizofrenia, psicose endotóxica por desvios funcionais viscerais, psicose exotóxica ou não tiveram diagnóstico definido. Não há registros da causa das mortes, porém sinais das péssimas condições de higiene relatados por Guimarães (2011) - de ausência de condições de higiene, do grande número de doenças contagiosas, ratos, percevejos, etc. - no ambiente dos indigentes traz indícios para refletir sobre a assistência e possibilidades de produção de saúde ou de morte no espaço psiquiátrico.

Cabe destacar que, em todos os anos, a maioria dos menores internos são caracterizados como indigentes: 84,1% em 1940; 65,5% em 1950; 72,5% em 1960 e 61,2% em 1970. Esse dado revela que era o menor pobre, abandonado, que ocupava esse lugar institucional.

Sobre os diagnósticos em todas as décadas as classificações ficaram em torno das neuroses, diferentes psicoses, oligofrenias e quadros não identificados como se observa no Quadro 05 a seguir:

**Quadro 05 - Caracterização dos diagnósticos dos menores internos durante as décadas de 1940-1970**

Continua

| <b>Década</b> | <b>Diagnóstico (quantidade)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1940          | <p>-Oligofrenia (2), oligofrenia imbecilidade (2), oligofrenia idiotia (1), oligofrenia debilidade mental (1), oligofrenia e epilepsia (3), oligofrenia e psicose paludica (1), oligofrenia e esquizofrenia (1).</p> <p>-Psicose maníaco-depressiva forma maníaca ou depressiva (18), psicose/ histeria de conversão (3), melancolia reativa (1).</p> <p>Esquizofrenia simples ou sem especificação (12), Esquizofrenia e demência precoce (1), Esquizofrenia catatônica (3), Esquizofrenia paranoide (2), Esquizofrenia hebefrênica (2), Esquizofrenia e neurose/histeria de conversão (1), Esquizofrenia e epilepsia (1). Psicose psicogênica/reação esquizofrenoide (1).</p> <p>-Personalidade psicopática (4), Personalidade psicopática e psicose maníaco depressiva (1), personalidade psicopática perversa (1).</p> <p>-Confusão mental/psicose paludica (1), Pitiatismo (1), Epilepsia (7), Meningite - estreptococcus (1).</p> <p>-Sem diagnóstico (1), Sem psicose (2), Em branco (7)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 1950          | <p>-Oligofrenia (1), oligofrenia debilidade (1), oligofrenia imbecilidade (3), oligofrenia e epilepsia outras formas (1), oligofrenia imbecilidade e neurose (1), oligofrenia e esquizofrenia (4), oligofrenia e psicose maníaco depressiva (1).</p> <p>-Esquizofrenia simples (11), Esquizofrenia hebefrênica (12), Esquizofrenia catatônica (7), Esquizofrenia paranoide (13), Esquizofrenia e epilepsia (1), Esquizofrenia e psicose maníaco depressiva mais epilepsia (1), Esquizofrenia paranoide e personalidade psicopática (1), Síndrome esquizofrênica (1).</p> <p>-Psicose exotóxica alcoolismo (2), Psicose tóxica infecciosa (1), Psicose psicogênica/reação esquizofrenoide (3), Psicose por infecção (1), Psicose endotóxica por desvios funcionais viscerais (1), Psicose autotóxica/ confusão mental (1).</p> <p>-Personalidade psicopática (3), Psicose maníaco depressiva – formas maníaca, depressiva ou mista (33), Histeria/ agitação maníaca (1), Histeria forma reativa/ personalidade histórica (1), --Neurose/ histeria de conversão (10), Personalidade histórica (1).</p> <p>-Epilepsia (4), Psicose epiléptica (1).</p> <p>-Estados mentais não classificados/ em observação (3), sem perturbações mentais (3), sem diagnóstico (2), em branco (21)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 1960          | <p>-Oligofrenia (2), oligofrenia imbecilidade (10), oligofrenia idiotia (2), oligofrenia debilidade (10), oligofrenia e epilepsia mais psicose epiléptica (1), oligofrenia e esquizofrenia/ psicoses mistas e associadas (7), oligofrenia e histeria de conversão (1).</p> <p>-Encefalopatia infantil e epilepsia (1), Epilepsia (7), Psicose epiléptica (2).</p> <p>-Esquizofrenia simples (39), Esquizofrenia catatônica (13), Esquizofrenia hebefrênica (23), -Esquizofrenia paranoide (13), Reação esquizofrênica (1).</p> <p>-Psicose psicogênica/reação esquizofrenoide (16), Psicose psicogênica/reação maníaca (1), Psicose pós-infecciosa (1), Psicose por infecção ou infestação/desordens agudas (2), Psicose infecciosa (4), Psicose endotóxica (3), Psicose endotóxica por focos dentários; (3), Psicose endotóxica puerperal (2), Psicose endotóxica por desvios do metabolismo (3), Psicose exotóxica alcoolismo (4), Psicose exotóxica alcoólica e personalidade psicopática (1), Psicose por lesões cerebrais (1), Psicose não especificada (1).</p> <p>-Psicose maníaco depressiva formas mista, maníaca ou depressiva (42), Psicose maníaco depressiva e psicose puerperal (1), Reação depressiva excêntrica (1), Depressão (1).</p> <p>-Personalidade psicopática (6), Personalidade psicopática e Psicose maníaco depressiva (2), Personalidade psicopática e epilepsia (1).</p> <p>-Neurose/ histeria de conversão (8), Neuroses/ reação histórica (6), Neurose/ estados históricos de ansiedade (1), Personalidade histórica (1).</p> <p>-Estados mentais não classificados (8), Não formulado o diagnóstico (fuga do paciente) (2), Sem diagnóstico (4), Sem perturbações mentais (2), Em branco (20).</p> |

## Continuação

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1970 | <p>-Oligofrenia (3), oligofrenia e esquizofrenia catatônica (1), oligofrenia e epilepsia (1), oligofrenia e distúrbio de conduta (1).</p> <p>-Esquizofrenia sem especificação (41), Esquizofrenia hebefrênica (6), Esquizofrenia catatônica (3), Esquizofrenia paranoide (13), Surto esquizofrênico (1).</p> <p>-Psicose psicogênica e esquizofrenia hebefrênica (1), Psicose psicogênica/reação esquizofrenoide (16), Psicose (6), Psicose não especificada (2), Psicose endotóxica por desvios do metabolismo (1), Psicose Puerperal (3).</p> <p>-Psicose exotóxica/ drogas (3), Alcoolismo crônico (2), Síndrome depressiva e psicose alcoólica (1), Depressão por tóxicos (1).</p> <p>-Psicose maníaco depressiva formas maníaca, depressiva ou mista (22), Psicose maníaco depressiva e epilepsia (2), Personalidade psicopática (7), Distúrbio de conduta (5).</p> <p>-Histeria (1), Neurose de angustia (2), Neurose (3), Neurose/histeria de conversão (2).</p> <p>-Epilepsia (9), Psicose epiléptica (4), Epilepsia e transtorno de personalidade (1), Reação visceral anormal (1), Hipertireoidismo (1).</p> <p>-Sem distúrbio de ordem nervosa ou psíquica (2), Não apresenta perturbações mentais (3), Não se pode concluir referente a psicopatias (1), Sem diagnóstico (3), Em branco (62).</p> |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Pesquisa realizada no Arquivo Central da Saúde (SE) (2016).

A captura pela nosologia psiquiátrica ao longo das décadas estudadas foi demonstrando modificações quanto à maior especificação dos diagnósticos, representando um aumento na diversidade de diagnósticos encontrados especialmente nas décadas de 1960 e 1970. Este fato reforça o argumento da construção dos diagnósticos por meio de mudanças no conhecimento médico científico ao longo do tempo, tornando-se verdades em determinado momento histórico. A captura das crianças não poderia ser diferente; e, para justificar os internamentos em instituições psiquiátricas, precisaram ser enquadradas pelo poder psiquiátrico, o qual, para encontrar seus elementos diagnósticos, “vasculhava” toda história pregressa dos menores e de sua família para encontrar sinais e indícios de desvio moral, de hereditariedade, do comportamento e até mesmo padrões físicos.

A compreensão de que as doenças mentais nascem na infância (FOUCAULT, 2001; 2006) justifica as internações sem precisar muitas argumentações, somente com o respaldo da compreensão da Psiquiatria como única ciência capaz de eliminar o mal do desvio da normalidade, aposta-se na institucionalização psiquiátrica dos menores que fogem, por qualquer motivo, à regra. Isto não significa a negação da doença, mas uma ressalva ao alto número de internações historicamente registradas, não somente no Brasil, como em outros países. Goffman (1961) diz que os doentes mentais internados sofrem não de doença mental,

mas de outras circunstâncias, pois os “mentalmente doentes” fora dos hospitais têm um número crescente e aproximado dos internados, e essas outras circunstâncias giram em torno de questões como: situação socioeconômica, escolaridade, presença de hospitais psiquiátricos nas proximidades, etc..

Nos hospitais Colônia, Adauto Botelho e Garcia Moreno, foram inúmeras as fragilidades diagnósticas nos prontuários dos menores. Em branco ou registrados como sem diagnóstico (sem perturbação mental, mas internados por dias, meses ou anos) foram 12,2% dos internos na década de 1940, 19,2% na década de 1950, 12,8% na década de 1960 e 28,9% na década de 1970. Este fato abre ao questionamento dos critérios de internação e registro dos casos. As justificativas, às vezes, aparecem nas anamneses (quando estas estão presentes, pois não estão em todos os prontuários) relacionando a história de vida do menor à possibilidade da doença mental - ou pela hereditariedade (há muitos casos de menores que as mães foram internadas em anos anteriores no hospital psiquiátrico) ou pela experiência do ambiente na formação de seu caráter. Por exemplo, o caso de JPF, de 18 anos, internado pelo pai em 1977 e reinternado novamente no mesmo ano. Sem ter diagnóstico, na anamnese diz que suas crises são de agressividade, que xinga a todos, e que desde criança seu pai batia muito nele, sem necessidade (Caixa J. Prontuário do paciente JPF, 1977).

A compreensão dos agentes da Psiquiatria de enclausurar para o bem do doente independente de seu quadro psiquiátrico é revelada no diálogo registrado no prontuário de SDS, menor de 16 anos internada por um mês no ano de 1976 pela polícia e que não obteve diagnóstico:

[...] ela diz que quer ir embora e não viver presa. Dissemos a ela que não estava presa e sim recuperando dos tóxicos, mas que em breve ela ia embora. Orientamos para ela continuar os estudos para dar um objetivo na sua vida, a paciente respondeu que não queria estudar e que ia continuar ajudando sua mãe e deixar a vida que estava levando. (Caixa QRS. Prontuário do paciente SDS, 1976).

Mesmo que houvesse o diagnóstico, algumas vezes ele era questionado pelo próprio registro das avaliações e história de vida do paciente, como casos que atribuíam um diagnóstico ao interno, mas revelavam outras questões, como a internação por um conflito familiar: por alguma “estripulia” que o menor tenha feito (personalidade psicopática), para salvar a vida da menor que o pai espancou porque a mesma tentou fugir de casa com o namorado (psicose maníaco-depressiva), pai tentou matar a filha para ficar com toda herança da avó (psicose psicogênica), dentre outros. Estes são alguns casos que deixavam claras nos registros as fragilidades, sem poder mensurar quantos, além destes, também existiram.

Ademais, a amplitude dos critérios diagnósticos era capaz de capturar desvios pequenos de comportamento dentro da nosologia psiquiátrica, justificando as internações.

Foucault (2006) traz uma importante análise quanto à caracterização da doença mental:

[...] no domínio da doença mental, a única questão verdadeira que se coloca é a questão em forma de sim/não; isto é, o campo diferencial no interior do qual se exerce o diagnóstico da loucura não é constituído pelo leque das espécies nosográficas, é simplesmente constituído pela escansão entre o que é loucura e o que é não loucura: é nesse domínio binário, é no campo propriamente dual que se exerce o diagnóstico da loucura. (FOUCAULT, 2006, p.346).

Para Foucault, a Psiquiatria segue um modelo de diagnóstico absoluto, não diferencial, pois não há corpo, a associação da loucura a algo orgânico, diferenciando a Psiquiatria da Medicina<sup>57</sup>. Assim, o problema da Psiquiatria é a prova de realidade da doença. Esta prova, segundo Foucault (2006), tem um duplo sentido: faz existir como doença ou não-doença os motivos dados para um internamento ou intervenção psiquiátrica e faz existir como saber médico o poder de intervenção e o poder disciplinar do psiquiatra, que tem o poder de decisão do internamento. Com a prova psiquiátrica legitima-se o poder do psiquiatra e a entrada dos indivíduos na teia dos sintomas patológicos:

[...] a prova psiquiátrica é uma dupla prova de entronização. Ela entroniza a vida de um indivíduo como tecido de sintomas patológicos, mas entroniza sem cessar o psiquiatra como médico ou a instância disciplinar suprema como instância médica. Podemos dizer, por conseguinte, que a prova psiquiátrica é uma perpétua prova de entrada no hospital. Porque não se pode sair do asilo? Não se pode sair do asilo, não porque a saída esteja longe, mas porque a entrada está demasiado próxima. Não se cessa de entrar no asilo, e cada um desses encontros, cada um desses afrontamentos entre o médico e o doente recomeçam, repetem indefinidamente esse ato fundador, esse ato inicial que é aquele pelo qual a loucura vai existir como realidade e o psiquiatra vai existir como médico. (FOUCAULT, 2006, p. 349).

A prova psiquiátrica gerou representações do que seria normal ou *anormal* na infância, como por exemplo, se a criança não tinha amigos, não brincava, não conseguiu estar na escola por sua incapacidade intelectual, estaria relacionado no momento da internação à sua moléstia mental. A família, apropriando-se dessa compreensão, reconhecia seus filhos como anormais e doentes, portanto, necessitando de tratamento médico, por uma, duas ou mais vezes sendo internados nos hospitais psiquiátricos. É um jogo de discursos, práticas, representações e apropriações que se retroalimentam e continuam a alimentar esse ciclo de objetivação da

---

<sup>57</sup> A respeito disso o próprio autor desenvolve a ideia da apropriação pela psiquiatria de doenças orgânicas, como a epilepsia, e mesmo o advento da neuropsiquiatria que vem tentar encontrar associações neuro-psico-físicas.

infância, para que essa exista na condição de *anormal* e os poderes psiquiátricos, jurídicos e educacionais existam enquanto verdades e no governo da vida das pessoas.

Entrando na instituição, a seguir, apresentou-se uma análise da carreira institucional do menor dentro do hospital psiquiátrico.

### 3.5 CARREIRA INSTITUCIONAL DO MENOR *ANORMAL*: PRÉ-PACIENTE, PACIENTE, EX-PACIENTE

Para Goffman (1961), o conceito de carreira é ambivalente – do público (referindo-se à posição oficial, relações jurídicas) ao privado (a imagem do eu). Sociologicamente, a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só é significativa na medida em que ela altera o seu destino social. Assim, a carreira corresponderia à sequência regular de mudanças provocadas no eu da pessoa e em suas representações para julgar a si mesma e aos outros. O autor a divide em três fases: anterior à admissão hospitalar (seria a fase pré-paciente), o período do hospital (correspondendo ao internamento), e o período posterior à alta no hospital (GOFFMAN, 1961).

#### 3.5.1 O Início da Psiquiatrização e Tentativa de Normalização do Eu

A fase que Goffman (1961) denomina de pré-paciente traz o resgate das histórias e caminhos que levaram os menores até o internamento<sup>58</sup>. O autor esclarece que:

A carreira do pré-paciente pode ser vista através de um modelo de expropriação; começa com relações e direitos e termina, no início de sua estada no hospital, praticamente sem relações ou direitos. Portanto, os aspectos morais dessa carreira começam geralmente com a experiência de abandono, deslealdade e amargura. Isso pode ocorrer ainda que, para os outros, precisasse de tratamento, e ainda que, uma vez no hospital, passe a admitir isso. (GOFFMAN, 1961, p. 116).

A ideia de expropriação de relações e direitos, marcando o início da carreira moral do doente mental, contudo, precisa ser relativizada, pois, para os menores, em muitos casos, sobretudo aqueles que trazem consigo o início de sua anormalidade muito precocemente (como *idiotas*, deficientes, agitados), a expropriação já aconteceu antes da hipótese de serem levados ao hospital psiquiátrico. Talvez, a carreira moral de doente mental para eles inicie

---

<sup>58</sup> Certamente haveria muito mais a ser dito de cada um, pois o que foi registrado são apenas percepções e apropriações de outras pessoas em relação aos menores internos dentro dos hospitais – o que foi registrado.

com sua própria história de vida como se observa nos trechos transcritos das anamneses a seguir:

Desde criança achava que ele era doente mental, vivia assombrado, dava muitos gritos, com os olhos arregalados. (Caixa J. Prontuário do paciente JBM, 1965).

Sempre foi meio tolo [...] (Caixa A. Prontuário do paciente AVF, 1969).

Era uma criança doente desde que nasceu, já nasceu com os olhos doentes, agressiva, fazendo só o que quer, até hoje não fala direito, só chama sua mãe. (Caixa MN. Prontuário do paciente MNDS, 1968).

Teve um derrame com um ano [...] O próprio diz que é doente desde pequeno, que sofreu um susto e ficou doente. (Caixa MN. Prontuário do paciente MNL, 1968).

Esses discursos revelam a marca precoce do desvio da norma, percebida como recurso diagnóstico, traz consigo representações da criança *anormal* - criança doente, tola, doente mental, bem como apropriações pelo próprio doente de sua anormalidade.

Outros casos revelam também a precocidade do início da carreira de *anormal*, mas com algum agravamento que levou a família internar o menor nesse momento:

Doente desde o nascimento, piorou agora, evadindo-se para rua, despindo-se [...] (Caixa L. Prontuário do paciente LRS, 1965).

Sempre foi uma criança nervosa, agitada [...] agora quer matar o avô, rouba galinha e bebe muito. (Caixa R. Prontuário do paciente RDS, 1968).

Há ainda o estigma vivenciado desde antes de ser identificado como doente mental revelando o descaso e a expropriação das relações desde muito precoce: “Ficou cego do olho direito com dois anos, devido a um traumatismo. [...] sofre de intensos complexos devido a cegueira. Fugia das pessoas, sofria humilhações dos colegas pelo fato de ser diferente dos outros.” (Caixa ABCD. Prontuário do paciente ACP, 1958).

Goffman (1988) esclarece que a sociedade estabelece categorizações para as pessoas, bem assim os atributos que considera comum e natural de serem encontrados, aquele que é estranho a isso não corresponde às expectativas normativas dos demais – em consonância com o que Canguilhem (2007) apresenta para anormalidade. Os atributos que o diferenciam tornam-no uma criatura com defeito, estragada, diminuída – isto consiste no estigma, sempre usado em referência a algo negativo - que irá confirmar a anormalidade do indivíduo e a normalidade dos outros, portanto, não é uma questão dos atributos, mas sim das relações que estabelece. Os considerados normais acreditam que a pessoa estigmatizada não é completamente humana, levando ao desprezo, humilhações, dentre outros. Dessa forma,

direitos e relações positivas, ou mesmo oportunidades de sociabilidade são quase nulas para os menores aqui apresentados - sem vez e sem voz, pois “nasceram assim”.

Marcando a mudança do status de pré-paciente para o de internado, tem-se o agenciamento do internamento por agentes e agências. Goffman (1961) separa os agentes em três grupos, cada um tendo sua contribuição nesse processo. Primeiro, as pessoas próximas, aquelas que irão perceber os primeiros sinais de anormalidade, geralmente família, amigos. Segundo, o denunciante, aquele que irá denunciar a outros uma situação de crise ou surto. Em terceiro, são os mediadores, pessoas que irão sancionar o internamento - o clero, polícia, médicos, advogados, professores, etc..

Entre os menores, os familiares tanto são aqueles que identificam os primeiros sinais como os que denunciam e mediam a internação, outras vezes buscam essa legitimação junto aos mediadores - padre da cidade, algum médico, a polícia (principalmente), ao juiz ou a políticos (prefeito, governador).

Nesse jogo de agenciamento, é nítida a relação entre Psiquiatria e Justiça na caracterização do menor *anormal* justificando seu internamento, bem como da Educação, seja por meio da negação da educabilidade pela enfermidade ou pelo comportamento escolar que já sinalizava a doença mental.

Como no caso de ACJ, sem instrução por sua incapacidade, foi encaminhada pelo juiz, e teve sua internação legitimada por avaliações psiquiátricas, ilustradas nas fotos das figuras 09 e 10 (Caixa ABCD. Prontuário do paciente ACJ, 1946).

Figura 09 – Encaminhamento da Menor ACJ Emitido pelo Juiz Privativo de Menores

De acordo com o ofício que me foi dirigido pelo Diretor da Penitenciária, cuja copia faço anexar ao presente, apresento-lhe a menor delinquente [redacted], cujo internamento nesse estabelecimento, torna-se imediatamente necessario, não só pelas razões apresentadas no referido ofício, bem como pela periculosidade revelada pela mesma menor, de acordo com os exames psiquiátricos e psicotipológico a que se submetera, tendo como peritos os Drs. Aluísio Coutinho Neves e Canuto Garcia Moreno.

Solicitando-lhe, pois, o referido internamento, confio que, sob a ação cuidadosa e eficiente de V. Sa, terá a aludida menor o tratamento adequado, na conformidade do que dispõe a respeito, o vigente Código de Menores.

[redacted]

[redacted]

Juiz Privativo de Menores

Fonte: Caixa ABCD. Prontuário do paciente ACJ (1946).

Figura 10 – Laudo do Exame Psicológico e Psiquiátrico da Menor ACJ

[redacted]. Exame psicológico: muito abaixo do normal, falha em todos os testes. Diagnostico da personalidade: o exame psiquiátrico revela ser a examinanda oligofrenica, com certo grau de hipo-mania. Irresponsiva. O psicodiagnostico de Rorschach confirma o exame psiquiátrico. Gabinete de Biologia Criminal, do de Outubro de 1946. (aa) Aluísio Coutinho Neves e Canuto Garcia Moreno. Era o que se continha em dito exame que fielmente copiei do original e extraí a presente copia ao qual me reporto em poder e cartorio.

Fonte: Caixa ABCD. Prontuário do paciente ACJ (1946).

Além do caso da menor ACJ, inúmeros outros casos foram identificados como “perigo social” pela polícia que eram assim também reconhecidos e confinados ao internamento. Esses exemplos deixam registrado o quanto a anormalidade era algo do indivíduo, ele precisava ser isolado e tratado, não era o meio que o produzia.

Sendo “denunciado”, encaminhado ao hospital, o menor ingressa na fase que Goffman (1961) chama de fase de internado, ou seja, inicia sua carreira dentro da instituição psiquiátrica. Nessa fase, toda a sua história passada será reconstruída psiquiatricamente, levando ao final da fase pré-paciente, pois agora sua história é olhada por outro ângulo e justifica sua internação e seu status de doente mental nas inúmeras classificações diagnósticas em que poderá ser enquadrado.

### 3.5.2 Novas Configurações do Eu: Diagnosticando, Curando e Normalizando

A fase de internado configura-se como a fase em que existirá a prova da realidade da doença (por meio da história de vida/anamnese e avaliações); diagnosticado e assujeitado ao poder psiquiátrico, há o tratamento, na busca da “cura” visando à normalização do paciente.

Primeiro passo, então, é a abertura do prontuário – podendo ser compreendido como uma estratégia de poder, que inclui uma vigilância e registro constante dos atos do paciente, e irá acompanhá-lo da entrada à sua alta da instituição.

A minha mãe me levou pra lá, chegou lá ficou lá na frente, aí eu comecei a gritar e a chorar, aí a médica chamou e fez essa coisa *né*, escreveu um bocado de coisa em um livro, sobre se tinha alguém da família que era assim, não me lembro bem se eu respondi ou se minha mãe respondeu [...] teve duas mulheres conversando comigo, era eu falando, quando eu falava minha mãe tinha que responder, porque às vezes eu não respondia, por que eu sou muito calada, aí minha mãe respondia. Aí escreveram um bando de coisa num livro grande lá. Tem lá um monte de coisa escrito. Eu não me lembro bem. Ela me perguntava um bocado de coisa, dos meus estudos, não sei o que lá. Aí eu estava sem paciência, ela mandou eu ir para outra sala para aplicar uma injeção, aí depois da injeção eu não me lembro mais, se eu dormi, não sei quantos dias, eu não me lembro depois dessa injeção. (MJDS-entrevista concedida em 7 de dezembro de 2016).

Conforme Goffman (1961), há uma negação pelos agentes psiquiátricos das racionalizações do paciente. Seu discurso não tem a mesma validade do de seu acompanhante, bem como pode lhe atribuir sinais e sintomas para o seu diagnóstico e percurso dentro da instituição. O denunciante/informante é aquele que irá relatar a história da doença e da vida pregressa do doente, que será usada pela Psiquiatria para mostrar as maneiras pelas quais se revelam a doença e as razões pelas quais é correto seu internamento. De sua vida são retirados incidentes que podem ter tido significação sintomática (familiar, atitude, atos que o levaram à internação, como chegou ao hospital). A articulação de pessoas – doente, acompanhante,

psiquiatra, etc. – é que irá constituir o eu doente pelo controle social exercido pelos mesmos e pelo próprio doente (GOFFMAN, 1961).

A doutrina psiquiátrica (que orientava a prática no período estudado) definia que a doença mental pode ter início nos primeiros anos de vida e invadir a vida atual, portanto, ainda que se faça o resgate da história, seria o mandato psiquiátrico o válido, baseando o tratamento do doente simplesmente em seu diagnóstico, portanto, na interpretação psiquiátrica de seu passado, como destaca Goffman (1961).

Como visto na narrativa de MJDS (internada aos 13, 14 anos no Aauto Botelho em 1979), sua primeira recepção foi a sua anamnese, abrindo a sequência de uma gama de avaliações que deve (ou deveria<sup>59</sup>) passar para compreensão de seu quadro clínico e psiquiátrico, inaugurando seu prontuário hospitalar – seu dossiê na fase de internamento.

Os prontuários do S.A.P.S. seguiam um padrão de conteúdo com pequenas alterações ao longo do tempo. Todos iniciam com uma capa em que consta o número do prontuário, a seção de internação, o nome do paciente, a idade, estado civil, cor, nacionalidade, profissão, religião, instrução, procedência, data de entrada e saída (Figura 11).

---

<sup>59</sup> Muitos prontuários não estavam com todos os campos de avaliação preenchidos.



endereço do internante, o grau de parentesco com o internado, seu nome e endereço e as visitas que seriam autorizadas. Se houvesse encaminhamentos ou ofícios judiciais, médicos, da Secretaria de Segurança Pública, ou qualquer tipo de encaminhamento (carta do padre, conhecidos, etc.) era anexado em seguida.

Nas folhas de requerimento de internação do Hospital Aduino Botelho foram acrescentados os seguintes dados, quanto ao papel do internante responsável:

Dá plena e total autorização à Clínica Aduino Botelho, para fazer as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e execução do tratamento, inclusive, exame “*post mortem*”, se assim exigir o caso; comprometendo-se a respeitar o regulamento além de responsabilizar-se:

- 1) Por todos os riscos naturais decorrentes do tratamento.
- 2) Por todos os danos materiais causados pelo paciente, possíveis de indenização.
- 3) Por todas as despesas do tratamento médico, que o paciente, venha necessitar inclusive fora da especialidade psiquiátrica.
- 4) De, no caso de alta à pedido, assumir as responsabilidades, pelos riscos decorrentes da mesma.
- 5) Na procura do paciente, em caso de evasão, para que seu retorno se faça com brevidade a fim de evitar que seja atingida, a sua integridade física e mental. (Folha de requerimento de internação hospitalar para o Aduino Botelho).

Há as folhas de “Exame no Ato da Entrada”, com identificação (nome do interno e data de realização) e os campos para preencher com avaliações e exames: físico e mental (que, na maioria das vezes, se restringiam ao escrito: “Bom” e “agitado” – respectivamente), seguido da anamnese.

As anamneses seguiam um padrão de organização: Dados de identificação (nome, idade, sexo, cor, profissão, estado civil, naturalidade, residência); antecedentes hereditários; antecedentes pessoais; antecedentes sociais; história da doença atual; e, por fim, a assinatura de quem a realizou o internamento e a data. Destaca-se que as anamneses realizadas no período de internação do hospital Colônia estavam quase todas preenchidas, datilografadas, legíveis e com bastante informações, além de estar registrada uma proximidade com o Escritório de Higiene Mental, o qual, por vezes, era o responsável por realizar a anamnese. Foi encontrado um registro de anamnese colhida em aula prática do Curso de Higiene Mental no ano de 1941 efetuada pelo alienista do Serviço de Higiene Mental Cerqueira Cesar - o que revela a existência dessa formação no início do S.A.P.S. para os profissionais que iriam trabalhar nesses espaços. Especialmente as internações no Aduino Botelho estavam incompletas e a escrita de difícil compreensão.

No campo de antecedentes hereditários era “vasculhada” toda a família do interno quanto seu tipo físico, vícios, comportamentos, doenças que tinham ou tiveram, presença de anormalidades ou doenças mentais, ou em alguns com menos informações, apenas se estavam vivos os parentes e se eram sadios: “Pai vivo, sadio, de estatura baixa e compleição robusta. Trabalhador e abstinente, temperamento calmo. Mãe viva, de estatura comum, asmática e irritadiça. Na família houve caso de perturbação mental, na pessoa do avô materno. Um tio paterno sofria epilepsia” (Caixa ABCDE. Prontuário do paciente CDO, 1947).

Nos antecedentes pessoais, há o registro desde o nascimento, o tipo de parto, a idade dos pais, os comportamentos do interno quando mais novo (de bebê a criança), sendo registrado aquilo que poderia trazer indícios de uma doença psiquiátrica: “Quando tinha idade de 8 a 9 meses dava uns gritos e se assustava, mas os pais nunca tiveram a preocupação de levar ao médico” (Caixa GHI. Prontuário do paciente GMMDS, 1969). E outro exemplo: “[...] primeiras crises aos 2 anos [...] sem que se desenvolvesse sua mentalidade, ficou atoleimado, desorientado no tempo, ignorante das coisas mais rudimentares [...] desde a primeira crise parou o desenvolvimento de sua inteligência, poucas coisas aprendeu.” (Caixa J. Prontuário do paciente JRDA, 1941; suprimimos).

No campo de antecedentes sociais eram anotadas as informações: situação familiar (casados ou não), ambiente familiar (lar ajustado ou não), informações sobre os estudos e escolarização e a situação econômica familiar (a maioria registrada como péssima). Alguns ainda traziam dados sobre amigos na infância e adolescência.

Por fim, a história da doença atual: relaciona à crise algum acontecimento dos últimos dias ou do passado e apresenta a sintomatologia (por exemplo: não fala, não come, não dorme, chora pelos cantos). A seguir, apresenta-se o registro da anamnese no campo história da doença atual do menor MLFEC de 13 anos, internado como pensionista por quatro meses no ano de 1941 no Hospital Colônia. A informante foi sua avó com quem residia desde a morte de sua mãe aos sete anos.

Sempre foi o indagado uma criança anormal. Sua conduta era muito diversa das demais crianças; não gostava de correr nem brincar, não tinha amigos, não gostava de convivência entre outros meninos. Levava vida abstrata por nada se interessando, passava os dias sentado num canto, entregue a tal egocentrismo que nem das refeições fazia casos, muitas vezes. Não era como em geral todas as crianças- traquinas; nunca demonstrou desejo de possuir brinquedos. Falava sozinho frequentemente, sempre tinha a boca aberta e ar atoleimado, em nada ocupando o tempo, vivendo em completa inação. Quando falava só, sempre se dirigia a um certo personagem invisível. Sempre teve sono agitado, falando durante a noite (até os 10 anos apresentou enurese noturna). Tinha o costume de rejeitar os alimentos pela manhã e a noite, alimentando-se demasiadamente ao meio-dia. Nunca esteve na escola,

em virtude de sua visível incapacidade mental. Raramente falava com os familiares (geralmente só quando interpelado). Nunca banhou-se por si mesmo; também era necessário que lhe cortassem as unhas, pois não tinha iniciativa para coisa alguma. Costumava falar só em dois tons: um grave e outro agudo (perguntas e respostas). Esteve em um convento de carmelitas para ver se aprendia algo com os frades. Compreendendo o diretor desse convento a inutilidade de tal tentativa, mandou-o de volta para casa. Foi então que o doente começou a fazer discursos cujos assuntos principais eram saudações à aniversariantes imaginários. Deu também contar histórias compostas pela sua imaginação doentia. Há cerca de 6 meses, saindo a informante para fazer compras, ao regressar encontrou-o alucinado, querendo subir nas paredes, correndo agitado e dizendo que o “cão” estava nele ou que ele mesmo era o “cão”. Dizia ainda que seu amigo “Chico Chaves” (nunca a informante ouvira tal nome) havia chegado e lhe mandava quebrar tudo, incendiar a casa e matar a avó, acrescentando: “eu só não a mato porque sou bom neto”. Tornou-se então pornográfico, violento, colérico, afirmando sempre ter grande ódio à avó. Cometia atos “indecentes”, obscenos; deu para se exhibir despido, empregando esforços para assim apresentar-se às visitas brincando com os órgãos genitais, etc. Quebrava móveis, louças, incendiava as roupas. Quando porém, saía de casa para passar dias em casa de parentes ou para fazer visitas em companhia da avó, portava-se de tal modo, que ninguém desconfiava que tivesse estado alucinado ou violento. Quem não o conhecesse então, não desconfiaria ser ele doente. Logo porém que chegava em casa, recomeçava a fazer desatinos. Assim, 6 meses se passaram, sem haver fazes de melhoras, até que foi internado no Hospital Colônia. (Caixa MN. Prontuário do paciente MLFEC, 1941).

Ou ainda outros registros sem muitas explicações:

Sempre foi uma criança normal. Frequentou a escola aos 8 anos, tem bom senso de aprendizagem e bom relacionamento na escola e com os amigos. De noite estudava e trabalhava na roça durante o dia. Dormiu e acordou assim, cuspindo nas pessoas e falando coisas sem nexos. (Caixa J. Prontuário do paciente JVN, 1977).

A história da doença de JVN, menor de 14 anos internado em 1977 diferencia-se muito da riqueza de detalhes de MLFEC, porém possui o mesmo peso na caracterização psiquiátrica e seu enquadramento justificando a internação - reforçando o que Goffman (1961) fala de que o que vale é a interpretação e a leitura do médico não tanto os fatos da vida.

Durante a internação eram feitos os seguintes exames com as suas respectivas orientações no preenchimento<sup>60</sup>:

- **Exame neurológico:** Estática, Orientação, Motilidade, Sensibilidade, Refletividade, Troficidade, Pert. Vaso-Motores, Órgãos dos Sentidos, Exames complementares (quase todos em branco ou apenas constando- sem alteração ou normal).

---

<sup>60</sup> A maioria em branco nos prontuários, especialmente nas internações do Hospital Adauto Botelho

- **Exame psíquico:** Grau de cultura; atenção; concentração; compreensão; associação de ideias – fuga de ideias, ou simples aceleração na marcha do pensamento, confusão; exame dos escritos na forma gráfica como no conteúdo. Memória, recordação de fatos antigos e recentes: noção do meio, lugar e tempo. Percepção, ilusão e alucinações, que espécie de perturbação sensorial. Delírio sistematizado, difuso, coerente, desconexo lógico, absurdo, de caráter expansivo, depressivo, periódico, contínuo, quais as ideias predominantes. Psicomotilidade – movimentos voluntários, barragem, torpor, excitação. Estado de humor predominante. Sentimentos éticos- pudor, indiferença pelo meio social ou pela família. Capacidade de trabalho; reações no meio social.

- **Exame somático:** Dados Biotipológicos, hábito externo, vícios de conformação – Congênitos, Adquiridos, Aparelho Respiratório, Aparelho Circulatório, Aparelho Digestivo, Órgão-Gênito-Urinários Glândulas de Secreção Interna.

Outra folha presente continha para ser preenchido: Súmula, Diagnóstico, Tratamento; e, em alguns, Alta e Intercorrências.

Em um prontuário, do menor MVDS, de 16 anos no ano de 1952, foi identificado o uso de testes psicodiagnósticos de Rorschach e Miocinético.

O teste de Rorschach tem por objetivo informar sobre a estrutura da personalidade. É composto por dez lâminas ou pranchas contendo borrões de tinta de contorno não definido e de textura variável, com simetria, tendo como referência um eixo vertical (FREITAS, 2005). O examinado deve dizer o que lhe parece ou o que faz lembrar cada mancha, suas respostas serão posteriormente mensuradas e avaliadas fornecendo elementos para compreensão de sua personalidade e possíveis conflitos em sua vida.

A seguir apresenta-se o relatório do psicodiagnóstico de Rorschach realizado em MVDS assinado por um psicologista no ano de 1952:

O paciente mostrou-se com boa disposição para fazer o teste, embora sua atitude antes e depois do exame tivesse sido de alheamento e desinteresses.

O protocolo é pobre, pois foram rejeitadas 6 pranchas. O total de respostas obtidas é 5, o que, evidentemente, não permite um estudo mais detalhado da personalidade do paciente.

As respostas dadas revelam um universo da vida bastante restrito (estereotípiia absoluta para “animal”), uma inteligência abaixo da média, com elaborações mental pobre, limitando-se o paciente a “reconhecer” o mundo exterior nos seus aspectos mais simples e óbvios.

Entretanto, a ausência de respostas características das oligofrenias sugere tratar-se mais de um “rebaixamento mental” que de uma simples debilidade.

O fato de as respostas todas terem sido determinadas pela forma, não estando presente no teste nenhuma outra determinante, nem mesmo como secundário, indica que a afetividade do paciente é descolorida, sendo todo o quadro emocional afetivo bastante apagado.

As 6 rejeições (incluindo a da prancha III que só aparece nas psicopatias) e o tipo das respostas obtidas sugere tratar-se de uma personalidade altamente esquizoide. Entretanto, a ausência de respostas nitidamente patológicas que o paciente mantém ainda um contato relativamente satisfatório com o mundo exterior. (Caixa MN. Prontuário do paciente MVDS, 1952).

O psicodiagnóstico miocinético consiste numa técnica projetiva que tem por objetivo avaliar a personalidade por meio de desenhos feitos a lápis pelo paciente. Fundamenta-se na ideia de que é possível avaliar os traços da personalidade por meio de alterações do tônus postural (ESTEVES, 2004).

O resultado do psicodiagnóstico miocinético de MVDS é transcrito a seguir:

O P.M.K. foi aplicado a fim de serem pesquisados os possíveis sinais patológicos.

O exame qualitativo do teste revela:

- a) agressividade além da média, mas sobretudo latente. A agressividade exteriorizada aparece com algum controle.
- b) os fatores constitucionais indicam uma forte predisposição às alterações psíquicas mais graves.

Sinais patológicos:

- a) tendência do desvio axial, na mão esquerda;
- b) reversões práxicas (nas duas mãos);
- c) ângulos nulos (nas duas mãos);
- d) tendência à perda da configuração no zig-zag;
- e) (*palavra não compreendida*) da escada;
- f) Tremores nos lineogramas das duas mãos.

Estes sinais aparece comumente nos esquizofrênicos. A falta de familiaridade do paciente com o manuseio do lápis prejudicam um pouco a aplicação do teste, não permitindo precisar com segurança o grau de desadaptação do paciente, sendo apenas possível afirmar tratar-se de um desajustamento em base psicótica, e não neurótica. (Caixa MN. Prontuário do paciente MVDS, 1952).

Por fim, recebendo o diagnóstico de esquizofrenia pelo psiquiatra, os testes revelam-se como instrumentos de poder e classificação, apoiando a prova da realidade da doença mental e justificando o diagnóstico dado.

Outro teste que apenas estava registrado seu resultado, não sua aplicação, foi o teste de Q.I. (Quociente de Inteligência). Serve para identificar a idade mental dos indivíduos, bastando dividir a idade mental obtida nos testes pela idade cronológica, multiplicando-se este resultado por 100. Assim tem-se com precisão classificações como: normal, avançado, retardado, limítrofe, débil, talentoso, genial (LOURENÇO FILHO, 1978). Os tipos diferentes de oligofrenias seguem o número do QI para sua caracterização além de evidências clínicas: oligofrenia debilidade mental (subnormalidade mental leve QI 50-70); oligofrenia imbecilidade (subnormalidade mental moderada QI 35-49); oligofrenia grave

(subnormalidade mental grave QI 20-34); oligofrenia profunda idiota (subnormalidade mental profunda QI abaixo de 20) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 215).

Em muitos casos, as avaliações não eram concluídas antes de iniciar o tratamento, como exemplo o caso do menor de 18 anos, JM, que passou nove meses internado no ano de 1953, como indigente. Encaminhado pela polícia por estar perambulando em via pública, doente mental e mudo. Em seu exame psíquico diz que o menor não fala e é também surdo, apresentando gestos e mímicas tumultuosos. Após algum tempo de internação, registra-se a seguinte observação: “[...] se submeteu ao eletrochoque e não falou, o que prova que sua mudez é orgânica.” (Caixa J. Prontuário do paciente JM, 1953).

Além do diagnóstico, em alguns casos era dado o prognóstico do doente, marcando sua carreira moral: “[...] paciente é retardada, não quis estudar, trabalhar, não teve amigos, não gostava de brincar com outras crianças. Ao chegar na puberdade todo o quadro piorou. Passando a só andar pelos cantos – onde fazia suas necessidades fisiológicas- chorando e masturbando-se. Prognóstico: sombrio.” (Caixa MN. Prontuário do paciente MCDS, 1974).

O poder psiquiátrico, na condição de uma tática de sujeição dos corpos dentro de uma física do poder que irá constituir os indivíduos, se dá dentro de um jogo entre o corpo do louco e o corpo do psiquiatra que está acima dele, que o domina e o absorve - essa é a microfísica do poder psiquiátrico. Ao mesmo tempo em que se tem o sistema disciplinar, o poder médico (em que o hospital seria seu corpo), tem-se o poder do doente, pois é ele quem passará pela prova psiquiátrica, é ele quem irá entronizar o psiquiatra como médico (em seu papel disciplinar) ou que vai fazê-lo desempenhar seu papel de médico (FOUCAULT, 2006).

Assim, o processo de avaliação diagnóstica, iniciado desde a entrada do doente mental no hospital, registrada no momento de abertura de seu prontuário (registros que se tornam constantes, se não do todo, ao menos dos procedimentos medicamentosos e do comportamento do interno, se calmo ou excitado, como é o caso dos prontuários identificados) auxiliará na prova da realidade da doença que é o que entroniza o psiquiatra como médico e faz funcionar a demanda como sintoma. Assim, Foucault (2006) destaca o interrogatório, as drogas e a hipnose (não aplicada nos casos estudados) como provas da realidade.

É no interrogatório que o responsável pelo internamento e a própria pessoa irá reconhecer-se doente e, assumindo essa subjetivação, iniciará seu processo de cura.

A prova da realidade da doença pode ser feita por meio das avaliações concretas (já descritas) ou testes padronizados ou ainda por meio da perícia e avaliação clínica da história dos internos. Dois casos merecem destaque exemplificando isso.

Um deles é de VEDS, menor de 18 anos, internado por dois meses no ano de 1961, como pensionista, pelo pai adotivo. Em conformidade com os dados de sua anamnese, seu pai era falecido e sua mãe abandonou o lar quando ele tinha cinco meses de idade, sendo criado por uma senhora. Quando ainda criança passou por operação na cabeça para tirar água. Começou a estudar aos oito anos e, pelo fato de irritar-se com as professoras, queixando-se sempre de dor de cabeça, mudava frequentemente de escola. Coursou até o 3º ano primário. A última escola que estudou foi do Serviço Nacional da Indústria (SENAI), iniciando-se na arte de alfaiate. Depois da morte da mãe de criação, passou a ter distúrbios de conduta. Como resposta a um pedido do Juizado de Menores para avaliar a sanidade mental do menor, foi elaborado o seguinte laudo:

[...] seu estado de conduta impede de submeter-se a testes de quociente intelectual, contudo, a falta dos critérios psicoexperimental (testes) não nos impede de afirmarmos que o paciente é um oligofrênico baseado nos dados colhidos na anamnese: seriam seus pais mentalmente normais? Uma mãe que abandona os três filhos não seria uma personalidade psicopática? Assim as deficiências percebidas desde a infância na dificuldade de aprendizagem já não demonstram ser um déficit no desenvolvimento mental? E a macrocefalia? Tendo teria a sua natureza? Todas essas conjecturas falam a favor da oligofrenia [...] Estes fatos confirmam a opinião de Tredgold quando afirma: deve considerar-se como deficiente mental toda pessoa que tenha um estado de menor potencialidade ou detenção do desenvolvimento cerebral, em virtude do qual uma vez chegada a vida adulta, ou seja impossível adaptar-se à maioridade e manter-se independente de toda a ajuda ou proteção externa. Passamos em seguida a responder aos quesitos: 1º o paciente sofre das faculdades mentais? Resposta: sim. 2º em caso afirmativo qual a natureza da moléstia e se essa é permanente ou transitória? Resposta: oligofrenia, doença permanente. 3º o paciente se acha incapaz de governar a sua pessoa e administrar os seus bens? Resposta: sim. (aa) Jorge Vieira (relator), Dr. Renato Mezza Lucas. (Caixa V. Prontuário do paciente VEDS, 1961).

Contudo, no ano seguinte, em 1962, há um novo laudo que diz que o menor não era incapaz, que seu interesse era de continuar recebendo a pensão do pai.

Isso demonstra a fragilidade do diagnóstico, em que se buscam provas de sua verdade na história, na hereditariedade, nas doenças passadas, no comportamento da criança, ainda justificadas cientificamente por teorias e a literatura que respaldava os médicos na época. O discurso produz práticas de objetivação do menor na condição de louco - oligofrênico,

incapaz. Prova-se, e depois se recua, por intermédio de outras objeções. O que inicialmente foi diagnosticado como oligofrenia depois recebe o diagnóstico de personalidade histérica.

Outro exemplo em que a história de vida é usada como prova da realidade – também no encontro entre Justiça e Psiquiatria - é o caso de MMS. A menor, de 11 anos, passou um mês internada em 1956 no Aduado Botelho voltando em 1957, pois foi abandonada pela mãe. A primeira vez foi encaminhada pelo juiz e a segunda pela polícia. Primeiro o discurso do juiz para o encaminhamento ao hospital diz que a menor estava internada no Orfanato Imaculada Conceição de São Cristóvão. A menina foi encontrada por um viajante na estrada e levada para lá. Quando contou sobre o sofrimento que lhe foi impingido pelo tio, foi examinada duas vezes, averiguando a cópula. No orfanato, começou a ficar agitada, esconder-se e dizer que via os pais mortos. Na investigação, descobriu-se que a mãe era viva, e esta disse que a menina era louca e que tinha 14 anos. Soube-se também que estava empregada em uma casa em Simão Dias e, acusada de roubo, fugiu.

O registro em sua anamnese diz que a menina foi mandada pelo juiz e estava em um orfanato, que o tio a espancava, era bêbado e deitou-se por cima dela. A menina pedia para morar no hospital e chamava o médico de pai pedindo sua bênção. Eis a súmula de seu caso pelo psiquiatra:

Estamos sem dúvida alguma diante de uma criança neurótica. Não se trata propriamente de uma doente mental. As condições desajustadas do ambiente tornaram a criança doente. Vivia escorraçada e espancada pelo tio. Sofreu traumatismos físicos e principalmente psíquicos, aliado ao sentimento de perda de proteção devido a ausência dos pais. A falta de carinho, proteção e o pauperismo (com suas desvantagens!), eram transformados em medo e angústia. A criança traduzia esses medos pelo assombro, choro, revolta, furto e até a própria queda na marcha nada mais significava que um desejo invertido de afeto. Tratamento: essencialmente psicoterápico visando inspirar confiança e amor à pequena paciente proporcionando um ambiente apropriado a sua idade. (Caixa MN. Prontuário do paciente MMS, 1956).

A história foi levada em conta na sua “absolvição”; ainda que não fosse considerada doente mental, recebeu o diagnóstico de neurose associada a oligofrenia, em seu prontuário, bem como o tratamento recomendado pela avaliação médica não corresponde aos registros de seu prontuário que são somente medicamentosos.

Quanto aos tratamentos, foi identificada como a principal prática utilizada em todos os casos: medicamentoso. Há relatórios de enfermagem de mais de 20 folhas só registrando os procedimentos com medicamentos na maioria dos prontuários (há exceções em que não há nenhum registro - prontuários em branco). A eletroconvulsoterapia e a insulino-terapia

também foram muito utilizadas. Todos os casos, por exemplo de oligofrenia, foram submetidos a eletrochoque, e muitos casos registrados como sem perturbação mental foram submetidos à insulino-terapia.

Por fim, concluindo o conteúdo presente nos prontuários, outros registros foram identificados como: Relatório de Enfermagem (administração de medicação - qual o medicamento, horário, data); Relatório de Eletroconvulsoterapia; Relatório de Insulino-terapia; Ficha de Registro dos Ciclos Menstruais; Pedidos e Resultados de Exames de urina, líquor, dentre outros (realizados, em sua maioria, pelo Laboratório do S.A.P.S.); carta ou qualquer papel que tenha sido escrito pelo interno na internação.

A terceira fase apresentada por Goffman (1961) é a de ex-doente, após a internação, e se inicia com a alta. Poucas foram as altas registradas nos prontuários, as que foram relatavam: “alta melhorada” – que significava ter sido dada pelo médico. Outros casos as altas foram feitas a pedido da família, que assinavam um termo responsabilizando-se por isso e pelos danos que isso traria ao paciente e seu tratamento, ou ainda altas por evasão (fugas).

O que acontecia depois com os ex-internos só foi registrado em alguns prontuários de pacientes do Hospital Colônia, pois há registros de relatórios referentes às visitas realizadas por monitores de Higiene Mental. Não foram identificados relatórios em internações no Aduino Botelho ou Garcia Moreno, o que sugere que esta prática foi diminuindo até se extinguir.

Nas três fases da carreira moral dos menores: pré-paciente, interno e ex-paciente, identificaram-se casos que dialogam com a educação. A seguir serão analisadas tais tessituras na história dos menores *anormais*.

### 3.6 A EDUCAÇÃO NA TESSITURA DAS HISTÓRIAS DOS ANORMAIS: RUPTURAS, NEGAÇÃO, DESISTÊNCIAS E IMPOSSIBILIDADES

As possibilidades de educação e escolarização configuraram ferramentas de caracterização da loucura/anormalidade na infância, como local e propulsora do início da doença mental e revelou as possibilidades educacionais aos menores aqui registrados – as negações quanto à educabilidade (nunca chegando à escola), as dificuldades de continuidade dos estudos e de retorno dos mesmos, depois de adquirido o status de doente, revelando as rupturas e incoerências com o que era preconizado tanto na literatura quanto no desejo de tornar o Brasil uma potência, por meio da educação e civilização, ao mesmo tempo em que

condiz com a literatura da história da infância *anormal* que revela sua incompatibilidade com os sistemas educacionais – produzindo sua constante exclusão, alimentando as instituições psiquiátricas e especializadas.

Dessa forma, os discursos obtidos sobre a educabilidade dos menores tanto estiveram presentes em suas anamneses servindo de sintomas diagnósticos como revelaram as possibilidades ou não de educação que a criança teve antes do internamento, bem como as tentativas de retorno à escola, iniciando uma vida pós-internação (nos casos em que foram registradas as visitas dos monitores de higiene mental, por exemplo, possibilitando essa compreensão).

Foram vários os casos de negação da educabilidade dos menores, não havendo em sua história qualquer registro de tentativa de educação. Esses *anormais* analfabetos, não educáveis são os oligofrênicos idiotas, portadores de debilidade mental ou imbecilidade, às vezes associadas à epilepsia, ou outros casos com esquizofrenia ou personalidade psicopática como o já relatado de MLFEC de 13 anos que nunca esteve na escola por sua incapacidade mental (Caixa MN. Prontuário do paciente MLFEC, 1941).

Outros dois casos que ilustram o aqui relatado são de uma menor epiléptica e de um menor esquizofrênico catatônico. Segundo informações de seu prontuário, ainda que o primeiro ataque de MDDDS tenha sido aos 12 anos, nunca frequentou a escola e era tratada como um animal em casa pelo pai, passando fome, não podendo sentar em cadeiras, só no chão (Caixa MN. Prontuário do paciente MDDDS, 1966). Já o menor diagnosticado com esquizofrenia, JCO, nunca foi à escola, pois foi criado no mato (Caixa J. Prontuário do paciente JCO, 1951).

Muitos têm o registro de suas anormalidades desde o nascimento, fazendo com que crescessem “abobados” não permitindo que frequentassem a escola. Como o menor JCA:

[...] com 4 meses de nascido começaram a notar a cabeça crescida, de olhos estrábicos e uma conformação esquisita [...] marcha e prolação aos dois anos. Cresceu um pouco atoleimado, mas era capaz de transmitir recado. Não frequentou escola, pois julgavam que ele não aprendia. (Caixa J. Prontuário do paciente JCA, 1944; suprimimos).

E do menor JS: “[...] analfabeto, surdo-mudo de nascença, cresceu abobado, idiota [...] seu estado mental não lhe permitiu frequentar a escola.” (Caixa J. Prontuário do paciente JS, 1945; suprimimos).

Embora não houvesse a negação da possibilidade de educação, muitos foram retirados das escolas devido ao julgamento de sua incapacidade de aprender. Suas limitações, suas dificuldades não permitiram que permanecessem no espaço compartilhado da escola. Foram

várias as histórias que compartilharam desse mesmo fato, portanto aqui serão apresentados somente alguns exemplos.

GDS, menor de 18 anos, internada em 1942, diagnosticada com epilepsia: “Gostava do ambiente escolar, mas sempre encontrou grandes dificuldades na aprendizagem, sendo fraco o aproveitamento. Quando aplicava a atenção na leitura, doía-lhe a cabeça não podendo continuar” (Caixa FGH. Prontuário do paciente GDS, 1942).

JML, menor de 18 anos, internado por oito anos em 1941, com diagnóstico de esquizofrenia: “[...] frequentou escola por cinco anos. Nunca se opoz a comparecer as aulas; também nunca mostrou entusiasmo pelas mesmas, limitando-se apenas a obedecer. As várias tentativas de aprendizagem escolar resultaram infrutíferas. Era moderadamente castigado.” (Caixa J. Prontuário do paciente JML, 1941).

MDS, menor de 15 anos, internada em 1942, diagnosticada como personalidade psicopática:

Iniciou a escolaridade aos 8 anos. Nunca se adaptou ao ambiente escolar, mostrava-se desinteressada e dificultando o aprendizado. Frequentes vezes fingiu-se doente para não comparecer à aula. [...] nunca amostrou inteligência e a prova disso é que após sete anos ainda estava no segundo ano primário. (Caixa MN. Prontuário do paciente MDS, 1942; suprimimos).

FA, menor de 17 anos, internado em 1967, com diagnóstico de epilepsia: “[...] estudou até o 2º ano, a cabeça não deu para mais” (Caixa F. Prontuário do paciente FA, 1967).

LA, menor de 18 anos, internado em 1971, diagnóstico em branco: “Frequentou escola até o 4º ano primário, não concluindo por falta de inteligência.” (Caixa L. Prontuário do paciente LA, 1971).

Um caso em especial teve seu percurso escolar interrompido por uma avaliação médica. Foi o de LCS, menor de 17 anos, internada em 1956, com diagnóstico de psicose psicogênica: “[...] estudou até o 5º ano primário, obtendo o certificado e fez o 1º ano ginásial. Não prosseguiu os estudos porque um médico aconselhou-a a interrompê-los em vista de considera-la fraca do cérebro.” (Caixa L. Prontuário do paciente LCS, 1956).

O abandono, além da incapacidade do próprio menor, também foi relacionado a outros motivos, como necessidade de trabalhar abandonando os estudos, ou falta de recursos dos pais, como foi o caso de NGP, menor de 18 anos internado em 1941 com diagnóstico de epilepsia:

Foi o paciente uma criança normal, isto é, alegre e gostando de brincar. Era moderadamente castigado, obedecia bem e nunca apresentou desvios de conduta ou traços de caráter malvado. Iniciou a vida escolar aos sete anos, referem que não era só inteligente, mas tinha grande amor à escola “aprendia

tudo que lhe ensinavam”. Não chegou a completar o primário por falta de recursos do genitor. (Caixa MN. Prontuário do paciente NGP, 1941).

Houve menores que estiveram na escola por meses a três anos e aprenderam somente a ler e escrever o próprio nome e aqueles que conseguiram concluir o primário.

Alguns ainda estudavam no momento do internamento, havendo uma ruptura da continuidade escolar, como HFF, menor de 17 anos, internado em 1968, com diagnóstico de esquizofrenia paranoide: “[...] estudante secundário, estudou até o 3º ano de contabilidade, não tendo diplomado pelo início da doença” (Caixa HIJ. Prontuário do paciente HFF, 1968). E outro exemplo, MLV, menor de 17 anos, internada em 1945, diagnosticada com epilepsia e oligofrenia:

Frequentou escola, deixando em virtude da moléstia em que foi acometida. Tinha gosto pelos estudos e facilidade em aprender. Estimada pelos professores. Há cinco anos foi vítima do primeiro ataque – depois dele abandonou os estudos a pedido dos pais, pois tinha dificuldade em aprender, ficou um tanto lesa. (Caixa MN. Prontuário do paciente MLV, 1945).

Alguns menores tiveram a causa de suas doenças atribuídas aos estudos, por ter ficado impressionado, por preocupação excessiva ou frustração. Os casos a seguir exemplificam isso:

JLJDO, menor de 17 anos, internado em 1965, diagnosticado com esquizofrenia hebefrênica: “[...] cursa 3ª série ginásial [...] impressionou com os estudos e diz que quer estudar, força assim, doente, foi para o colégio, chegando lá e quebrando tudo.” (Caixa J. Prontuário do paciente JLJDO, 1965; suprimimos).

MDLG, menor de 16 anos, internada em 1944, com diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica: “Frequentou o curso primário, conseguindo tirar o curso primário [...] gostava apenas dos estudos. Por ter reprovado ano passado ficou desgostosa e triste. Ficou retraída e calada. Começou a ter alucinações [...]” (Caixa MN. Prontuário do paciente MDLG, 1944; suprimimos).

MMC, menor de 17 anos internada em 1968, diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica: “[...] há dois anos piorou, precisou internar-se por causa dos estudos, preocupava-se muito, quando não sabia a lição não dormia e chorava muito [...] quando está muito atacada diz bobagens e fala nos colegas.” (Caixa MN. Prontuário do paciente MMC, 1968; suprimimos).

Alguns casos tiveram o primeiro surto identificado na escola por brigas e conflitos com os colegas, mau comportamento e dificuldades para seguir as regras (como o caso de JZF, menor de 13 anos do Aprendizado Benjamin Constant já relatado), crises de

agressividade e de destruição ou ainda uma reação diante de algum acontecimento no cotidiano escolar. Os exemplos a seguir ilustram isso.

JMDS, menor de 16 anos, internado em 1969, diagnosticado com psicose maníaco-depressiva teve um surto na escola - chegando lá disse que ia consertar o carro do professor, mas não estava quebrado. Chegou em casa jogou as ferramentas suas no chão e chorou, não dormiu mais desde então (Caixa J. Prontuário do paciente JMDS, 1969).

MDCDC, menor de 17 anos, internada em 1967, diagnosticada com personalidade psicopática, diz em sua anamnese que constituiu “[...] problema escolar constante e crescente, não atendia a seus deveres na escola e gazeava as aulas, tendo fugas constantes.” (Caixa MN. Prontuário do paciente MDCDC, 1967).

MAS, menor de 14 anos, internada em 1972, diagnosticada com esquizofrenia hebefrênica, frequentava o 4º ano primário quando teve uma forte gripe e faltou à escola. Chegando à escola, a professora de Educação Física lhe colocou três faltas, depois disso a menina ficava repetindo “física três faltas”, começou a quebrar móveis em casa e ficar agressiva (Caixa MN. Prontuário do paciente MAS, 1972).

Informações referentes ao pós-internamento, às possibilidades de educação ou retorno à escola ao deixar o hospital foram poucos os casos registrados, restringindo-se a dois prontuários de menores internados no Hospital Colônia, no qual foram registradas as visitas dos monitores de higiene mental. Outra fonte que permitiu ter uma noção desse processo foi a entrevista realizada com MJDS.

No prontuário do menor JGDS de 18 anos internado em 1941, diagnosticado com oligofrenia debilitada mental, há um ofício encaminhado do hospital Colônia ao Escritório de Higiene Mental falando da alta do hospital e pedindo um “entendimento” do monitor de higiene mental com o delegado e uma professora para receber o menor na cidade que residia - Barra dos Coqueiros. Este encaminhamento é único em toda pesquisa, demonstrando certa preocupação com o ex-interno quanto à sua educabilidade, ainda que se reconheça em seu prontuário sua anormalidade e impossibilidade de aprender: “[...] entrou na escola aos sete anos, após três anos nada aprendeu e abandonou-a. É anormal desde criança, tornou-se aboucado, não correspondendo o desenvolvimento físico com o mental.” (Caixa J. Prontuário do paciente JGDS, 1941).

O registro da visita do monitor de higiene mental ao menor CMDS, de 15 anos, internado em 1941, com diagnóstico de esquizofrenia, traz os seguintes relatos referentes à escola após seu regresso à família:

[...] Tendo ido à escola noturna logo depois que voltou do hospital, recusou-se a lá voltar, alegando que a cabeça doía. Procuramos saber se alguém o havia irritado lá, porém, a progenitora acha que não, porque a professora havia previamente ameaçado de castigo a quem se referisse a doença de C, ou a quem o irritasse. Informou-nos a mãe do egresso que este sempre foi agoniado na escola, tendo em criança quebrado a carteira do estabelecimento que frequentava [...] Esperamos a chegada do egresso, com o qual conversamos. Confirmou de certa maneira as declarações de sua mãe. Disse que não voltou à escola porque não gosta do “modo de ensinar” da professora atual, tendo garantido frequentar as aulas logo que a professora da cadeira regressasse da Baía (sic). (Relatório de visita realizada em novembro de 1941. Caixa ABCD. Prontuário do paciente CMDS, 1941; suprimimos).

Em outras duas visitas do monitor em março de 1942, há o registro de que o egresso não quer mais frequentar a escola, atribuindo os familiares essa recusa ao fato de ter sido o egresso caluniado por um colega. E na outra: “[...] o egresso tem perturbado as aulas de escola dali, assustando e perseguindo seus alunos e alunas.” (Relatório de visita realizada em março de 1941. Caixa ABCD. Prontuário do paciente CMDS, 1941).

O relato de MJDS, internada aos 13 ou 14 anos, em 1979, também revela um pouco da realidade vivenciada no retorno à escolarização:

Ai foi indo, foi indo, foi indo, ai teve uma médica que passou uma medicação que eu fiquei melhor né, fiquei bem melhor. Ai eu comecei, eu queria ir pra escola porque eu gostava muito de estudar, entendeu? Que minha mãe não sabia ensinar, só sabe assinar o nome, meu pai não sabia nem assinar o nome [...] Pronto, foi uma confusão, depois eu fiquei boa. Minha cabeça começava a doer e eu começava a gritar, queria bater no professor. Aí eu voltava pra casa. Foi, eu voltei pra escola, porque o meu choro era mais pra voltar pra escola, quando eu fiquei no hospital eu não me lembrava de escola nem de nada. Quando eu tentava ir para o colégio, eu tentava estudar, mas não conseguia, porque pra mim o professor estava me irritando, aí dava vontade de bater no quadro, arrancar o quadro da parede, e bater no professor, arrombar a cabeça dele no quadro, aí eu baixava a cabeça e começava a chorar, uma vez eu ia bater, minha colega viu que eu estava agitada, porque ela sabia, que ela morava perto, aí dizia “não, vamos pra casa”, e eu com a cabeça doendo. Não sei se minha mãe conversou na escola, não lembro também, aí ele dizia “pode ir, pode ir”, eu começava a chorar e dizia “quero ir pra casa, quero ir pra casa”, chegava em casa e tomava remédio aí me acalmava [...] depois que fiquei internada, eu ficava muito agitada, eu não conseguia ficar quieta num canto, eu sentava e levantava [...] Eu ia pra escola, quando era mais pequena, eu já sabia ler, sabia escrever, agora eu tenho muita dificuldade. Assim, pra decorar as coisas, fiz o curso, tomando meu remédio tudo direitinho, fiz o curso aí parei, minha mãe pagou, curso de enfermagem, muita coisa eu me lembro, muita coisa eu não me lembro. Minha mãe falou com o advogado e ele disse que eu era doída que não era pra ir mais. Eu não sou doída, eu não sou doída não [...] (MJDS - entrevista concedida em 7 de dezembro de 2016; suprimimos).

Tanto o registro de CMDS como o relato de MJDS revelam as dificuldades vivenciadas pelos ex-internos de retornarem à escola, muito provavelmente tais dificuldades se potencializaram com a internação e os tratamentos submetidos – as dificuldades são ligadas à pouca tolerância no ambiente escolar e reclamação de dores na cabeça – focos no indivíduo. Em ambos os discursos há indícios das formas que eram recebidos no espaço escolar – em um a professora que ameaçou de castigo àqueles que se referissem à doença de CMDS e no de MJDS a tolerância do professor com sua saída das aulas pelas crises de choro e dor de cabeça. Porém, isso não garantiu a permanência e a continuidade no aprendizado desses menores. As alterações comportamentais não “cabiam” no cotidiano da escola, ficando ao final, como no caso de CMDS, como um “mal” a este ambiente: “perturbando as aulas”, “assustando e perseguindo alunos e alunas”.

### 3.7 COTIDIANO INSTITUCIONAL

O eu dos internos é marcado pelo cotidiano institucional a que estão submetidos – marcado por sua organização, pelos discursos que produzem práticas (e são produzidos por elas), pelas representações, apropriações e relações de poder existentes – produzindo mudanças na sua configuração como pessoa.

O cotidiano institucional é delimitado fisicamente por muros, representando uma instituição total, em que todas as necessidades e atividades diárias são realizadas no mesmo local, sob a mesma autoridade. Tais atividades são desempenhadas sempre de modo coletivo, todas as pessoas são tratadas da mesma forma, em horários e numa sequência impostos por regras explícitas pelos funcionários, sendo tudo organizado para atender aos objetivos oficiais da instituição (GOFFMAN,1961).

Entre os hospitais Colônia, Adauto Botelho e Garcia Moreno, há um padrão de práticas institucionais que marcam seu cotidiano e moldam seus internos: a entrada na instituição (anamnese, avaliações e exames laboratoriais), o internamento rompendo as possibilidades de vínculo externo (restrito às visitas recebidas de familiares), as práticas terapêuticas (medicações, eletrochoque, insulinoaterapia) e as altas. Tudo isso marcado pelo isolamento, pelo registro e vigilância constante – táticas do poder disciplinar presentes na instituição.

Há indícios de diferenças entre os hospitais, pois há registros nos prontuários do Hospital Colônia que revelam a possibilidade de realizarem alguns serviços na Instituição

caracterizando isso como um fim terapêutico e que demonstrava sinais de sua melhora, como é o caso do registro no prontuário de JDS, menor de 14 anos internado em 1942: “[...] em pavilhão é inquieto, mas de humor alegre; mexe com os demais, brinca com o pessoal, e quando está bem faz pequenos serviços.” (Caixa J, dados do prontuário do paciente).

Como exemplo do cotidiano dentro do hospital Colônia, apresentam-se algumas práticas registradas no prontuário de JZF, menor de 13 anos internado em 1941, encaminhado pelo diretor do Aprendizado Agrícola Benjamin Constant (sendo reinternado por mais oito vezes, de 1941 a 1946):

- Anamnese e avaliações: há o registro da anamnese contendo seus antecedentes hereditários, antecedentes pessoais, sociais e a história da doença atual – relacionada a um surto após passar as férias em casa, mudando seu comportamento no colégio o que levou seu encaminhamento ao hospital. Tendo recebido o diagnóstico de personalidade psicopática e os tratamentos: insulino terapia, eletrochoqueterapia, medicação e piroterapia.

- Relatório de insulino terapia: antes da aplicação registrava-se pulso, pressão e o número da aplicação (foi submetido a 22 aplicações – 1ª em agosto de 1944 e última em outubro do mesmo ano), data e hora da aplicação. Depois se registrava a quantidade de insulina injetada, a dosagem mensurada de meia em meia hora até o paciente acordar do choque. Além disso, tinha o campo para o registro da observação de algo que tenha acontecido, por exemplo: “O paciente nada apresentou, com 3 horas comeu café e pão [...]” ou “[...] com 2 horas abalos, foi interrompido com laranja e doce [...]”; “Com 2 hs, 35 coma, sudorese, salivagem abundante. Com 50 m. de coma foi interrompido com laranja pela sonda, depois café com pão.” (Caixa J. Prontuário do paciente JZF, 1941).

- Fichas de relatório diário da enfermagem: consiste em relatos pontuais do comportamento: “Esteve calmo pelo dia, excitou-se à noite [...]”; “Esteve excitado[...]”; “Esteve calmo, diz que vai se comportar bem afim de o médico mandá-lo embora [...]”; “Está calmo, pede aos enfermeiros para intervir junto aos médicos afim destes lhe darem alta.” (Caixa J. Prontuário do paciente JZF, 1941).

- Relatório de eletrochoque: entre as aplicações há o registro do comportamento do paciente: “O paciente diz que vai se portar bem, não quer cometer nenhuma falta a fim de ser mandado, logo para casa[...] ”; “O paciente continua o mesmo, na hora do almoço jogou o prato fora porque achou que a bóia não lhe agradava [...]”; “O paciente esteve agitado, chegou ao ponto de ser posto no quarto individual”. Em todos os registros, sempre antes da aplicação esteve agitado, depois calmo e sonolento, tendo uma intercorrência mais séria em uma das

aplicações: “7ª aplicação, o paciente despertou logo após queixando-se de dores e escarrando sangue, foi auscultado, logo, pelo médico e este aplicou-lhe 1 injeção de Cloridrato de morfina, o paciente passou o dia acamado, à noite dormiu bem.” (Caixa J. Prontuário do paciente JZF, 1941).

Em seu exame psíquico há registros que revelam o comportamento do menor e as relações que estabeleceu com a equipe de profissionais da instituição:

Vem ao exame rindo, mexendo com tudo, tratando-nos familiarmente. Orientado no tempo e no espaço. Xinga os enfermeiros, denuncia-os de mil faltas, promete dar uma surra num. Revela um cabedal de conhecimentos muito acima do dos meninos de sua idade. Tem projetos para o futuro, quer ser médico, engenheiro, etc. Ao chegar estava agitado, rasgando as roupas, quebrando a cama. Um dia, sem medicação, apresentou-se perfeitamente bem. Não tendo mostrado melhora até a véspera. É então um menino bem comportado, atencioso, dócil, serviçal. Lá um dia aparece de novo agitado, sendo preciso colocá-lo no quarto individual. Isto sempre sucede quando o paciente já está há algum tempo no pavilhão dos pensionistas ou tranquilos, perdendo então a cerimônia dos primeiros dias. Começa a desobedecer, a ameaçar; e si os empregados discutem, acaba-se a ascendência que tinham sobre o menor, finalmente agitado. Em suma: o menor sai sempre do pavilhão dos agitados para o dos calmos de um dia para o outro, sem que a agitação ceda; colocado no novo aposento, si ninguém lhe dá importância, acomoda-se logo e é como si nunca fora doente. (Caixa J. Prontuário do paciente JZF, 1941).

Ainda em seu prontuário, no campo “Decurso” há registros importantes sobre o discurso produzido na objetivação do interno, de características que justificam seu comportamento patológico e sua internação (no ano de 1942) e na compreensão de seu processo de alta (melhora ou cura) (no ano de 1944):

Está atualmente agitado, tendo passado cerca de uma semana hipoativo, calado, triste. A mudança de humor se processa como sempre da mudança de internação de um quarto para outro.

Esteve muito calmo está agora. Também agitou-se. Agitação tipo hipomaníaca. O pessoal tem notado certa conduta homossexual passiva: anda pegando no pênis de outros doentes. Ao exame somático ginecomastia discreta. Nota-se aliás ter (*palavra não compreendida*) dos mamilos todas as vezes que o doente se agita. (Dados do prontuário do paciente referente ao ano de 1942. Caixa J. Prontuário do paciente JZF, 1941).

O estado mental do paciente é bom. Reconhece o estado anormal que deu lugar a seu último internamento: insultou o Interventor Maynard em plena via pública. Diz que se encontrasse, hoje, o chefe do Governo, pedir-lhe-ia desculpas. Faz promessa de aprender ofício com seu irmão e acredita que, desta vez, após a insulina, ficou curado para sempre. (Dados do prontuário do paciente referente ao ano de 1944. Caixa J. Prontuário do paciente JZF, 1941).

Observa-se que não há registros de práticas diferentes da terapêutica psiquiátrica, seus recursos e instrumentos de validação da prova da realidade da doença por meio das avaliações que se inter-relacionam na justificativa dos sinais e sintomas patológicos (como ginecomastia e sinais de homossexualismo) e os tratamentos que se justificam pela “melhora do quadro” (estar mais calmo após aplicação do choque). Não há nenhum registro referente à qualquer preocupação com a educação do interno. O processo de alta também é importante enquanto prática institucional, pois revela o que se espera do doente para que lhe seja concedida pelo médico além de concentrar toda a realidade imposta pelo poder asilar.

Conforme Foucault (2006), essa realidade está fundada em quatro elementos: a vontade do outro (realidade de confronto do doente, em que sua vontade deve se dobrar ao poder do outro sendo subjugado), o jugo da identidade (caracterizado pela biografia, o passado, que deve ser reconhecida como uma confissão da loucura), a própria realidade da doença (que é contraditória, pois ao mesmo tempo em que se mostra ao doente que ele está mesmo doente, mostra-se a ele que no cerne de sua loucura não existe doença, mas defeito, maldade, falta de atenção, etc.) e, por fim, as técnicas relativas ao dinheiro e necessidades (todo sistema de trocas e utilidades para prover suas necessidades). Assim, a cura para Foucault (2006):

[...] o que é um indivíduo curado, se não, precisamente aquele que aceitou esses quatro jugos da dependência, da confissão, da inadmissibilidade do desejo, e do dinheiro? A cura é o processo de sujeição física cotidiana, imediata, realizada no asilo, que vai constituir como indivíduo curado o portador de uma quadrupla realidade. E essa quadrupla realidade de que o indivíduo deve ser portador, quer dizer, deve ser receptor, é a lei do outro, a identidade a si, a não-admissibilidade do desejo, a inserção da necessidade num sistema econômico. São esses quatro elementos que, quando terão sido efetivamente admitidos pelo indivíduo tratado, vão qualificá-lo como indivíduo curado. (p.222-223).

Ainda sobre as práticas no cotidiano do Hospital Colônia, no prontuário de CMDS, internado em 1941 com 15 anos, sendo diagnosticado com esquizofrenia, há um registro no relatório feito pelos inspetores de higiene mental dirigido ao diretor do S.A.P.S. que revela a prática de medicalização intensa, de dormir muito e das relações entre os internos:

Segundo sua progenitora nos informou, até agora só uma vez se referiu à sua doença sem ser interrogado. Isto, ela soube por intermédio de um de seus amigos, o qual contou-lhe que “C havia dito que tomara injeções *pra pêga*, estando com o corpo todo dolorido”. Pediu ela a esse rapaz que quando C falasse sobre o assunto, não puxassem por ele. Logo que chegou do hospital ela perguntou por um dos internados, o qual conheceu quando de visita ao filho. O egresso respondeu-lhe que “F é falso, olhe a dentada que ele me deu” [...] Atribui a sonolência ao costume que adquiriu no hospital de dormir

muito durante o dia. (Dados do prontuário do paciente. Caixa ABCD; suprimimos).

O trabalho de Arruda (1991), ao revelar a presença de uma capela-necrotério no hospital, também sugere que existiram práticas religiosas ou ao menos de velamento dos corpos no espaço da colônia. Outro ponto de destaque nos prontuários da Instituição era a prática comum de exames laboratoriais nos internos (de urina, tuberculose, líquor e fezes) o que diminui de incidência nos prontuários das demais instituições.

No Hospital Aduato Botelho, os registros encontrados nos prontuários também revelam um cotidiano marcado pelas práticas de medicalização e demais tratamentos (os choques elétricos e insulínicos), contudo, em dois prontuários de menores há indícios de outras práticas como a praxiterapia e a ludoterapia.

No ano de 1971, no prontuário da menor MAS de 16 anos, há o registro feito por um enfermeiro, da solicitação aos seus familiares, de lápis, para atividades praxiterapêuticas com relação à paciente (Caixa MN. Prontuário do paciente MAS, 1971). Limitando-se apenas a este registro, não há mais nada em seu prontuário que revela que isso realmente foi disponibilizado.

Sobre a ludoterapia, encontrou-se no prontuário do menor JABL de 18 anos, internado em 1976, uma comunicação datada de setembro do mesmo ano, da assistente social chefe informando aos médicos que estava em funcionamento na Clínica Aduato Botelho uma sala de ludoterapia e que os pacientes que tivessem condições de participar das atividades fossem encaminhados via prontuário e nele registrado (Caixa J. Prontuário do paciente JABL, 1976). Restringe-se a essa comunicação sem haver nenhum outro registro que revele a presença do menor nesta sala. Tão pouco foram encontrados em outros prontuários.

O relato de MJDS revela as práticas do hospital de sua internação às reinternações:

A minha mãe me levou pra lá [...] a médica chamou e fez essa coisa né, escreveu um bocado de coisa [...] ela mandou eu ir para outra sala para aplicar uma injeção, aí depois da injeção eu não me lembro mais, se eu dormi, não sei quantos dias, eu não me lembro depois dessa injeção. Eu sei que eu me acordei eu estava num quatinho. Deitada no chão, no escuro, eu estava sozinha quando eu me acordei, no escuro. Não tinha cama, não tinha janela, era escuro tudo fechado, não tinha nada, aí eu comecei a gritar, chamar [...] Aí depois eu dormi de novo não sei se eu estava lá dentro, eu não sei. Eu sei que eu me acordei. Que eu me lembro bem, tinha um bocado de gente caminhando e um lugar sem teto, no sol, aberto. Aí eu fiquei sentada chorando, minha mãe ficou lá na porta, dizendo que não podia deixar eu, que não podia deixar, e eu gritando por ela. [...] Não sei quanto tempo eu fiquei lá. Eu dormia direto, elas me davam um remédio e eu dormia direto. Eu me lembro quando eu cheguei, teve duas mulheres conversando comigo, era eu falando, quando eu falava minha mãe tinha que

responder [...] Quando eu começava ver gente de novo, entrando dentro de casa, pelo telhado, eu via gente descendo dentro da geladeira, me lembro bem disso. Não podia ninguém caminhar arrastando chinelo, que pra mim estava dentro da minha cabeça, minha mãe me levava de novo para o Hospital, aí pronto, chegava lá me davam medicação, eu dormia e não sei mais de nada. [...] Do hospital eu só me lembro disso, eu ficava junto, é assim, quando eu me acordei, eu estava num quartinho, aí quando eu me acordei de novo, eu estava num lugar descoberto, tinha uma rama (sic) de mulher, de gente assim, eu ficava olhando. Com roupa assim (*mostra a roupa vestida durante a entrevista*), tudo assim, às vezes roupa rasgada. Eu fiquei com minha roupa o tempo todo. Aí quando minha mãe chegava ela ia me dar banho. Ela que dava banho, ela dizia “vamos tomar banho”, eu dizia “não vou tomar banho não”, e ela, “mas você vai”, aí me molhava, passava sabão, botava minha roupa e botava eu deitada. Aí eu ficava deitada, quando era hora de comer, eu não sabia a hora de comer, ela botava no prato e eu comia e pronto. [...] Não lembro se eu tomei choque na cabeça. Botando fio na minha cabeça. Eu me lembro uma vez que me encheram de fio, mas acho que foi exame, aqui assim, uma rama de fio por aqui assim (*mostra a cabeça*), que foi aí que a doutora falou que não era pra eu estudar mais. [...] Do hospital eu tomei remédio, tomei a injeção, eu quero me lembrar e eu não consigo. Ah, eu lembro também de um rapaz, não sei se eu passei no corredor, ou foi na frente de um quartinho, que tinha um rapaz nu, em cima de uma cama de ferro, ou era de cimento, não sei, parece que era de ferro, uma cama de ferro, amarrado, ele estava amarrado, com as mãos assim (*mostra os braços abertos*) e os pés. Aí eu fiquei assim olhando assim, parada, parada. Porque lá fica caminhando *né*. Aí eu saí por uma porta, eu saí em outro lugar assim, e estava o rapaz deitado, tudo escuro, eu fiquei assim olhando aí eu vi ele amarrado, aí eu comecei a ficar agitada também. Eu disse vão me amarrar, e vão tirar a minha roupa e vão me amarrar, aí eu fiquei com medo [...] Tinha criança mais novo que eu, eles gritavam, tinha gente que chegava amarrado, aí eles botavam lá no quartinho e davam a injeção, uma injeção grande. Aí ficava lá. Eu me lembro que eu fiquei num, que eu me deitei num banco de cimento, não tinha cadeira, cama, era um banco de cimento. Eu me deitei, aí pronto. Eu fui esquecendo assim, aí eu me lembrei só da minha mãe, porque minha mãe ficava “eu sou sua mãe, eu sou sua mãe” e ficava olhando pra mim, ela dizia “eu sou sua mãe, eu que trago você pra cá”, aí eu começava a gritar e a chorar, porque eu não queria ficar ali. Pra mim eu estava falando com ela, mas ela dizia “eu sou sua mãe” e eu só escutava ela dizendo bem longe, não me lembro muita coisa de lá não, só isso. Que tinha esse lugar sem teto, que tinha sol, com muita gente com roupa rasgada, com o cabelo assim como o meu, eu não penteava o cabelo mesmo. (MJDS- entrevista concedida em 7 de dezembro de 2016; suprimimos).

As práticas reveladas iniciam com a admissão da menor, sua medicalização constante por injeções e remédios (fazendo com que perdesse a noção de tempo) e seu isolamento em um quarto escuro. Um quarto que possivelmente seja o quarto de isolamento, sem acesso a qualquer comunicação externa - sem janelas, sem luz, sem nada. Do quarto, MJDS descreve um pátio, onde havia mulheres e também outras crianças, que gritavam, chegando amarradas, com roupas rasgadas e cabelos desalinhados (termo usado nos prontuários para caracterizar a

aparência dos internos). Revela também a existência de outros espaços de contenção, como a sala do homem nu que ficou impressionada, possivelmente seja uma sala de algum procedimento terapêutico, talvez o eletrochoque. A presença da mãe em seu relato, ao deixá-la no hospital, ao visitá-la, demonstra sua fragilidade em conectar-se com o mundo externo, até pelo efeito das medicações ou seu quadro patológico. Quanto aos procedimentos do banho e da comida, que ela revela terem sido feitos por sua mãe, ficam um pouco confusos ao pensar na dinâmica do hospital psiquiátrico em que isso era feito por determinações médicas e atribuídos aos enfermeiros. Por fim, suas reinternações são justificadas por ela mesma, mostrando sua apropriação de seu quadro patológico ao relacioná-las com os sintomas percebidos.

Práticas de contenção física não foram registradas nos prontuários (tão pouco práticas violentas). Apenas encontrou-se uma nota de esclarecimento do Secretário de Saúde Pública ao Deputado Estadual Djenal de Tavares de Queiroz, por uma nota divulgada na imprensa de uma ocorrência com a menor IDCA, de 18 anos internada em 1974 no Adauto Botelho por oito dias sendo transferida para o Hospital Santa Maria. A seguir apresentam-se os documentos:

Tomando conhecimento por intermédio da imprensa do fato ocorrido na Clínica Adauto Botelho, apressei-me em solicitar à Chefia daquela casa detalhadas explicações.

Estou enviando, anexo, Relatório minucioso do médico chefe daquele nosocômio que, no meu entender, justifica plenamente toda a ocorrência.

A título de subsídio a Vossa Excelência e aos seus pares, informo que a Secretaria de Saúde Pública não se tem limitado apenas aos melhoramentos físicos da Clínica Adauto Botelho que por sinal despenderão ainda, neste Governo, vultuosa quantia. A Secretaria de Saúde Pública apresentou a Divisão Nacional de Saúde Mental um PLANO DE TRABALHO – DINAMIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL, cuja cópia estou enviando para consulta e apreciação dessa colenda casa, com metas que em sua maioria já foram atingidas.

Entretanto, adianto a Vossa Excelência que, seguindo as normas da política Nacional de Saúde Mental, tão oportunamente referidas pelo Excelentíssimo Deputado e Médico Walter Cardoso, encontra-se em fase de conclusão nesta Secretaria outro Plano onde se procura seguir as orientações que vieram principalmente ampliara a assistência a esse tipo de paciente, carente de mais advogados, criando ambulatórios no interior – inicialmente em Estância, Itabaiana e Propriá.

Espero confiante que com essa polêmica estabelecida nessa magna assembleia tenha despertado mais amor e compreensão àqueles que tanto necessitam de defensores e AMIGOS - o doente mental.

Aproveito o ensejo para apresentar a Vossa Excelência protestos de elevada estima e distinta consideração. Assina Jorge Cabral Vieira, Secretário de Saúde Pública. (Nota de esclarecimento dirigida ao Deputado Estadual Djenal Tavares de Queiroz em 21 de maio de 1974. Caixa I. Prontuário do paciente IDCA, 1974).

Junto ao esclarecimento, há o ofício 252/74- CAB de 20 de maio de 1974, assinado pela médica-chefe da Clínica Aduato Botelho em resposta ao Secretário de Saúde Pública:

Atendendo a solicitação feita por Vossa Excelência conforme ofício nº 194-GS, estamos enviando em anexo, um relatório com todas informações detalhadas da paciente, ICA, colhida do seu prontuário, para esclarecimento do fato. Sendo só para o momento, apresentamos a Vossa Excelência protestos de estima e consideração. (aa) Dra. Elizabete Andrade Tavares, médica-chefe da CAB.

A paciente ICA, de cor branca, estudante, católica, nascida a 27 de maio de 1956, solteira, residente no povoado Rio Real município de Poço Verde - Sergipe, deu entrada neste nosocômio, no dia 06 de maio de 1974, sendo responsável no ato do internamento, seu genitor.

Admissão: 06.05.1974.

Hipótese diagnóstica: CID 296.1.

Medicação recebida a partir do momento da admissão: PABATOX, DIAZAPEN.

Na enfermaria, no mesmo dia, foi prescrita e medicada e nos dias subsequentes: SORO GLICOSADO, VITAMINA C, AMPLICTIL E GARDENAL.

Apresentou a mesma, desde o momento de sua admissão, uma grande agitação psicomotora, estado nutricional deficiente, o que persistiu durante os dias de permanência na Clínica.

Segundo informações dos familiares, há aproximadamente quinze dias, vinha rejeitando qualquer tipo de alimentação, o que ocorreu também durante sua permanência aqui.

A agitação psicomotora era tão intensa que os meios quimioterápicos se mostraram insuficientes para conter os “impulsos ocupacionais” apresentados no momento pela paciente, donde se fez necessária a aplicação de uma contenção física por meio de lençóis apropriados, os quais com frequência podem provocar equimoses dependendo da maior ou menor reação da paciente. Apesar das inconveniências implícitas dessa medida extrema (contenção física), a opção tem que ser feita, para com isso se evitar prejuízos maiores para o paciente que se encontra em estado de agitação, tais como: quedas, traumatismos, agressão, etc.

No dia 14.05.74 a família retirou a paciente por conta própria mediante o termo de responsabilidade. (Caixa I. Prontuário do paciente IDCA, 1974).

Esses dois ofícios revelam um pouco sobre as práticas de contenção dentro do hospital psiquiátrico (farmacológico e físico). Nesse caso, houve uma denúncia que ressoou na sociedade de forma negativa ao hospital levando o movimento da nota de esclarecimento. Outras práticas de violência que não foram denunciadas, até por não se configurarem como violentas recebiam o consentimento da sociedade, ainda que até as mais fortes fossem justificadas pelo poder psiquiátrico, por seus argumentos científicos e empíricos.

Outra questão importante nesse registro deve-se ao movimento apresentado pela Secretaria de Saúde Pública de Sergipe em estar em mudança constante para se adequar às diretrizes de

atenção em saúde mental, buscando melhorias para a assistência aos doentes mentais, contudo, a representação que o Secretário apresenta de pessoas carentes de defensores e amigos traz a lembrança da “caridade” em detrimento ao direito à assistência e saúde.

### 3.7.1 O “Mundo do Internado”: Processo de Mortificação e Desculturamento

O “mundo do internado” é uma ideia apresentada por Goffman (1961) e é constituído por este cotidiano institucional que irá trazer uma série de modificações em seu eu, especialmente por um processo que ele chama de mortificação do eu.

Assim que o novato chega à instituição ele é despido das disposições que configuraram seu eu até então – há uma série de rebaixamentos, humilhações e profanações do eu - o seu eu é mortificado e começa a passar por mudanças radicais em sua carreira moral “uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele.” (GOFFMAN, 1961, p. 24).

O interno chega à instituição com uma “cultura aparente” derivada de um “mundo da família”, que será transformada pelo processo de internação:

[...] aparentemente, as instituições totais não substituem algo já formado pela sua cultura específica; estamos diante de algo mais limitado do que aculturação ou assimilação. Se ocorre mudança cultural, talvez se refira ao afastamento de algumas oportunidades de comportamento e ao fracasso para acompanhar mudanças sociais recentes no mundo externo. Por isso, se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado “desculturamento”, isto é, “destreinamento” – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária. (GOFFMAN, 1961, p. 23).

O “desculturamento” configura-se como uma estratégia no controle dos indivíduos. Tensão observada nos registros dos ex-internos dos hospitais. MJDS narra sobre sua agitação, dificuldade em controlar-se e permanecer na escola, bem como aprender, após sua internação. Na visita do monitor de higiene mental ao menor JZF, revela-se: “[...] passou os primeiros dias sentado e muito lacônico, mal respondendo às perguntas dos familiares. Na véspera do seu reinternamento, um irmão quis impedi-lo de sair, tendo o egresso ameaçado mata-lo” (Caixa J. Prontuário do paciente JZF, 1941). E no prontuário de CMDS, também sobre as visitas do monitor de higiene mental relata-se, além do que já foi apresentado, quanto à sua dificuldade em retornar e permanecer na escola:

Desde que saiu mostra-se calado, respondendo áspera e laconicamente as perguntas que lhe dirigem [...] Atribui a sonolência ao costume que adquiriu no hospital de dormir muito durante o dia [...] não tem nenhuma vontade

para o trabalho, que antes realizava com seu pai e cunhado sem enfrentá-los. (Caixa ABCD. Prontuário do paciente CMDS, 1941; suprimimos).

Há uma nova organização dos hábitos e da vida dos menores que, ao saírem do hospital, não conseguem realizar muitas das atividades que realizavam antes ou ainda não conseguem se “encaixar” nas práticas cotidianas familiares.

Além do “desculturamento”, Goffman (1961) fala dos processos de mortificação do eu que acontecem decorrentes do cotidiano institucional. Alguns aspectos presentes nesse processo são: a barreira entre o internado e o mundo externo (sendo a primeira mutilação do eu, ocorrendo a perda de papéis sociais); o processo de admissão (consiste no enquadramento do interno: “[...] o novato admite ser conformado e codificado num objeto que pode ser colocado na máquina administrativa do estabelecimento, modelado suavemente pelas operações de rotina [...]” (p. 26); a perda do nome; a retirada dos bens (como uso de uniformes); desfiguração pessoal de mutilações diretas permanentes do corpo (pancadas, terapias de choque ou cirurgias); práticas cotidianas que mortificam o eu ao obrigar o interno a executar uma rotina de vida estranha (como comer de colher somente).

Todas essas práticas foram observadas de alguma forma nas análises dos prontuários identificados. Além dessas, há registros também de outras práticas, que Goffman (1961) chama de exposição contaminadora que consiste na violação da intimidade (banheiros sem portas, dormitórios coletivos, exames médicos), não havendo como impedir a circulação das informações sobre si nem que os visitantes os vejam em condições humilhantes. Além disso, há a exposição contaminadora física ou por outro ser humano, marcada pela sujeira ou manchas no corpo - há muitos casos de doenças venéreas, da promiscuidade, do relato da sujeira e do aglomerado de pessoas nas enfermarias como relatado por Guimarães (2011).

Outras formas são a leitura e confisco da correspondência (encontrado nos prontuários - de cartas que nunca chegaram aos pais, parentes, pois pertenciam como prova da doença mental do interno) e o testemunho do ataque físico a alguém, como no caso que MJDS relata do interno que viu amarrado à cama.

Consoante Goffman (1961), as práticas de mortificação do eu trazem consigo constante repressão e angústia aos internos, estando totalmente submissos à equipe dirigente. À proporção que isso se desenvolve, desenvolve-se também o sistema de privilégios, caracterizado pelos castigos e privilégios concedidos aos internos na instituição, a alta, por exemplo, seria um privilégio, assim como as enfermarias. Tais práticas são exemplificadas nos registros apresentados do prontuário de JZF, em que, constantemente, o menor se comporta esperando que intercedam por sua alta, permanece ou muda de enfermaria de

acordo com seu comportamento agitado ou calmo, ou ainda ser colocado no quarto de isolamento (Caixa J. Prontuário do paciente JZF, 1941).

Para Goffman (1961), há maneiras diferentes de adaptação diante dos processos de mortificação e do sistema de privilégios, empregando-se diferentes táticas para enfrentar esta tensão: de “afastamento da situação”; “tática de intransigência” (desafia a instituição ao negar-se a cooperar); “colonização” (satisfaz-se com o que é ofertado pela instituição- a vida no interior da instituição é desejável e a tensão entre os dois mundos se reduz); “conversão” (representa o papel do internado perfeito- sempre à disposição da equipe dirigente).

Um caso de “colonizado” é apresentado por JDS, menor de 14 anos, internado em 1942, em sua anamnese diz tratar-se de uma criança abandonada, que querendo proteger-se “[...] colocou-se na copa [...] pedia uma bicicleta aos médicos e a bênção.” (Caixa J. Prontuário do paciente JDS, 1942; suprimimos). Ainda que haja registros de constantes fugas para a cidade, o menor sempre voltava à Instituição, demonstrando gostar de estar naquele lugar.

Por fim, após todos os processos de reorganização do eu, de uma nova constituição psíquica e social, há o retorno à sociedade, em que os internos levam consigo o estigma e o descultramento. Pelos registros dos monitores de higiene mental e também do relato de MJDS (entrevistada) observa-se quão difícil é a administração desse processo, marcando suas vidas de forma muito intensa. Ademais, as inúmeras reinternações registradas nos prontuários também reforçam a fragilidade do processo de reabilitação e cura prometido pela psiquiatria.

Tanto o cotidiano institucional, como a conformação do mundo do internado aqui analisados, procurara dar luz ao processo de internamento dos menores anormais em Sergipe submetidos à institucionalização psiquiátrica, às mesmas práticas dos adultos, sem particularidades à sua fase de desenvolvimento, sem preocupações com sua educabilidade, e sem sucesso no processo terapêutico - marcando sobremaneira as vidas de diversas crianças e jovens em Sergipe.

Na tentativa de compreender um pouco mais sobre os possíveis diálogos entre as escolas regulares, as instituições psiquiátricas e especiais de educação em Sergipe no período estudado, a próxima seção buscou traçar essa relação, destacando os discursos, práticas e representações que caracterizavam a anormalidade na infância em outras instituições e quais foram os menores que chegaram a ter acesso à educação especializada.

#### 4 OUTROS OLHARES INSTITUCIONAIS: A EDUCAÇÃO ESPECIAL

Como foi revelado neste trabalho, as instituições psiquiátricas sergipanas, organizadas pelo Serviço de Assistência aos Psicopatas em Sergipe foi um lugar de reclusão das crianças e adolescentes considerados anormais, especialmente aqueles que possuíam desvios comportamentais e psíquicos, correspondendo a doenças mentais dentro da nosologia psiquiátrica e aqueles considerados idiotas e imbecis, caracterizando, sobretudo, um desvio intelectual. Com tratamento exclusivamente médico, não foram identificadas práticas pedagógicas nessas instituições, como vinha sendo ofertado em outros países e mesmo no Brasil, no Rio de Janeiro, por exemplo.

A oferta da educação aos menores *anormais* está muito ligada ao processo de institucionalização da educação especial no estado de Sergipe. A literatura revela que essa preocupação inicia-se a partir da década de 1960 quando, lastreada em incentivos federais, houve a criação de instituições voltadas para esse fim como o Centro de Reabilitação Ninota Garcia (NUNES, 2013; OLIVEIRA, 2014; SEIXAS, 2015; SOUZA, 2007, 2010; SOUZA, 2009, 2013) e a APAE (SOUZA, 2013).

Fora das instituições especiais, com a criação de um grupo voltado para a implementação do ensino especial na escola primária, por meio de diretrizes e incentivos federais que apoiaram a Secretaria de Educação do Estado de Sergipe, tem-se na década de 1970 a institucionalização das salas especiais.

Esta seção buscou revelar os (des)caminhos da institucionalização e educabilidade da infância *anormal* em Sergipe. Das práticas emendativas e segregadas das instituições especiais ao ensino normalizador das classes especiais, os caminhos das crianças e adolescentes ocorreram sem diálogos entre os dispositivos educacionais e revelaram uma constante de produção da anormalidade no meio escolar (com o viés da dificuldade de aprendizagem) e a negação deste meio para os casos graves (idiotas e doentes mentais).

Esta seção iniciou fornecendo um panorama nacional e de Sergipe na configuração da educação especial e as possibilidades criadas por leis e incentivos federais. Em seguida, focou-se nas especificidades das formas que se desenharam quanto à institucionalização e educabilidade dos menores *anormais*, destacando-se as representações, discursos e práticas provenientes da Escola Bertilde de Carvalho, da APAE e, por fim, das classes especiais por meio da Secretaria de Educação do Estado de Sergipe. Nesse decurso, investigaram-se as possibilidades de diálogo entre os dispositivos voltados ao governo da infância *anormal*,

incluindo aqui o S.A.P.S. e quem eram as crianças que foram acolhidas nesses espaços. A história da institucionalização e educabilidade dos *anormais* nas instituições que tinham como eixo a educação especial em Sergipe revelou as formas de construção do *anormal* escolar e uma dívida histórica com os casos considerados graves e os doentes mentais na educação.

Se o hospital segregou os menores “alienados” e idiotas, a escola não os acolheu na emergência da educação especial, produzindo ela mesma os seus *anormais* escolares com base em dispositivos psicométricos. Aos que não cabiam na escola, outra alternativa foram as instituições especiais – Escola Bertilde de Carvalho e APAE – inovando no caráter pedagógico em paralelo ao médico, mas ainda configurando-se enquanto uma instituição que não extrapola seus muros, não produzindo de fato a participação social e autonomia de seus alunos.

#### 4.1 EDUCAÇÃO ESPECIAL: POSSIBILIDADES E IMPOSSIBILIDADES À INFÂNCIA ANORMAL EM SERGIPE

A educação especial nasceu no momento em que Itard questionou os alienistas e defendeu a educabilidade do jovem Victor. A defesa da educabilidade daqueles considerados, até então, “ineducáveis” foi o berço do ensino especial.

A História da Educação Especial revela que, paralelamente aos modelos médico-pedagógicos asilares, a obrigatoriedade escolar por meio da democratização do ensino revelou a incapacidade da escola em responder as demandas dos alunos, sendo desenvolvidas, como alternativa as classes especiais já no século XIX (FERREIRA, 2016; JANNUZZI, 2006; LOBO, 2015a; MAZZOTTA, 2005; MENDES, 2006).

Mendes (2006) considera que a educação especial passou a estar na agenda do sistema educacional por motivos morais, lógicos, científicos, políticos, econômicos e legais. As questões morais devem-se à intolerância aos meios de segregação e marginalização, principalmente asilar, da infância com deficiência, tendo nesse momento os movimentos sociais intensa responsabilidade pela mobilização social de integração social e, conseguinte, escolar. Simultaneamente a isso, estudos empíricos vinham demonstrando as possibilidades de educação daqueles até então considerados ineducáveis e, posteriormente, estudos revelaram a insatisfação diante da natureza segregadora e marginalizante dos ambientes de ensino especial em instituições especiais, com a defesa no sentido de integrar essas crianças em contextos culturais mais normalizantes, o que potencializaria sua participação social. A ação política de

pessoas com deficiência e suas famílias, bem como a crise do petróleo na década de 1970 (esfera econômica), também foram importantes nesse processo.

Especificamente no Brasil, a reclusão dos menores considerados *anormais* em instituições asilares também marcou o início da assistência à infância *anormal*, sendo que desde 1950, pelo meio privado filantrópico passou-se a ofertar outras formas de assistência a essa população (JANNUZZI, 2006; MAZZOTTA, 2005).

Na década de 1950, tem-se a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no Rio de Janeiro, e, a partir de 1958, o Ministério de Educação começou a prestar assistência técnica-financeira às secretarias de educação e instituições especializadas, por meio de campanhas nacionais para a educação de pessoas com deficiências: Campanha para Educação do Surdo Brasileiro (CESB), em 1957; Campanha Nacional de Educação e Reabilitação dos Deficitários Visuais (CNERDV), em 1958; Campanha Nacional de Educação do Deficiente Mental (CADEME), em 1960 (JANNUZZI, 2006; MENDES, 2010).

A primeira Lei de Diretrizes e Bases (4.024/1961), em seus artigos 88 e 89 abordou sobre a educação dos excepcionais (assim denominados), se possível, no sistema geral de ensino e destinava à iniciativa privada empréstimos e subvenções para custear a educação destes alunos (BRASIL, 1961). Esse foi o primeiro passo para que o Estado passasse a se responsabilizar pela educação dos excepcionais (MAZZOTTA, 2005). Nessa direção, no ano seguinte, foram destinados 5% dos recursos do Fundo Nacional de Ensino Primário para a educação dos excepcionais, contemplando as instituições especiais (JANNUZZI, 2006). Nesse cenário nasceu o Centro de Reabilitação Ninota Garcia, em Sergipe – uma instituição filantrópica privada com subvenção do estado (GARCIA FILHO, 1966; FREITAS e col., 1974; NUNES, 2013; OLIVEIRA, 2014; SEIXAS, 2015; SOUZA, 2007, 2010; SOUZA, 2009, 2013).

As instituições filantrópicas se tornaram parceiras do governo, sendo por ele financiadas com recursos provenientes da assistência social, livrando-o da responsabilidade da educação dos deficientes. Assim, ao mesmo tempo em que cresciam as instituições filantrópicas, a escola pública estendia suas matrículas às classes populares. É nesse movimento, diante da reprovação e evasão escolar que se relacionou o fracasso escolar à deficiência intelectual leve, justificando a criação das classes especiais (JANNUZZI, 2006; MENDES, 2010).

Em 1971, tem-se a promulgação da Lei 5.692, que em seu artigo nono define a clientela da educação especial como os alunos que apresentassem deficiências físicas ou

mentais e superdotados. E em junho de 1973, por meio do Decreto 72.425, de 3 de julho de 1973, foi criado o Centro Nacional de Educação Especial (Cenesp), este seria o primeiro órgão educacional do governo federal, responsável pela definição da política de educação especial (JANNUZZI, 2006; MENDES, 2010).

O professor Antonio Fontes Freitas e colaboradores, no ano de 1974, produziram um livro sobre a educação especial em Sergipe, motivados pelo incentivo do Governo Federal nessa área e pelo interesse de divulgar tais ações, afirmaram que a Secretaria de Educação e Cultura vinha prestando apoio aos núcleos de reabilitação e educação aos excepcionais no estado sergipano e destacaram as instituições: Centro de Reabilitação Ninota Garcia e a APAE, bem como sinalizaram ações da Secretaria de estado nas escolas primárias, por meio das classes especiais.

Inicialmente, pautados pelas leis que regiam o ensino naquele momento, apresentam uma síntese dos princípios da educação especial:

1. A Educação Especial deve visar à **integração** do excepcional
2. A Educação Especial deve ser conceituada em termos de desenvolvimento, incorporando ao seu plano de atuação as **contribuições das novas pesquisas científicas e sociais**.
3. A Educação Especial deve ter **caráter progressista**, estabelecendo **planos integrados e longitudinais de ação**.
4. A Educação Especial deve ter **caráter preventivo**, introduzindo-se, o mais cedo possível, todos os **recursos médico-psico-pedagógicos** que possam **evitar ou diminuir a ação dos estímulos negativos que dificultam a ação do educador**.
5. A Educação Especial deve ter **caráter experimental**, visando a oferecer oportunidade de pesquisa e de estudos que possam modificar ou melhorar os processos educativos na educação dos excepcionais.
6. A Educação Especial deve **ser dinâmica e contínua**, oferecendo ao excepcional todas as possibilidades que **facilitem sua integração** ao meio em que vive.
7. A Educação Especial deve ser **multidisciplinar**, baseada no trabalho de equipe com unidade de orientação atuando **quer no diagnóstico, como no planejamento psico-pedagógico** do atendimento do excepcional.
8. A Educação Especial deve ter caráter **interdisciplinar**, aproveitando a colaboração, a participação de **serviços afins da comunidade** que possam contribuir de forma direta ou indireta para o enriquecimento do plano de ação.
9. A Educação Especial deve favorecer o **princípio de normalização**, isto é, propiciar o atendimento que permita ao excepcional a oportunidade de ser feliz e **ter um padrão de vida tão próximo quanto possível do das outras pessoas da comunidade em que vive**.
10. O **direito aos Serviços** de Educação Especial deve perdurar enquanto o excepcional deles tiver necessidade. (FREITAS et al., 1974, p.11-12, grifamos).

Observa-se que o discurso produzido sobre a educação especial estava pautado nos princípios de normalização e integração e nos saberes científicos, atribuindo um caráter progressista, preventivo e experimental às práticas que dele emergissem. Primeiro normalizar para depois integrar aos demais, essa foi a proposta inicial da Educação Especial. A norma se apresenta como um poder (FOUCAULT, 2001) que se legitima e, por meio do saber que produz, institui discursos de verdade a seu respeito. Nessa relação diz-se quem tem direito ou não à educação especial a depender do local que esse saber é institucionalizado, ou seja, a proposta da Educação Especial nos manicômios difere das instituições especiais e das classes especiais nas escolas primárias, ainda que o princípio da norma seja transversal a todos e a ciência legitime as práticas e discursos. O caráter preventivo, progressista e experimental revela a dinâmica e as possibilidades de adequar este saber nas diversas instâncias e instituições.

Freitas e colaboradores (1974) apresentam a seguinte categorização dos “excepcionais”, a quem seria destinada a educação especial: deficientes da visão, da audição, físicos, portadores de problemas de conduta, superdotados ou talentosos e deficientes mentais.

No que tange a este trabalho, importa esclarecer a representação do grupo de “portadores de problemas de conduta” e de “deficientes mentais”, analisando a apropriação desse saber na prática e discurso educacional sergipano.

Os portadores de problemas de conduta são “[...] alunos com desvio de comportamento em relação ao padrão de conduta própria à idade, ocasionando prejuízos para seus desenvolvimento e dificultando sua interação social (casos que, do ponto de vista do professor exigem especialista).” (FREITAS et al., 1974, p. 13).

Quanto aos deficientes mentais:

A deficiência mental não é uma moléstia única, mas um complexo conjunto de síndromes das mais variadas etiologias e diferentes quadros clínicos, apresentando apenas um só denominador comum – a insuficiência intelectual.

Assim, envolve aspectos dos mais diversos: biológico-médicos sociais, de legislação, trabalho, previdência social, etc., que podem ser agrupados em três categorias inter-relacionadas: fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (1958), a deficiência mental é distribuída em quatro níveis:

I Profunda – Q.I. abaixo de 20

II severa – Q.I. entre 20 a 35

III moderada – Q.I. entre 36 a 52

IV leve – Q.I. entre 53 a 70. (FREITAS et al., 1974, p.14).

Quanto à diferenciação entre as classes de deficientes, os autores apresentam diferentes abordagens:

Os deficientes mentais classificados como profundos e severos, são incapazes de se beneficiarem de qualquer tipo de treinamento ou educação. Os deficientes mentais moderados são capazes de aproveitar os programas de trabalho a eles dirigidos.

Cerca de 85% (oitenta e cinco por cento) dos deficientes mentais são de grau leve, exigindo adequada assistência médica, psicopedagógica e social. (FREITAS et al., 1974, p.14).

Considerando que o retardo mental é caracterizado pelo déficit intelectual e relaciona-se a fatores biológicos, psicológicos e sociais, Freitas e colaboradores (1974) apoiam-se na Associação Americana de Deficiência Mental e apresentam a seguinte classificação:

- I retardado mental associado à moléstia e condições devidas a infecções;
- II retardado mental associado à moléstias e condições devidas a intoxicações;
- III retardado mental associado à moléstias e condições devidas a trauma ou agente físico;
- IV retardado mental associado À moléstias e condições devidas a desordens do metabolismo, crescimento ou nutrição;
- V retardado mental associado a moléstias e condições devidas a neoformações;
- VI retardado mental associado a moléstias e condições devidas a influências pré-natais (desconhecidas);
- VII retardado mental associado a moléstias e condições devidas a causas desconhecidas ou incertas, com evidentes reações estruturais;
- VIII retardado mental devido a causas incertas (ou presumidamente psicológicas) com manifestações reativas isoladas. (FREITAS et al., 1974, p.14-15).

De acordo com a perspectiva de representação apresentada por Chartier (1990), as representações sobre os *anormais* que teriam direito à educação especial, aqui apresentadas, produzem classificações e delimitam esse público. Assim, as práticas produzidas vão ao encontro da significação dessa identidade social e, dessa objetivação, produz-se sua institucionalização.

Aos deficientes mentais, reserva-se um grupo amplo, com inúmeras variáveis e fatores determinantes, o que amplia as possibilidades de “suspeita” da deficiência entre os educandos. São tantas causas, e, sobretudo, causas incertas, que deixam o limite muito tênue entre o normal e o patológico, passível de ser moldado e definido estatisticamente, como se tentou por meio do índice do quociente de inteligência, na busca por objetivar e diferenciar dentro do próprio grupo quem tem condições de estar em sociedade e quem não tem. Ao tomar para si essa representação, a educação especial justifica como seu objeto somente o deficiente mental leve. A apropriação desse saber produzido sobretudo em solo francês que serviu a uma

demanda política e econômica do país (FERREIRA, 2016) serve como ferramenta/lente para interpretar as crianças brasileiras.

Para os casos graves – profundos e severos – deixa-se clara a impossibilidade de treinamento e educação, contradizendo os pressupostos do nascimento da educação especializada junto ao “menino selvagem” com Itard, revelando uma dívida histórica quanto às oportunidades de educação dessas crianças.

Se os casos profundos e severos já estão excluídos, os casos moderados destinam-se ao treino de um trabalho em instituição especial, principalmente, restam à educação especial os casos leves “educáveis” – deficientes ou produzidos pela incompetência da escola na alfabetização das classes populares aos quais foram destinadas as classes especiais na década de 1970. São diferentes representações que produzem diferentes práticas e institucionalizações. A defesa da educabilidade é dirigida pelos saberes científicos que irão determinar quem aprende e quem não aprende, de modo quantificável caracterizando os discursos dos educadores da época.

Aos “portadores de problemas de conduta”, como diria Lourenço Filho (1978), caberia aos professores e à educação modelar suas personalidades. Sendo estes muitas vezes colocados na categoria de deficiência mental leve, pois, ao não responderem as demandas escolares, tinham prejuízo em seu desempenho escolar revelado nas avaliações que os colocaria no grupo de deficientes. Isso ocorreu nas classes especiais em Sergipe como será apresentado posteriormente.

Seguindo a análise da institucionalização e educabilidade da infância *anormal* em Sergipe, o foco dado a seguir é para as instituições especiais Centro de Reabilitação Ninota Garcia, especificamente a Escola Bertilde de Carvalho, a APAE e as classes especiais nas escolas primárias para compreender quem eram os menores por elas acolhidos e quais as representações, discursos e práticas institucionalizadas.

#### **4.1.1 Ninota Garcia e a Escola para Excepcionais Bertilde de Carvalho**

O Centro de Reabilitação Ninota Garcia (Figura 12) foi construído no governo de Luiz Garcia, e teve como diretor Antonio Garcia Filho, então secretário de Educação, cultura e saúde, sendo inaugurado em 24 de junho de 1962: “[...] esforçando-se para fazer o deficitário encontrar-se a si mesmo, descobrir suas potencialidades, preparar-se para a vida diária,

recuperar-se dos defeitos existentes, encher-se de Esperança e Confiança em si mesmo.” (GARCIA FILHO, 1966, p.13).

Figura 12 - Fachada do Centro de Reabilitação Ninota Garcia



Fonte: GARCIA FILHO (1966, p15).

Seu funcionamento era por meio de um convênio entre o estado de Sergipe e a União Sergipana de Assistência, que regia a direção do Centro. O estado colocou funcionários à disposição, tais como professores e técnicos e arcou com despesas de combustíveis, lubrificantes, materiais veiculares vinculados à Secretaria de Educação, Cultura e Saúde.

Seu público era de pacientes entre 0 a 80 anos com diferentes diagnósticos: paralisia infantil, paralisia cerebral, paralisia obstétrica, acidente vascular encefálico, paralisia de origens diversas, artrite, anomalias congênitas (mongoloide, hemitórax), sem diagnóstico, traumatismo, miosite calcificada, acidente de trabalho, fratura, atrofia, desvio da coluna vertebral, encefalite, bursite, espondilopatias, deformidades do membro inferior, outros (neuro-paresia) (GARCIA FILHO, 1966).

Composto por uma equipe de educadores, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, orientadores vocacionais, foniatrás, protéticos –

todos instruídos pelo que havia de mais moderno na reabilitação naquele momento, como afirmou Garcia Filho (1966, p.13), todos preparados “[...] dentro do critério básico recomendado pelos pioneiros e técnicos mundiais”. O destaque da equipe é a figura do médico, que seria o “mandatário” da reabilitação e das práticas dentro da instituição.

A instituição contava com dois consultórios médicos; um consultório da assistente social, psicólogo e orientador vocacional; uma Escola de Educação de Surdos-Mudos; um Ginásio para Fisioterapia com moderna aparelhagem adquirida na Baumer de São Paulo (Figura 13); uma Seção de Hidroterapia; uma Sala de Terapia Ocupacional Médica; uma Oficina de Artes Industriais, com seis salas para cada uma das técnicas a serem ministradas, constituindo a Terapia Ocupacional Profissional; um Jardim de Infância (este jardim era destinado a qualquer criança, com intuito de prover a convivência entre deficientes e sãos, entretanto, isso era possível somente nos casos “favoráveis”, a Figura 14 ilustra esse espaço) (GARCIA FILHO, 1966).

Figura 13 – **Ginásio de Fisioterapia do Centro de Reabilitação Ninota Garcia**



**FISIOTERAPIA**

Fonte: GARCIA FILHO (1966, p.43).

Figura 14 - Jardim de Infância do Centro de Reabilitação Ninota Garcia



Fonte: GARCIA FILHO (1966, p.51).

Garcia Filho (1966) atribuía à educação grande papel na reabilitação. Ainda que subordinada ao saber médico e por ele comandada, ocupava um lugar de destaque no cotidiano institucional. Na condição de setor educacional, integrava o Centro além do Jardim de Infância já apresentado, a Escola de Excepcionais Bertilde Carvalho - destinada aos deficientes mentais; Escola de Cegos “Lions Club” e a Escola de Educação de Surdos.

#### 4.1.1.1 A Escola Bertildes de Carvalho, o “Problema dos Retardados Mentais” e o Método Doman-Delacato

*O Problema dos Retardados Mentais* é assim que Garcia Filho (1966, p.161) inicia seu capítulo dedicado à escola Bertildes de Carvalho. Poderia ter iniciado como os demais, com o nome da escola: “Escola de Surdos-Mudos” (p.129); “Escola Lions Club” (Escola de Cegos e Amblíopes) (p.155). Mas iniciou destacando o “Problema”. Talvez “problema” pela dimensão que essa categoria toma diante de seus limites frágeis, talvez pelas dificuldades em educar esse grupo ou ainda pelas dificuldades de estar e conviver com essas crianças. Por transcender o biológico, ainda que constantemente se busque colocá-los dentro dos déficits neurológicos

(como se vê no método escolhido para tratar e educar), configura-se como um problema ao modelo exclusivamente médico-biológico diante de sua complexidade.

Embora esse seja o título do capítulo, Garcia Filho (1966) dedica, praticamente todo ele, a falar, não do “problema dos retardados”, mas do método empregado na instituição: “Escrever sobre a conduta do nosso Centro no adestramento e tratamento de retardados mentais, talvez não seja tarefa difícil. Difícil é explicar as razões do método aplicado, para a compreensão média das diversas camadas culturais e sociais.” (GARCIA FILHO, 1966, p.165)

“Adestramento e tratamento” era esse o fim educacional ofertado pela escola, de caráter essencialmente médico e de treino de hábitos. Para tanto, fez-se uso do método Doman Delacato, trazido para a Instituição depois de uma visita que Garcia filho fez à APAE do Rio de Janeiro, buscando atualizar-se sobre o tratamento dos retardados mentais (GARCIA FILHO, 1966).

Diante da importância dada ao método na Instituição e também na APAE, como será apresentado mais à frente, importa esclarecer seus fundamentos e premissas básicas.

O método foi desenvolvido por Glenn Doman e sua equipe no Instituto para o Desenvolvimento do Potencial Humano em Filadélfia, nos Estados Unidos, iniciando esse trabalho em 1947. Ficou conhecido como *Método Doman Delacato* pela contribuição do Psicólogo Educacional Carl Delacato na definição de seus preceitos (REININHO, 2009; WACHELKE e al., 2004). Trazido para o Brasil em 1957 pelo médico brasileiro Raimundo Véras, foi implementando no Rio de Janeiro no Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória, por ele criado, o qual, em 1963 passou a atender crianças com *Síndrome de Down*, conhecidos como mongoloides naquela época (REININHO, 2009).

Reininho (2009) destaca esse fato, pois era aqui que Véras discordava dos “pais” do método americano; desenvolvido para trabalhar com pessoas com lesão cerebral, o médico brasileiro defendia que nos mongoloides não havia a lesão, porém eles tinham uma desorganização neurológica (células nervosas mal mielinizadas no bulbo, na medula, na ponte de varólio ou no córtex) e, portanto, deveriam ser enquadradas nas deficiências neurológicas ditadas por alterações cromossômicas.

Configurando-se como um método de organização neurológica, tinha como base o potencial de desenvolvimento da inteligência e psicomotor da criança e poderia ser tanto acelerado como interrompido a depender dos estímulos ofertados ou de algum dano neurológico (GARCIA FILHO, 1966; REININHO, 2009; WACHELKE e al., 2004). Como

seu foco é a causa das alterações funcionais, seus criadores criticaram métodos que focavam nos sintomas e não na causa (GARCIA FILHO, 1966; REININHO, 2009).

A seguir, apresentam-se alguns princípios do método:

A) Busca da normalidade

A partir do conhecimento dos padrões de desenvolvimento normal – postulados sobretudo por Gesell se configuram as etapas de desenvolvimento que se devem percorrer.

O desenvolvimento normal possui quatro estágios de motilidade: mover braços e pernas; rastejar, engatinhar e levantar-se e andar. Desenvolvidos pela maturação neurológica, apoia-se no desenvolvimento sensitivo- visão, tato, audição, olfato e paladar.

A depender da lesão neurológica da criança será seu comprometimento nos estágios de desenvolvimento:

[...] se a criança não logra seguir o percurso evolutivo normal mostrando-se incapaz de “programar” os braços e pernas; é sinal de que o cérebro, como um computador, precisa de um novo programa e nós devemos providenciar essa programação pois, uma vez gravado no cérebro o padrão do rastejar, a criança rastejará e activará a área cerebral correspondente à ponte de varólio passando a poder fazer as coisas que são comandadas pela ponte, e que as outras crianças podem fazer. (REININHO, 2009, p. 83)

Para Doman, o desempenho normal deve-se à integridade das vias motoras e sensoriais, já que a destruição total ou parcial dessas vias impedirá o desempenho funcional e persistirá até que as vias sejam recuperadas ou forem criadas novas vias, aqui incide a terapia, guiada pela procura sistemática da falha do circuito.

Essa informação é observada na prática cotidiana de ambas as instituições estudadas nesta tese, a Escola Bertilde de Carvalho e a APAE, que justifica a avaliação inicial médica e fisioterapêutica para traçar o plano de intervenção e assistência à criança, reafirmando o papel central da equipe médica em detrimento da pedagógica.

B) O desenvolvimento da aprendizagem

Este ponto depende antes de tudo da estrutura nervosa e da capacidade de percepção do indivíduo; será assimilada, assegurada por sua memorização e a capacidade de relembrar esses fatos memorizados, que deverão ser reorganizados e arrumados entre si e, por fim, terão capacidade de intuir entre um fato e outro e a capacidade de agir e transformar o mundo (REININHO, 2009).

Nos trabalhos desenvolvidos por Doman e sua equipe, verificou-se que no início do programa quase todas as crianças com lesão neurológica atendidas tinham baixo Q.I.. Com o desenvolvimento do trabalho, alguns progrediam – ao passo que viam, interpretavam melhor

o meio e moviam-se melhor, com mais acesso a informações, tiveram, conseqüente, maior aprendizagem, aumentando o índice do Q.I. (REININHO, 2009).

C) Importância dos pais (considerados como melhores terapeutas dos filhos) e do meio ambiente na oferta dos estímulos adequados

A casa é central nesse processo, e as atividades diárias, como se vestir, comer, passear, etc. são decisivas e importantes no processo de reabilitação (REININHO, 2009).

D) Programação do método

A execução do método é por meio de programas que se complementam. A seguir são descritos os programas que o contemplam:

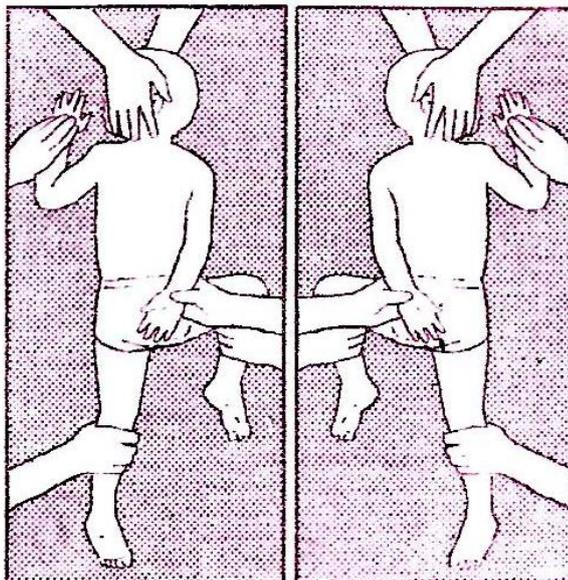
- **Programa de Mobilidade:** a motricidade tem papel central no desenvolvimento dos centros nervosos que contribuirão para a reorganização neurológica da criança. Para tanto, aposta-se na intensidade, frequência e duração das etapas do programa de mobilidade, pois só assim que os estímulos chegarão ao cérebro, local onde o problema precisa ser superado (REININHO, 2009).

Para superar as dificuldades das etapas da mobilidade, há um aspecto importante desenvolvido no método chamado “Padronização”, que faz parte do Programa Sensorial. Designado com base no nível da lesão, pode ser caracterizada como “padronização homolateral” (para crianças incapazes de rastejar, fazendo de modo homolateral), “padronização troncal” (para crianças incapazes de movimentar braços e pernas ou se deslocar/rastrear), e, a mais comum, a “padronização cruzada” essencial para os movimentos de rastejar, engatinhar e andar, é desenvolvido pela ajuda externa para que o Sistema Nervoso Central da criança passe a ordenar essa função e assim atingir etapas motoras avançadas (REININHO, 2009; WACHELKE e al., 2004).

É aplicada com a criança deitada ventralmente num plano elevado (mesa) que facilite a aplicação por parte de três adultos em intervalos de tempo com até cinco minutos, descrita no excerto a seguir e ilustrada na Figura 15:

Um dos aplicadores segura na cabeça da criança e vira-a para o lado; o outro aplicador, colocado desse lado, flexiona o braço e estende a perna; o terceiro aplicador estende o braço e flexiona a perna no sentido contrário do segundo; tudo isso numa sequência rítmica constante que é muito exigente (em termos físicos) para os responsáveis pela sua concretização mas que, inúmeras vezes, permite à criança adormecer, dado não exigir qualquer esforço físico da sua parte. (REININHO, 2009, p. 102)

Figura 15 – Foto Ilustrativa da Técnica de Padronização Cruzada do Método Doman Delacato

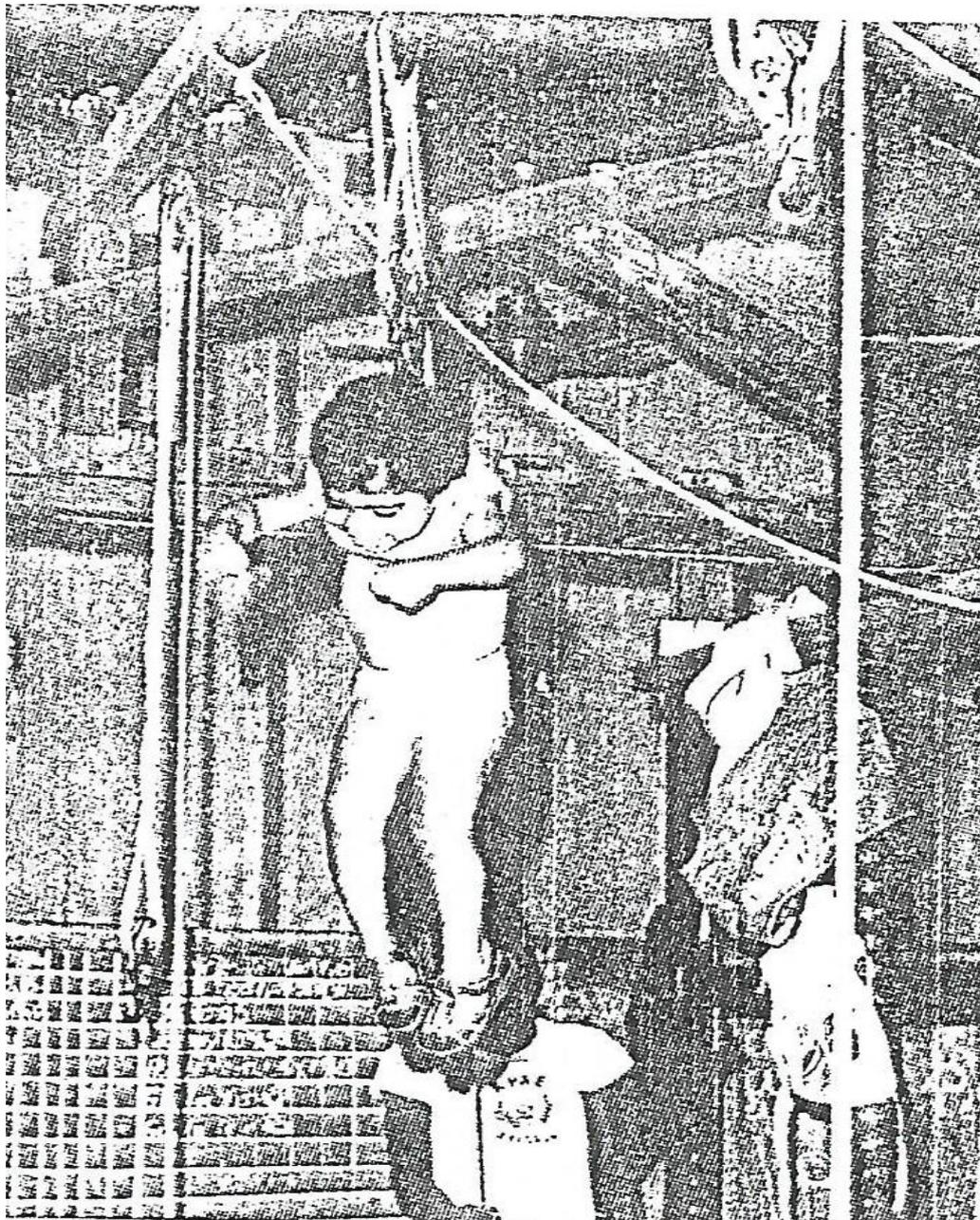


Fonte: DOMAN (1989; apud REININHO, 2009, p. 103).

O Programa de Mobilidade é composto pelas etapas de rastejar, engatinhar, andar e correr. Diante de dificuldades observadas pelos idealizadores do método para atingir essas etapas, outras estratégias, além da padronização, foram pensadas para potencializar os ganhos. Uma delas foi a “Braqueação” – pautada no desenvolvimento ontogenético da motricidade, consiste em “andar com os braços” numa escada horizontal que deve ser colocada a uma altura que não permita à criança tocar com os pés o chão (REININHO, 2009).

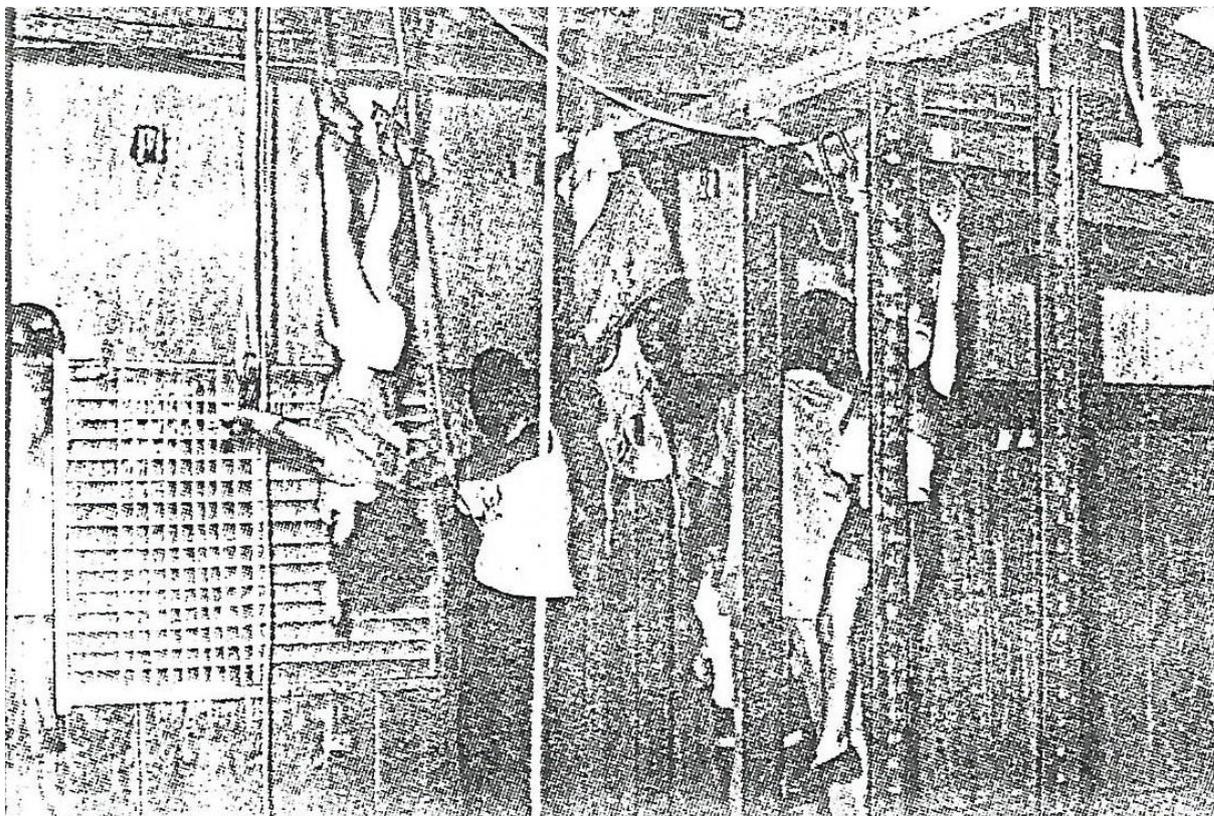
Essa técnica foi registrada na APAE, como ilustra a Figura 16, bem como outras duas técnicas: moitão e barra (Figura 17), que não foram encontradas descrições na literatura, porém apresentadas como técnicas provenientes desse método por Freitas e colaboradores (1974).

Figura 16 - Técnica Braqueação do Método Doman Delacato Realizado na APAE



Fonte: FREITAS et al. (1974).

Figura 17 - Técnicas de Barra e Moitão do Método Doman Delacato Realizadas na APAE



Fonte: FREITAS et al. (1974).

Dando continuidade aos programas propostos pelo método, tem-se:

- **Programa Sensorial:** consiste no desenvolvimento de atividades para estimular a visão, audição, olfato, paladar e tato. Caminha junto com o Programa de Mobilidade (REININHO, 2009).

- **Programa de Inteligência:** divide-se em Programa de Leitura, Programa de Matemática, Programa de Língua Estrangeira, Programa de Conhecimentos Enciclopédicos e Programa de Música (REININHO, 2009).

Nesta tese, somente o de leitura foi narrado pelas entrevistas e, nas fontes bibliográficas, apenas mencionado o Programa de Mobilidade.

Especificamente quanto ao Programa de Leitura, deve ser desenvolvido junto ao motor e sensorial. Os materiais de leitura devem estar adequados à capacidade visual da criança e respeitar uma organização por categorias que promovam a associação ao concreto.

As palavras são escritas com letras vermelhas em cartolinas brancas, no início, e usam-se 15 palavras que vão aumentando gradualmente até às 30; são as chamadas palavras gostosas (as do cotidiano da criança: mamã, papá, o nome da própria criança, dos irmãos, avos, animal de estimação, brinquedo preferido, etc.). Apesar disso, nunca devem ser apresentadas todas de uma vez [...]. (REININHO, 2009, p. 114)

De acordo Reininho (2009), o número de sessões de leitura, o número de palavras de cada sessão, as categorias apresentadas são definidos pelo método.

As categorias seguem uma sequência e não devem ser misturadas inicialmente para que a criança não confunda: primeiro de valor sentimental, depois são palavras do “ego” do próprio corpo (mão, joelho, nariz...); alimentos, cidades, assim por diante. Até que chegue um momento que várias categorias são apresentadas. As letras devem ser em tamanho grande (12,5 cm ou 8 cm de altura) e há uma transição gradual da impressão das palavras de vermelho para o preto (REININHO, 2009).

Quando uma criança olha para uma palavra escrita e já a reconhece, é porque adquiriu um padrão suficiente para descobrir outros vocábulos. Assim, a primeira etapa do programa é, simplesmente, colocar informações no seu cérebro, sem a preocupação de saber se aquilo foi aprendido ou não. Pretende-se apenas colocar a criança em contacto com a informação. Só numa segunda fase é que começaremos a buscar a associação dessas informações. Assim, passamos às frases [...] pequenos livros e, finalmente, para os livros. (REININHO, 2009, p. 116)

Conforme Wachelke et al. (2004), esses programas são duradouros e trabalhosos, muitas vezes tendo que ser aplicados em tempo integral por mais de um adulto – como é o caso da Padronização. Conforme os autores, no livro em que explica as características essenciais do método, Doman traz um exemplo de um programa que deveria ser executado diariamente das 8 horas e 45 minutos da manhã às 9 horas e 20 da noite, de maneira ininterrupta, portanto, o tratamento deve-se estender para a casa da criança, devendo os pais serem treinados para executá-lo. Em nenhum momento observou-se essa recomendação nas fontes que integram este estudo, tanto na APAE como no Ninota.

Como está pautado na busca da normalização, o método prevê, ao final, a cura da condição deficiente da criança buscando a normalidade. Este aspecto foi criticado negativamente pela análise realizada por Wachelke et al. (2004), juntamente com outros argumentos: ter uma base teórica frágil acerca do princípio da organização neurológica humana; fazer uma generalização excessiva e equivocada na realização de diagnósticos e entendimento etiológico das deficiências; o impacto negativo do método sobre os pais, e ineficácia no que abrange os resultados obtidos pelo método. Quanto a possíveis aspectos positivos, os autores mencionam a crença de que é importante interferir no ambiente e investir na educação de crianças com necessidades especiais, em oposição a uma visão inatista de que nada pode ser feito para mudar uma condição desse tipo, a adoção de um modelo gradativo de aprendizagem que estimula as crianças a realizar ações simples que aos poucos vão lhes

permitindo adquirir domínio sobre ações mais complexas, e a consideração dada aos pais enquanto parte ativa no tratamento (WACHELKE et al., 2004).

#### 4.1.1.2 A Escola: Representação, Apropriação do Método e Práticas Educacionais

A representação que se tinha sobre os retardados era de base neurológica, sendo fruto de uma desorganização do desenvolvimento neurológico, justificando assim o uso do método:

Os excepcionais apresentam uma série de defeitos ou anomalias, genéticos, congênitos ou adquiridos, que se evidenciam pelos problemas da fala da leitura, da visão, da audição, da memória, da inteligência, da espasticidade ou flacidez muscular (levando às paralisias e atrofias), da coordenação dos movimentos, etc., que o esforço terapêutico ou emendativo não os resolveriam olhados isoladamente.

Se a disfunção, resultante de uma desorganização no desenvolvimento neurológico, é do sistema Nervoso Central, compreendendo a Medula, o Bulbo, a Ponte, o Mesencéfalo, os Hemisférios e a dominância de um hemisfério cerebral sobre o outro, é nesta dimensão que o Problema deve ser enfrentado. (GARCIA FILHO, 1966, p. 166-167).

Considerando a plasticidade neural, o desenvolvimento neurológico poderia sofrer influências do meio que a criança se encontra para seu desenvolvimento ou para seu retardo. Portanto, a educação seria determinante nesse processo.

O cotidiano de atenção às crianças foi assim descrito:

A equipe médica e fisioterapêutica faz, inicialmente a avaliação das lesões, e procura estabelecer o segmento ou segmentos atingidos, às vezes continuando a observação no decorrer do tratamento.

Isto é da mais alta importância, pois o programa de reabilitação deve ser iniciado ao nível da lesão.

Se a criança apresenta desenvolvimento numa área superior, porém reflete sintomas de perturbação de um segmento inferior, deve-se voltar a este segmento na sequência do tratamento.

O tratamento é simples: promover os exercícios passivos ou ativos correspondentes ao segmento lesado: rolar no colchão, posição adequada do sono, engatinhar em padrão cruzado, marchar em padrão cruzado, jogos, desenho, pintura, música, pular, brincar organizadamente, escrever, ouvir leituras, pequenas tarefas escolares, sociabilidade.

Por isto que a reabilitação dos excepcionais exige a Escola em ambiente comunitário. (GARCIA FILHO, 1966, p. 168-169).

Essa prática cotidiana era desenvolvida por uma equipe multidisciplinar composta de: equipe médica de avaliação e tratamento com um neurologista, um ortopedista, um clínico e um pediatra, assistente social e psicólogo, professora e uma orientadora de arte infantil e de terapia ocupacional (dos Voluntários da Paz), equipe de fisioterapeutas para a aplicação do método Delacato; ambiente comunitário amplo e diversificado (GARCIA FILHO, 1966,

p.169). As professoras citadas no livro, que eram responsáveis pelo ensino na escola, eram Gersonete Souza Prado e Maria Julia dos Santos Cruz.

Em entrevista concedida pela Professora Maria Julia dos Santos Cruz, em 27 de junho de 2017, foi possível ter mais informações a respeito dos alunos, do cotidiano do trabalho e da apropriação do método pelos profissionais da Instituição.

Segundo a professora, havia alunos que tinham deficiência e outros não:

[...] existia uma mistura, aqueles que tinham mesmo problemas de comportamento, toda aquela deficiência e outras não, aquelas meninas bonitinhas que quando uma faleceu me chamou atenção. Ela tinha tumor cerebral, a coisa era que de vez em quando ela dava um sono e cochilava. (Profa. Maria Julia - entrevista concedida em 27 de junho de 2017).

Conforme a professora, não havia distinção de níveis de comprometimentos entre seus alunos, se fossem avaliados e diagnosticados com deficiência mental iam para sua sala, independente de nível, idade, “[...] chegou, tinha que ficar. Eles não estavam preparados, nem a gente. Estava tudo começando.”

Um dos casos narrados pela professora Maria Julia revelou a presença de problemas comportamentais, talvez de ordem psiquiátrica, no perfil dos alunos, além do caráter residencial de internato da instituição:

Ele ficava assim, chegava perto de mim, eu sentada na cadeira, ele chegava perto e dizia “Eu lhe mato hoje”, aí eu dizia “você não vai me matar de maneira alguma hoje, porque senão amanhã você não me vê. Aí eu dizia alguma coisa que chamava atenção dele. Aí ele dizia “mas por quê?”, “Porque eu não venho, se eu vou morrer”. Ele tinha crises, no quarto dele não era cama, era todo piso e parede, era até a altura dele revestido porque ele tinha crises, eu não sei se era epiléptica, mas parecia essas coisas assim. Mas era um caso assim. Mas eu convivi, enquanto eu estava lá, ele estava. (Profa. Maria Julia - entrevista concedida em 27 de junho de 2017).

O pouco número de alunos na sala, revelado na estatística do livro de Garcia Filho (1966) de um total de 13 alunos no primeiro semestre de 1966 (sendo 11 do sexo masculino e duas do feminino) e no segundo semestre de 11 alunos (10 do sexo masculinos e uma do feminino), corrobora a narrativa da professora que atribuiu os poucos alunos à dificuldade dos casos, sendo isso determinado pelo Dr. Antonio Garcia Filho, médico da instituição e autor do referido livro:

Não tinha muito aluno na sala não, o Dr. Antonio, uma pessoa assim bem consciente, ele sabia dos casos que davam mais trabalho, e os riscos que podia acontecer. Com muitos, e a gente não podia dar conta. Não ultrapassava de 10, 12, eu tive um momento que eu tive 18. Mas eles eram assim, mais tranquilos. Esse garoto que era assim mais bravo, agora bravo assim mais de oralidade, bravo de boca. E dizia tanta coisa, fazia tanta coisa, eu lhe mato e não sei o que e nunca matou ninguém, nunca fez, ele tinha

aquele vozeirão, mas agora, a gente não podia, porque sabíamos que era um caso sério. (Profa. Maria Julia - entrevista concedida em 27 de junho de 2017).

Quanto ao método, a formação da professora foi na APAE do Rio de Janeiro, justificada pela parceria entre MEC, APAE e Secretaria de Educação e Cultura do Estado. Julia era professora concursada do Estado de Sergipe e cedida para a Instituição. Na descrição do método, explicou:

[...] cada profissional ficava com um membro. Ficava entre aspas, era responsável por um membro, um braço, uma perna e a cabeça. Então eram normalmente duas pessoas, duas e uma pra cabeça. Não sei explicar como que era o Doman Delacato porque nós não tivemos essa informação. Doman Delacato, chegou no Rio na APAE. E tinha profissionais, pra ensinar a fazer. (Profa. Maria Julia - entrevista concedida em 27 de junho de 2017).

Sua fala revela a não compreensão do método em sua essência, apenas o caráter técnico da formação visando a aplicação do método sem questionamentos, por “ordem médica”:

[...] eu pedi o material ao diretor [...] O material do Ninota eu tenho até hoje, eram os tapetes no chão. E fazendo os movimentos de rolar, de engatinhar, de fazer os movimentos no padrão [...]. Além dos exercícios tinham todas as outras atividades livres que a professora achasse que podia fazer. Havia determinação só no processo de alfabetização, o professor que ensinava ler e escrever esse tinha. Como que era, era palavração funcional. Aparecia a palavra “CABEÇA”, naquele momento a pessoa com dificuldade intelectual, o garoto, adolescente, a criança, aí ficava, submetia-se a mostrar pra ele: “CABEÇA”, “PERNA”, “BRAÇO”. Ele falava, aí ele estava bom. Se ele estava respondendo, “Olha! ele já sabe ler!”. Mostrava pra ele, a palavra escrita, e ele lia a palavra. Mas como era todo dia olhando. Eu fiz, fiz porque era assim pra fazer no método, eu fiz. Mas tinha alguns que avançavam, aí eu dizia, não é bem por aqui, mas era pra fazer, porque nós éramos supervisionadas também pra fazer, tinha que cumprir. Não é Doman Delacato? Se é Doman Delacato, então vamos fazer Doman Delacato. Não tinha rendimento. Mas naquela época era assim, não tinha outro caminho, não existia pra onde mandar. O avançar não era avançar em termos de rendimento na aprendizagem. De acréscimo, por eles terem sido capazes de descobrir coisas, não. Eles passavam assim, de tanto olhar a palavra, chegava o dia que estava assim e “PAPEL”, “CABEÇA”, “BONECA”. E a gente ficava assim, o que eu vou fazer, porque não tinha como discriminar. Porque as palavras já vinham. Pronto. Palavração funcional. (Profa. Maria Julia – entrevista concedida em 27 de junho de 2017; suprimimos).

A narrativa da Profa. Julia revela o poder médico na determinação da técnica pedagógica, a execução pelo professor não somente do Programa de Leitura (parte pedagógica), mas também dos exercícios do Programa de Mobilidade, o que deveria ser bastante extenuante no cotidiano do profissional. A fala ainda revela um descontentamento e

questionamento com o método que se empregava, por não observar ganhos reais de aprendizagem de leitura, sendo caracterizado pela professora de “palavração funcional”.

Nessa direção, constata-se que a atenção ofertada na Escola Bertilde de Carvalho aos retardados mentais, a partir da década de 1960, acolheu casos leves e moderados, pela descrição dos “riscos” analisados pelo médico na composição das salas e, dentre estes, havia menores com problemas comportamentais; pautou-se por um método americano de organização neurológica adaptado aos deficientes mentais com objetivo de normalizar o aluno; e a organização do tratamento e ensino estava subordinada ao médico diretor da Instituição.

Mesmo com as críticas que o método possui, embora ainda segregados, os deficientes mentais tiveram práticas mais humanas e a possibilidade de vislumbrar o início de uma carreira educacional.

Por fim, Garcia Filho (1966) revela que o objetivo último da atenção aos excepcionais era de que eles pudessem se autogerir na sociedade, sem ser um “peso” para as famílias e sociedade, como fica explícito nessa frase concluinte do capítulo: “No futuro alguns ou muitos, Deus o queira, serão homens recuperados provendo-se a si mesmos e à sua família.” (GARCIA FILHO, 1966, p.169), explicitando o caráter normalizador para posterior integração à sociedade.

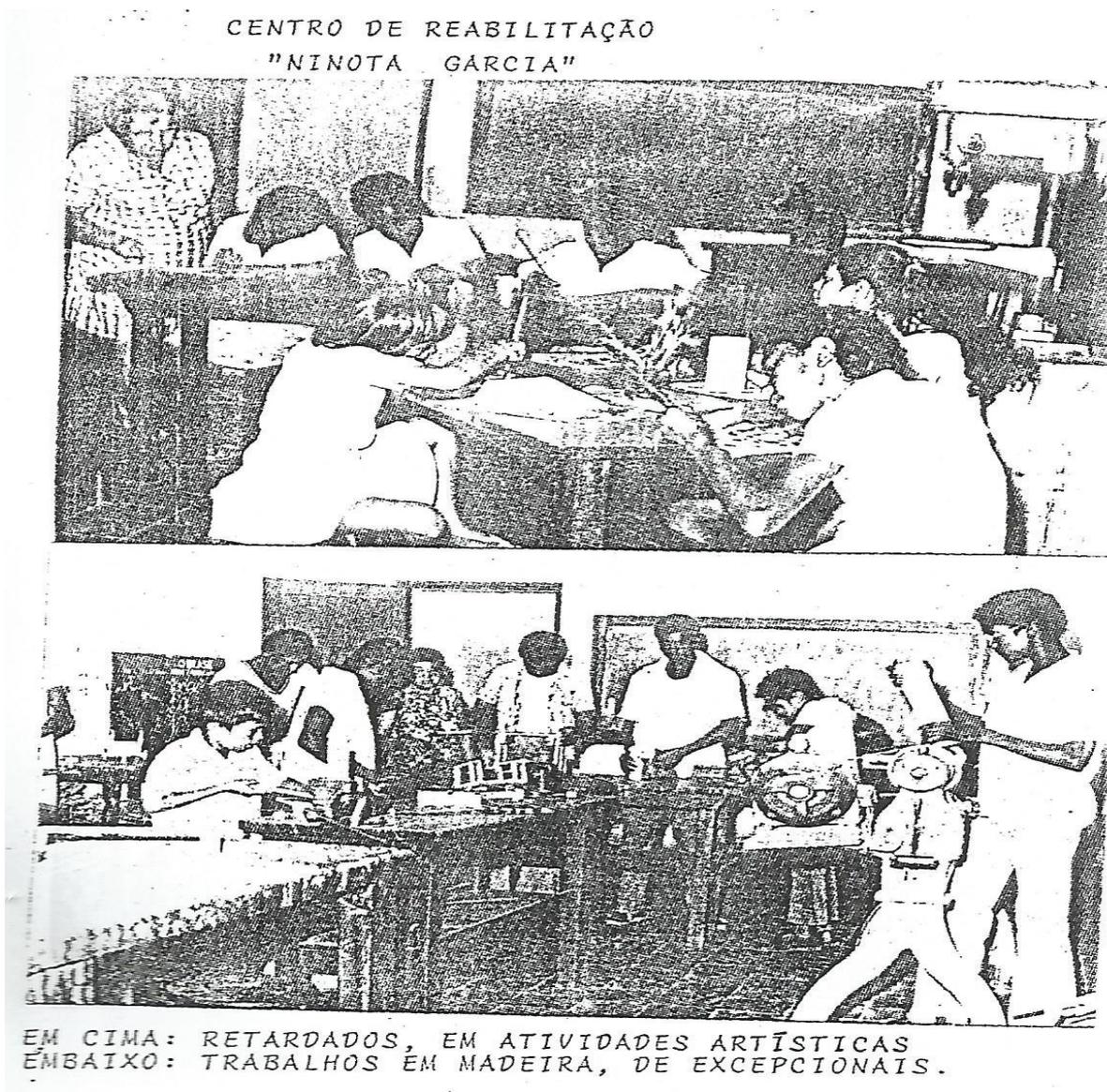
A seguir, algumas fotos dos excepcionais na instituição ilustram o cotidiano de práticas: a sessão de Terapia Ocupacional (com o desenvolvimento de atividades artesanais) (Figura 18), o adestramento pelo treino de um ofício (Figura 19), e o processo de alfabetização (Figura 20).

Figura 18 - Atividades Desenvolvidas pela Terapia Ocupacional no Centro de Reabilitação Ninota Garcia



Fonte: FREITAS et al. (1974).

**Figura 19 - Atividades de Artes e de Trabalhos em Madeira Realizadas no Centro de Reabilitação Ninota Garcia**



Fonte: FREITAS et al. (1974).

**Figura 20 – Atividade de Alfabetização Realizada junto aos Excepcionais no Centro de Reabilitação Ninota Garcia**



Fonte: FREITAS et al. (1974).

#### **4.1.2 APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de Aracaju**

A APAE teve sua primeira ata datada no ano de 1967, porém sua fundação data de 1968, por um grupo de pais preocupados com a ausência de serviços voltados aos excepcionais no estado de Sergipe. O primeiro grupo foi formado por Luiz Gonzaga da Silva, Paulo Donizeti, Moacir Seabra Oliveira, Manoelito Carvalho e outros (CALAZANS, [200-]).

Inicialmente enquanto grupo de discussão, concretizou-se enquanto “corpo físico” somente em 1971 em uma sala cedida pela Secretaria de Educação e Cultura no Estádio Lourival Batista-Escolinha contando nesse momento com 13 crianças excepcionais (FREITAS e col., 1966), sem distinção da deficiência ou faixa etária (CALAZANS, [200-]). Para Calazans ([200-]), as crianças que iniciaram o trabalho da instituição foi fruto de um trabalho de sensibilização dos idealizadores da APAE em Sergipe, que realizaram visitas às famílias de deficientes que conheciam e ao Centro de Reabilitação Ninota Garcia para divulgar o trabalho. Os limitadores foram, principalmente, o preconceito e a negação da deficiência.

Em 1972, transferiu-se para a Rua Arauá, em propriedade alugada, e somente em 1979 teve sua sede própria em terreno doado no governo de Cleóvanes Sostenes, na gestão do Luiz Gonzaga da Silva, o terreno tinha 2.200m (CALAZANS, [20--]).

Os objetivos da Instituição eram: estimular a participação ativa do aluno; propiciar o desenvolvimento das funções intelectuais, oportunizando exercícios que visem ao treinamento de funções como: atenção, memória, percepção e raciocínio; formar hábitos e atitudes necessárias a um bom ajustamento ao meio (FREITAS et al., 1974).

Os serviços ofertados organizavam-se em três eixos: saúde, social e pedagógico. O setor da saúde contava com pediatra, neurologista, psiquiatra, nutricionista, enfermeira, odontólogo, farmacêutico; o setor social desenvolvia estudos de casos, atuava junto a responsáveis, e voluntários; o setor pedagógico contava com o serviço de Orientação Pedagógica que desenvolvia ações de alfabetização, programação de ensino, Educação Física, Ensino Religioso e Recreação e a ação de dez professores (FREITAS e col., 1974).

Caracterizada por um regime de externato, integral, desenvolvendo oito horas diárias junto aos excepcionais e era exclusiva para o deficiente mental, “o excepcionaal: infradotado”. Sua estrutura financeira partia de subvenções do governo federal (Ministério da Educação e Cultura) e da Legião Brasileira de Assistência, além do convênio firmado com a Secretaria de Educação e Cultura da prefeitura de Aracaju e, posteriormente, com o Instituto de Previdência Social (INPS) (FREITAS et al., 1974). Outra forma de sustento consistia na contribuição voluntária dos associados da instituição (CALAZANS, s/d).

Estatísticas apresentadas no livro de Freitas et al. (1974) revelam que entre os anos de 1971 a 1974 foram atendidas 95 crianças, dividindo-se entre os seguintes diagnósticos: lesão cerebral (53 alunos); mongoloide (25 alunos); paralisia cerebral (08); alteração do metabolismo (01); retardo escolar (05); hipotireoidismo (01); epilepsia (01); surdez (01).

A estatística revela que se o único foco de atenção era a deficiência mental, ela poderia estar associada a outras deficiências e patologias, sendo secundária a elas. O perfil das crianças era: principalmente de classe socioeconômica baixa e de grave comprometimento (CALAZANS, [200-]). Como o desejo de sua fundação partiu da ausência de serviços que acolhessem os filhos deficientes de um grupo de pais, destaca-se que esses pais foram mobilizadores de outras formas de atenção que não fosse o hospital psiquiátrico, pois era o que tinha disponível na época, os casos mais graves parece que não ficavam no Ninota Garcia, pois não há relatos destes nas fontes identificadas.

Maria das Graças Barreto (entrevista concedida em 06 de julho de 2017), Orientadora Pedagógica da APAE por dez anos (desde 1969), informou que naquela época não havia um trabalho direcionado para o deficiente, sendo muito confundidos entre si. Mesmo a prática pedagógica e de tratamento era desconhecida pelos profissionais. Ela iniciou seu trabalho a convite da Presidente da APAE, Marilza Franco, e foi buscar conhecimento em São Paulo:

Quando a APAE foi criada, inclusive eu não tinha experiência basicamente, não tinha formação na área de educação especial, mas aí na época, tinha uma amiga minha que era presidente da APAE, Marilza Franco, e ela disse: “Se não for você, vai ser outra pessoa que também não tem, então topa ir pra São Paulo fazer um estágio? Estudar?” Eu disse “topo”. Na época eu trabalhava na educação, mas como professora. E aí eu fui pra Pestalozzi e pra APAE de São Paulo, daí em diante fui fazendo vários cursos pra APAE. (Maria das Graças Barreto – entrevista concedida em 06 de julho de 2017).

Assim como na Escola Bertilde de Carvalho, o método utilizado era o Doman Delacato (FREITAS et al., 1974; CALAZANS, [s.d.]). Consoante Calazans [s.d.] esse método foi implantado após a visita de um médico americano “Dr. Kleber”, que realizava atendimento às crianças nos fins de semana gratuitamente.

Começou com o método Doman Delacato [...] se você ver ele é muito no automatismo, pra alfabetização da criança ele é mais no visual. A criança não aprende, é a parte da memorização. Houve avanços maravilhosos com o Doman. O Doman, principalmente, ele reforça muito mais a parte de fisioterapia. Ele vem da fisioterapia para a socialização e para o atendimento pedagógico, mas o forte dele é a fisioterapia. Tanto que às vezes eu entrava em alguns atritos com a parte de fisioterapia porque eu achava que a valorização da parte de reabilitação era maior que de socialização, de que educativa, de que humana. Mas depois eu entendia, sabe, tinham alunos que antes de começar o Doman eles não levantavam nem a cabeça. Depois eles começavam a se erguer, a ter domínio do corpo. Agora, as coisas eram feitas muito paralelamente. (Maria das Graças Barreto - entrevista concedida em 06 de julho de 2017).

O caráter de automatismo aparece novamente como crítica ao método, porém a narrativa da professora Maria das Graças revela aspectos positivos, especialmente às crianças com comprometimentos motores. Segundo a professora, inicialmente a APAE tinha um caráter muito assistencial, e somente após a implementação do método, passou-se a organizar uma equipe com fisioterapeuta, médico, pois o método exigia isso. A prática cotidiana institucional foi se moldando ao método escolhido - caracterizando o conhecimento disponível na área nesse momento no Brasil.

A seguir, apresentam-se algumas figuras que ilustram atividades do cotidiano da APAE.

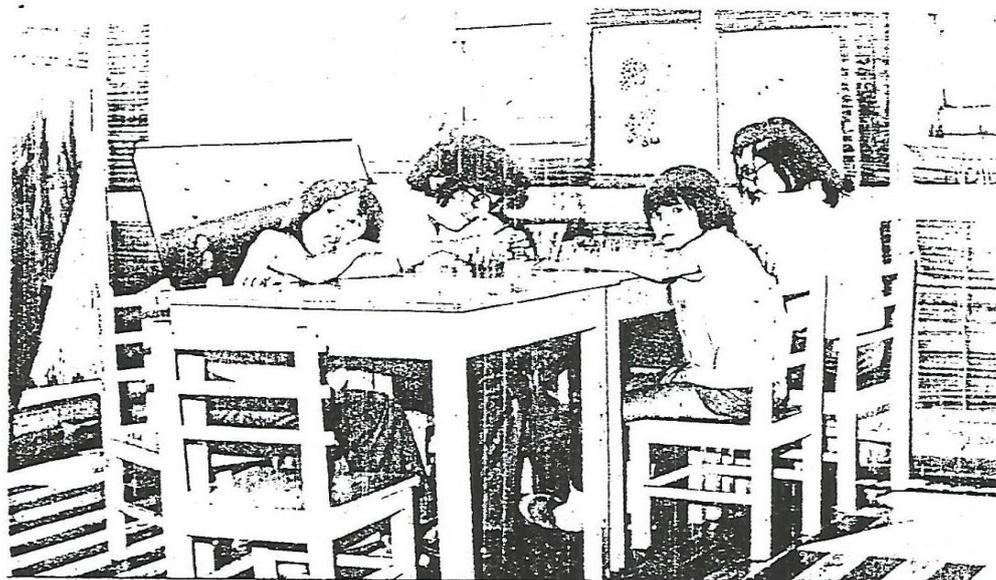
Figura 21– Atividade para Desenvolvimento da Oposição Cortical Realizada na APAE



TRABALHO DE PINÇAMENTO PARA DESENVOLVIMENTO DA OPOSIÇÃO CORTICAL

Fonte: FREITAS et al. (1974).

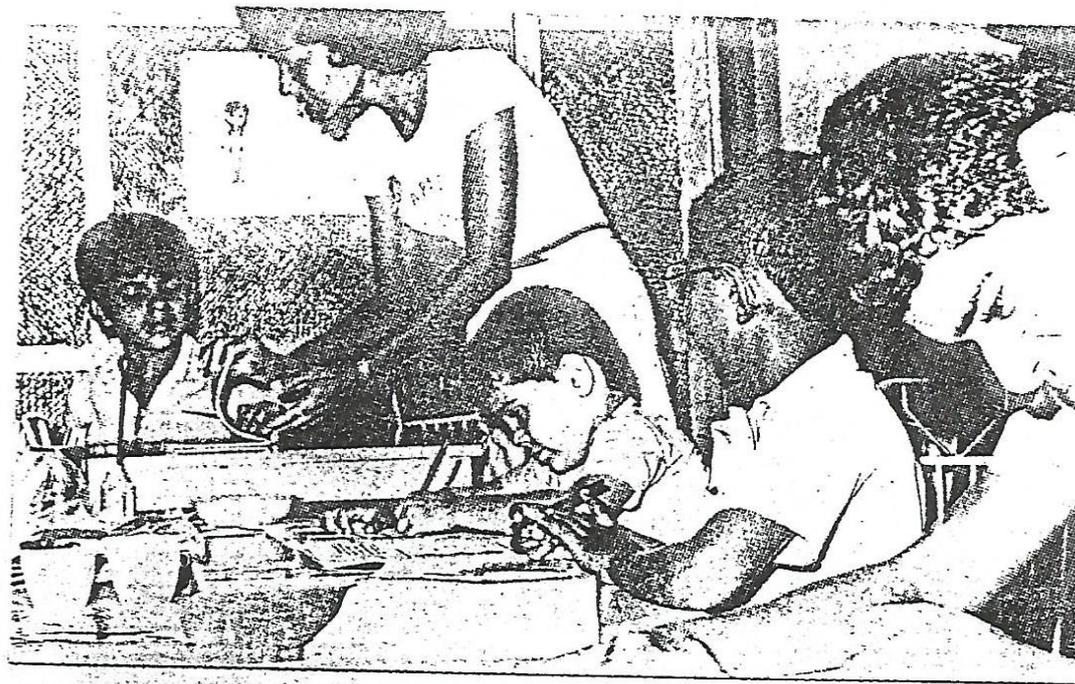
Figura 22 – Atividade para o Desenvolvimento da Coordenação Motora Realizada na APAE



TRABALHO DE COORDENAÇÃO MOTORA

Fonte: FREITAS et al. (1974).

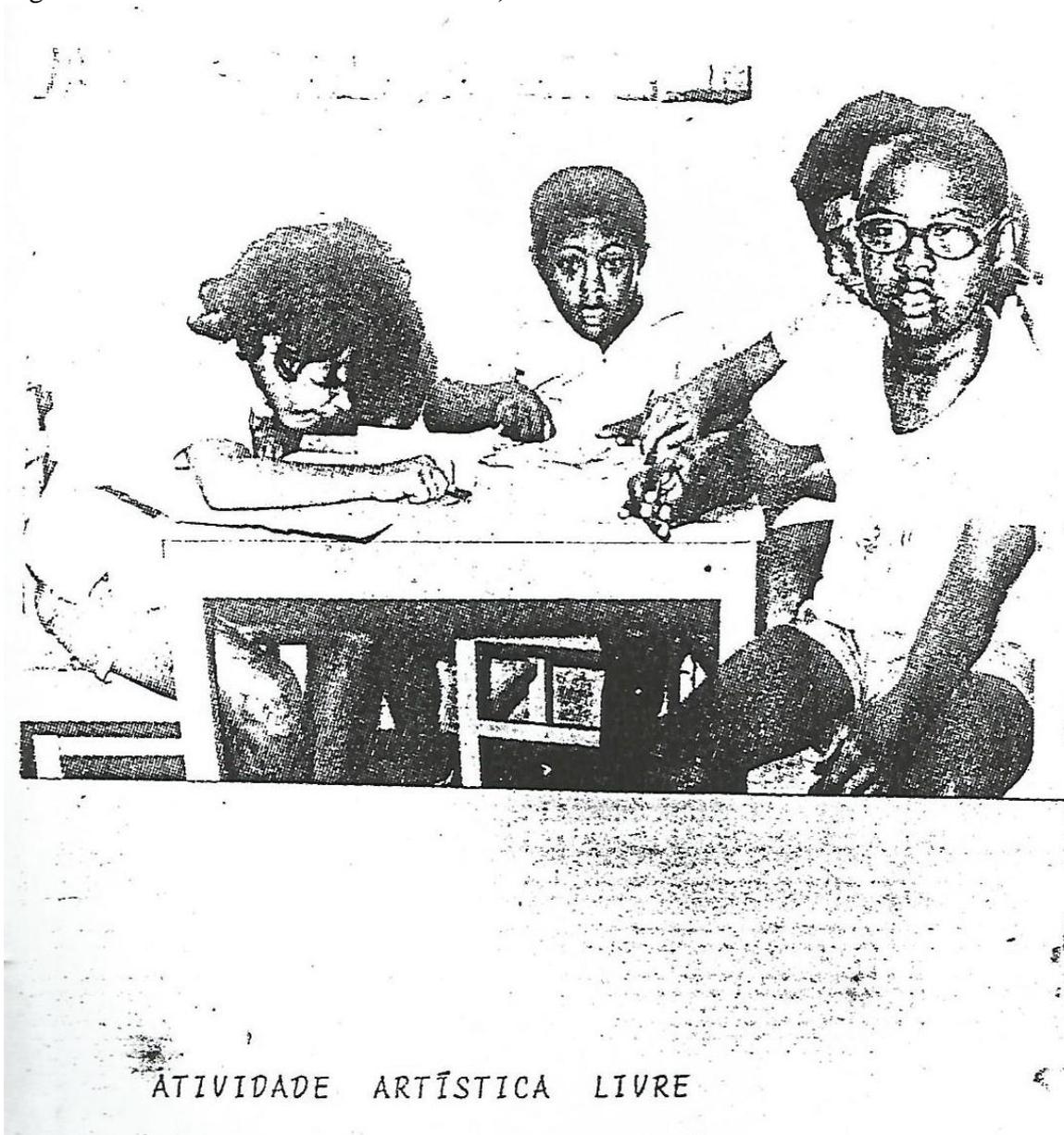
Figura 23 – Atividade de Desenvolvimento da Coordenação Motora Fina Realizada na APAE



TRABALHO DE COORDENAÇÃO MOTORA,  
JÁ COM USO DE LÁPIS

Fonte: FREITAS et al. (1974).

Figura 24– Atividade Escolar- Artística, Desenvolvida na APAE



Fonte: FREITAS et al. (1974).

As fotos revelam diferentes níveis de desenvolvimento motor e de aprendizagem, o grupo de alunos era caracterizado por diferentes idades, aparentando ter jovens e crianças juntos. As imagens não representam casos graves e muito comprometidos motoramente, pela caracterização postural dos alunos, representam os casos de deficiência intelectual moderada ou leve possivelmente.

Tanto as atividades de coordenação motora, como de “arte livre” vão além dos programas propostos pelo Doman Delacato (como foi descrito anteriormente), evidenciando que a prática pedagógica não se restringia somente a esse método, e aproximava-se das técnicas de ensino primário.

A breve caracterização das duas instituições especiais construídas na década de 1960 revela um lugar possível para os menores *anormais* em detrimento da internação nos hospitais psiquiátricos. A oferta de um tratamento médico-pedagógico se destaca como inovador frente aos tratamentos psiquiátricos e medicamentosos. Ainda que se configurem instituições segregadoras, produziram práticas e discursos em que aparecem a família, a criança ou adolescente e não apenas sua “anormalidade” – mesmo que ela seja determinante para sua entrada nas instituições.

Assentados nas fontes consultadas, a APAE foi uma alternativa aos casos graves, caracterizados como oligofrênicos pelo S.A.P.S.

Da institucionalização das práticas da educação especial em serviços de cunho médico, configurando ações médico-pedagógicas, a seguir, o foco foi dado para a institucionalização da educação especial no sistema educacional primário – movimento que parece ter sido alternativa às dificuldades diante da democratização do ensino revestido de um olhar mais atento às deficiências e suas limitações. O sentimento de equidade torna-se nebuloso diante dos métodos e critérios de classificação das crianças, bem como a limitação da atenção aos “anormais escolares” em detrimento daqueles que ainda não estavam na escola e poderiam ter sido beneficiados pela ação da sala especial ao menos para serem integrados ao convívio social com outras pessoas.

#### **4.1.3 As Classes Especiais no Estado de Sergipe**

No Livro de Freitas e colaboradores (1974), há algumas páginas dedicadas a falar sobre a formação das classes especiais em Sergipe e estas iniciam com a mesma terminologia usada por Garcia Filho, em 1966, destacando o “problema” que se colocava no caminho das instâncias educacionais: “A Secretaria de Educação e Cultura e o Problema do Excepcional”.

Foi em 1974, que a Secretaria de Educação e Cultura iniciou seu trabalho junto aos excepcionais “existentes na rede estadual de ensino” (FREITAS et al., 1974). O Prof. Freitas, então Diretor Geral da Educação da Secretaria de Educação e Cultura de Sergipe, junto a uma equipe de pesquisadores, revelou que no momento de divulgação de seu trabalho, havia 55 professoras sendo treinadas para atuar nas salas especiais, também compostas por uma equipe multiprofissional: clínico, neurologista, psiquiatra, psicólogo, assistente social pedagogo e foniatra. A função da equipe seria de diagnosticar os diferentes excepcionais para formar as classes especiais.

O Prof. Freitas (entrevista concedida em 04 de agosto de 2017) informou que, no papel de Diretor Geral da Educação, apoiou-se para elaboração do planejamento das salas em uma pesquisa realizada pela assistente social de sua equipe sobre os processos de reprovação escolar de alunos que permaneciam de três a cinco anos na mesma série. A pesquisa revelou dificuldades visuais, auditivas e mentais (cognitivas) nos alunos, justificando a criação das salas especiais junto às escolas.

Seguindo as diretrizes nacionais, por meio da ação do Centro Nacional de Educação Especial, vinculado ao Ministério da Educação, em 1975 foram instituídas as classes especiais em Sergipe.

[...] nós tínhamos o Centro Nacional de Educação Especial no Rio de Janeiro, e todas as secretarias eram vinculadas a esse centro. Ela subsidiava a nível financeiro, a nível de cursos, a nível de formação, todos os Estados. Em 75 o Estado de Sergipe entrou, nós fizemos o projeto, fizemos as avaliações, mas participava das avaliações, as crianças que se apresentavam na escola com dificuldades [...] (Iara Campelo Nascimento Lima - entrevista concedida em 26 de junho de 2017).

As ações da frente de Educação Especial em Sergipe iniciaram-se com o apoio de assessores do CENESP. O então secretário da Educação e Cultura, Everaldo Aragão Prado, e o coordenador da Assessoria de Planejamento (ASPLAN), Antonio Dantas, convidaram a Profa. Maria das Graças Barreto para assumir o papel de coordenadora da equipe, por já estar desenvolvendo uma prática na educação especial na APAE e ser professora do Estado.

Em consonância com a Profa. Maria das Graças (entrevista concedida em 06 de julho de 2017) a primeira ação realizada foi o planejamento e execução de um curso de especialização de 720 horas para os professores que seriam “[...] os portadores dessa linguagem diferenciada em sala de aula”. O curso foi realizado na Escola Normal e ministrado por pessoas de outros estados como São Paulo, Rio de Janeiro, orientado pelo CENESP.

Aqui no estado a gente tinha muita pouca gente. Teve professores que passaram aqui três meses, dois meses, outros um mês, depende da carga horária. Era uma carga horária alta, a gente não queria dar ao professor uma rabiscada, a gente queria dar a ele uma formação, um entendimento, um conteúdo, esse conteúdo foi todo elaborado junto com o pessoal do CENESP e fizemos esse curso. Esse tinha caráter até eliminatório também. Pra saber quem se adequava, e assim foi feito [...] Nós não tínhamos professores na época, nenhum, que não tivesse passado pelo curso, todos, não vou dizer que todos eram excelentes, ai seria eu querer demais, mas todos tinham conhecimento da clientela, da proposta, do que estavam fazendo do que deveria ser feito. (Maria das Graças Barreto- entrevista concedida em 06 de julho de 2017).

Uma das partes do curso abordou conhecimentos sobre as patologias, sob a ótica da neurologia, tendo participado dessa formação “mais científica” médicos neurologistas de Sergipe como Dra. Marbene Guedes. Em documentos pessoais da Neuropediatra Marbene, foram identificadas duas declarações provenientes do Serviço de Educação Especial, junto à Secretaria de Educação, quanto à sua participação em dois eventos realizados: o “I Seminário sobre Aspectos Multidisciplinares na Prevenção da Deficiência Mental”, realizado pela Secretaria de Educação e Cultura, no período de 21 a 28 de agosto de 1975; e o “Curso de Atualização para Professores para o Ensino Especial”, promovido pelo CENESP e Secretaria de Educação e Cultura, no período de 09 a 20 de fevereiro de 1976. Observa-se que anterior ao curso de 720h, de atualização de professores, foram realizadas ações de sensibilização pela Secretaria, logo no início das práticas nas salas especiais.

A aproximação da compreensão da clientela pelos saberes da Neurologia revela uma representação da deficiência dessas crianças, no sistema nervoso central. O aporte teórico, concebendo o “retardo mental” dentro desse conhecimento, evidencia uma compreensão do saber poder biomédico sobre essa clientela, semelhante ao que regia, por exemplo, as práticas do Doman Delacato, porém voltado agora para os casos “disfarçados” entre os normais, considerados leves, mas que se configuravam entraves nas estatísticas de aprovação e rendimento escolar.

As primeiras classes especiais foram instituídas na “Escola Estadual 11 de Agosto”, expandindo-se para outras escolas<sup>61</sup>. Na “Escola Estadual 11 de Agosto” tinha uma sala de terapia ocupacional, uma sala de recursos, e duas salas para deficiência intelectual (Iara Maria Campelo do Nascimento - entrevista concedida em 26 de junho de 2017).

Havia uma equipe formada para atuar na educação especial composta por diferentes profissionais: coordenadora, pedagoga, assistente social, fonoaudióloga, psicóloga, neuropediatra. Essa equipe foi responsável pela divulgação do trabalho nas escolas como narrou a Profa. Maria das Graças:

Nós fizemos um trabalho de divulgação nas escolas. Nisso entrou a ação das assistentes sociais e como nas escolas já tinham, só que já tinham sem serem descobertos. Eles já estavam lá dentro. Na verdade a clientela já estava lá, ela só estava deixando de ser atendida, mas ela já estava. Tanto que foi

---

<sup>61</sup> Segundo Freitas (entrevista concedida em 04 de agosto de 2017), as cidades sergipanas em que o estado instituiu as classes especiais foram: Aracaju, São Cristóvão e Japaratuba. Quanto ao quantitativo de salas, tem-se o dado obtido na dissertação de Nascimento (1985), no ano da sua pesquisa (iniciada em 1979 e concluída em 1985) participavam do projeto de Educação Especial 11 unidades escolares, com 14 salas de aula, com 20 turmas, cada uma com no máximo 15 alunos, totalizando um número de 185 alunos especiais. Justifica-se o uso da dissertação da Profa. Iara Maria C. do Nascimento (1985) como fonte neste estudo por ter sido fruto do seu trabalho nas classes especiais e iniciada dentro do período histórico desta tese, em 1979.

muito fácil detectar porque ela já estava ali, na cara da gente, só que passava batido. Havia uma confusão entre deficiente mental, paralisia cerebral, o *Síndrome de Down*, então havia essa miscigenação, então quem é quem não eram identificados. A gente tinha apoio das outras professoras. Numa sala de 30 alunos, a gente não tinha como saber, então elas que indicavam. A escola que indicava pra gente, aí se fazia um contato inicial com a família, depois com os meninos, fazia anamnese, fazia os testes e inseria eles nas salas. (Maria das Graças Barreto – entrevista concedida em 06 de julho de 2017).

O Prof. Freitas, as Professoras Iara e Maria das Graças e a Dra. Marbene narraram que as salas foram feitas para aquelas crianças que estavam com muito tempo de reprovação escolar, portanto, a clientela das salas especiais já estava na escola. No trabalho de Mestrado da professora Iara, há a seguinte descrição da clientela:

A clientela atendida pela Educação Especial era de alunos de 1ª série diagnosticados como D.M.E<sup>62</sup>, após consenso resultante de todo processo de avaliação porque passa o aluno candidato a ser atendido por este tipo de ensino. O encaminhamento para avaliação foi feito pela comunidade, pelo médico ou, seja na sua maioria, pelo Sistema de Ensino Regular por se apresentarem os alunos com dificuldades em acompanhar o processo regular de ensino e já possuírem 2 ou 3 anos de reprovação. (NASCIMENTO, 1985, p. 65).

Essa compreensão fundamenta-se nos ideais divulgados por Lourenço Filho, iniciando-se com os trabalhos de Binet e colaboradores, que assimilam o retardo intelectual ao desempenho escolar evidenciado pela constante reprovação na mesma série por mais de três anos.

Na visão de Nascimento (1985), os alunos eram submetidos a anamnese, testes psicológicos, pedagógicos e uma avaliação médica quando necessário. Aqueles identificados como DME eram colocados nas classes especiais.

A classe socioeconômica dos alunos das classes especiais era principalmente de nível baixo, com alta incidência de problemas de comportamento, relacionamento e acentuada dificuldade de aprendizagem, às vezes, associada a problemas neurológicos ou fonoaudiológicos e a idade oscilava entre 12 e 15 anos (NASCIMENTO, 1985).

---

<sup>62</sup> A sigla DME refere-se a Deficiente Mental Educável. Nascimento (1985) utiliza a seguinte definição proveniente de material elaborado pelo CENESP em 1984: “[...] são educandos que embora possuam grau de inteligência significativamente abaixo da média, podem ser alfabetizados, segundo programa curricular adaptado às suas condições pessoais, alcançar ajustamento social e ocupacional e, na idade adulta, independência econômica parcial ou total”.

#### 4.1.3.1 A busca pela “anormalidade”: o exame, o diagnóstico, a classificação e a separação dos alunos especiais

O exame e o diagnóstico aparecem como atribuição da equipe de profissionais que compõem o Núcleo de Educação Especial da Secretaria de Educação e já é descrito anterior à sua execução no livro do Prof. Freitas e colaboradores:

Neste diagnóstico serão necessários exames especializados com técnicas apuradas. Trata-se fundamentalmente de se firmar um diagnóstico válido para se estabelecer uma orientação básica que diz respeito ao próprio indivíduo, à sua personalidade e às suas necessidades vitais [...] A conclusão de exames especializados evidenciarão deficiências intelectuais, estados epileptoides, dislexias, deficiências motoras, enfermidades, não percebidas e não corrigidas, da vista do ouvido etc., enfim, todas as carências e todos os males que têm uma influência direta sobre os candidatos, porque podem originar estado de inquietação ou de sofrimento. Assim sendo, um grande número de deficientes mentais já entrará em tratamento para cada grupo. (FREITAS, et al., 1974, p. 24-25).

Observa-se a descrição de exames especializados com técnicas apuradas, já sinalizando o que vinha sendo usado no Brasil pelos escolanovistas como a psicometria, a preocupação com a individualização e identificação da personalidade do aluno, concordando com as asserções de Lourenço Filho (1978). Por meio dos exames, todos os desvios da norma serão evidenciados; “carências e males” que agem diretamente sobre os alunos serão identificados, reforçando a ideia da dificuldade centrada no indivíduo.

A psicometria proposta por Binet e seus colaboradores (traduzida no Brasil por Lourenço Filho) orientou o olhar dessa equipe, bem como os testes de Aprendizagem de Lourenço Filho (Teste ABC)<sup>63</sup>, como identificados na narrativa da Profa. Iara:

Usava o teste intelectual, como de Binet, mas usava todo o teste de aprendizagem também. Naquela época era de Lourenço Filho. Mas o teste de aprendizagem, ele trabalhava muito a coordenação motora, ele trabalhava a leitura, a escrita. O teste intelectual, ele sempre deu um diagnóstico mais científico, digamos assim [...] (Iara Maria Campelo Nascimento – entrevista concedida em 26 de junho de 2017).

O teste intelectual de Binet-Simon oferecia os índices de quociente de inteligência, uma medida quantificável que daria o “direito” de a criança ser atendida em sua

---

<sup>63</sup> Segundo a entrevista de Profa. Iara e nos registros de sua dissertação de mestrado, na década de 1980 foi implementado junto às classes especiais como alternativa a esses modelos de exame, o Diagnóstico Prescritivo ou Educacional, que ela conheceu durante seu mestrado no Rio de Janeiro. Como extrapola o período histórico desta tese não será analisado, destacando-se a importância de futuros estudos que possam dar continuidade a esta pesquisa, investigando as possibilidades que foram sendo traçadas e construídas no ensino da criança com deficiência mental em Sergipe.

individualidade na sala especial. Ao citar o teste de aprendizagem, observa-se a união de outros exames para a classificação dos alunos. O teste ABC de Lourenço Filho (1933), como revela a narrativa da Profa. Iara, centra-se na aplicação de oito provas para avaliar: coordenação viso-motora; memórias imediata, motora, auditiva, lógica; prolação; coordenação motora; atenção e fatigabilidade. Quantificados, os alunos eram classificados em categorias: fortes, médios e fracos, além de predizer como seria a evolução da aprendizagem da leitura e escrita de cada educando.

O trabalho de mestrado da Profa. Iara foi fruto de seu questionamento diante da forma de avaliação das crianças e o impacto disso para elas a partir do estigma de “especial” que se produzia. A professora diz que as mudanças nas definições de deficiência mental e dos escores dos testes para diagnosticá-las impactavam no cotidiano da prática do seu trabalho e revelavam as fragilidades dessa técnica:

Naquele momento nós tínhamos os testes psicológicos, o Binet, por exemplo, a criança era considerada deficiente intelectual se ela tivesse um desvio padrão abaixo da média. Mas, a partir de 70 ou de 69, o desvio padrão não era mais considerado um desvio padrão abaixo da média pra deficiência intelectual eram dois desvios. Ai foi o que mais me incomodou pra gerar meu trabalho de mestrado, porque muitas crianças que tinham sido classificadas como deficiência intelectual já não eram mais [...] psicometricamente, ela foi avaliada como deficiência intelectual, mas como o nível de exigência do teste mudou, ela deixou de ser deficiente intelectual. (Iara Maria Campelo do Nascimento – entrevista concedida em 26 de junho de 2017).

Em sua dissertação, Profa. Iara apresenta esse questionamento, destacando a diferença na padronização da normalidade por meio do saber científico que se propaga em cada época comparando as definições da *American Association for Mental Deficiency*, de Herber, de 1961 e a de Grosman, de 1973, verificando que houve uma ampliação da faixa considerada normal sob o ponto de vista psicométrico. Na definição de Herber, pessoas com Q.I. menor que um desvio padrão abaixo da média eram consideradas deficientes mentais e na definição de Grosman, a faixa de normalidade ampliou-se, considerando deficientes pessoas com Q.I. de dois desvios padrão abaixo da média:

[...] o funcionamento intelectual geral abaixo da média na definição da AADM refere-se ao desempenho em testes padronizados de inteligência em que o indivíduo apresenta mais de dois desvios-padrão a baixo da média. Comumente são usados testes como o Stanford-Binet ou a Escala de Wechsler, nos quais um escore igual ou menor que 68 ou 69 aproximadamente classifica uma criança como retardada. Antes da definição da Associação Americana de Deficiência Mental (1973) apenas um desvio padrão abaixo da média era usado como critério o que significava que um escore, equivalente a 83 ou 84, segundo se usasse o Stanford-Binet ou a

Escala Wechsler classificaria uma criança como retardada. (NASCIMENTO, 1985, p. 50-51).

A preocupação da autora vai além da inquietação diante dos critérios psicométricos de anormalidade, destacando a condição de desvantagem do aluno na escola, não somente por sua dificuldade diagnosticada, mas também por sua condição socioeconômica, a maioria proveniente da classe operária. Para Nascimento (1985), a escola, ao exigir um comportamento e saber da classe média, privilegia esse grupo, fazendo com que aqueles que não compartilham desse capital cultural sejam levados ao erro:

Fora da escola, a sociedade lhes oferece uma condição de pobreza, mas exige na escola uma resposta coerente com a população de classe média. Neste caso, este aluno só terá direito ao erro e ele é visto como alguém que não está sabendo aproveitar a oportunidade dada pela sociedade, e não é visto que as oportunidades dadas é que estão inadequadas aos alunos de classe operária; conseqüentemente, sua dificuldade se acentua ou poderá até ser criada, passando daí a ser atendido pela Educação Especial. (NASCIMENTO, 1985, p. 3)

Diante dessa percepção, continua sua argumentação afirmando que se for considerado esse aspecto, a dificuldade da criança ao ingressar na escola seria normal e “[...] talvez até a própria escola seja responsável pelo grande número de crianças identificadas com retardo leve de causas desconhecidas” (NASCIMENTO, 1985, p.16).

Analisando de forma crítica seu próprio trabalho dentro das classes especiais, a autora revela em sua entrevista o quanto ela e os demais profissionais estavam desconhecendo a realidade de seus alunos. O trecho abaixo ilustra a apropriação do saber científico pelos profissionais para aplicação junto aos alunos, sem interpretá-lo sob o campo cultural dos alunos que se desejava avaliar:

Naquele momento você via como nós estávamos completamente desconhecendo a realidade, muitas vezes, mostrava que no teste intelectual ela ia dar abaixo, a nossa criança não conhecia pedra preciosa. Até tem um fato muito interessante com uma psicóloga que fazendo a avaliação com o garoto perguntou se ele conhecia esmeralda, e ele com toda certeza disse conheço, aí ela ficou impressionada e disse qual é a cor de esmeralda? Ele disse é verde. Aí ela se impressionou mais ainda. Então foi quando ela perguntou, e quando é que você viu esmeralda? Ele disse, ela é minha vizinha. Então quer dizer, o garoto, naquele momento era nosso estudo, o que nos inquietava era ele, aquele garoto estava trazendo uma percepção da realidade, ele não só identificou a esmeralda vizinha dele, como ele já estava observando que a Esmeralda poderia ter icterícia, ou alguma coisa assim do fígado, que ela era esverdeada. Então era um menino que estava atento à realidade, só que a realidade social dele era uma e o que o teste exigia era outra. (Iara Maria Campelo do Nascimento – entrevista concedida em 26 de junho de 2017).

A autora faz uma reflexão importante em sua dissertação não só das práticas realizadas em Sergipe, da qual fazia parte, mas de todo contexto nacional a partir de uma leitura ampliada:

[...] com a democratização do ensino, a obrigatoriedade de receber todas as crianças na contramão da ideologia dominante que pensava a educação apenas para os privilegiados socialmente, o ensino foi pensado sem levar em conta as diferenças sociais. Consequente fracasso de algumas crianças atribuído unicamente a elas, vinculado à deficiência, eximindo a escola de qualquer responsabilidade no fracasso das crianças. A escola apenas segue a opção ideológica do grupo social que a mantém, assim, a Educação Especial, culpa as crianças, atribuindo-lhes as deficiências. O processo sempre se inicia com o encaminhamento pela dificuldade de aprendizagem culminando no diagnóstico por meio de testes psicológicos e exames médicos – investiga-se a deficiência, suas causas e as falhas nas habilidades básicas de aprendizado. (Iara Maria Campelo do Nascimento – entrevista concedida em 26 de junho de 2017).

O exame pode ser compreendido como uma técnica que serve a um poder por meio de mecanismos de objetivação (FOUCAULT, 1987). O exame implica um poder disciplinar, caracterizado pela vigilância, observação constante e documentação da observação – as crianças objetivadas pelo saber psicopedagógico que se colocava nas escolas foram fixadas e colocadas em padrões previamente construídos.

Foucault (1987), ao falar do exame, defende a ideia de que por meio de suas técnicas documentárias, transforma os indivíduos em um caso: “[...] um caso que ao mesmo tempo constitui um objeto para o conhecimento e uma tomada para o poder” (p. 215). O indivíduo objetivado pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros a partir de sua individualidade, bem como será sua individualidade classificada, normalizada, excluída ou não.

O exame como fixação ao mesmo tempo ritual e “científica” das diferenças individuais, como oposição de cada um à sua própria singularidade [...] indica bem a aparição de uma nova modalidade de poder em que cada um recebe como status sua própria individualidade, e onde está estatutariamente ligado aos traços, às medidas, aos desvios, às “notas” que o caracterizam e fazem dele, de qualquer modo, um “caso”. Finalmente, o exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber. É ele que, combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza as grandes funções disciplinares de repartição e classificação, de extração máxima das forças e do tempo, de acumulação genética contínua, de composição ótima das aptidões. (FOUCAULT, 1987, p.216).

A apropriação da educação de saberes biomédicos, também se torna instrumento de biopoder, caracterizando uma microfísica do poder refletido na objetivação das crianças e

jovens que não se adequavam ao meio escolar construído, meio que não respondia às suas demandas sociais e culturais, mas, ao contrário, procurava tirá-los de cena. O exame, sendo técnica desse poder, foi um dispositivo de investigação e diagnóstico, exaltando a individualidade de cada um, e, quando comparados, classificados, construiu-se parâmetros para a “anormalidade escolar”, justificando outras formas de ensino como a apropriação da educação especial.

Foi por meio dos exames contínuos que alguns tiveram direito à educação, outros à educação especial, outros a nenhuma das duas.

#### 4.2 EDUCAÇÃO ESPECIAL E INTERDISCIPLINARIDADE: DIÁLOGOS (IM)POSSÍVEIS

A seção três desta tese revelou alguns atravessamentos da educação na vida dos menores internos pelo S.A.P.S, na identificação da crise comportamental, no encaminhamento, na ruptura com o ensino por causa da doença, na negação para aqueles considerados ineducáveis pois eram examinados por testes elaborados para o meio escolar.

Desde a entrada do menor no hospital não há indícios de um diálogo entre os serviços de saúde e educação. Nos casos que conseguiram voltar à escola, fica evidente o quanto esta era solitária no processo de acolher alguém com um sofrimento psíquico, não dá conta de assegurar sua permanência.

Das instituições especiais, não houve sinais dessa aproximação entre elas e o S.A.P.S. e também com as escolas regulares. Apenas a hipótese de que foram criadas como alternativa à assistência à infância *anormal* em Sergipe em detrimento do hospital psiquiátrico.

Nas classes especiais, não foi diferente a impossibilidade de diálogos, como justificou Prof. Freitas, Diretor Geral da Educação naquele momento “[...] as classes especiais eram destinadas aqueles que já estavam cursando o ensino e não aprendiam, não evoluíam nas séries, quem já estava na escola era nosso problema” (Antonio Fontes Freitas- entrevista concedida em 04 de agosto de 2017).

A partir das fontes obtidas nesta pesquisa não foram identificados casos advindos dos hospitais psiquiátricos para a classe especial, nem encaminhamentos da escola para eles, porém há indícios da presença de crianças que eram acolhidas nas classes especiais por questões comportamentais como se observa na narrativa da Profa. Iara:

A sala especial também foi um escape para casos difíceis escolares, era o comportamento não intelecto [...] Eu lembro de alguns casos de alunos, teve

um que apresentava um problema, que aparentemente era psiquiátrico, mas que ele, já na sala de aula [...] esse garoto, pelas atitudes, em determinados momentos, o nível de agressão dele, parecia mesmo um menino com problema psiquiátrico. Ele estava numa sala. Eu mesma tratei pessoalmente, apesar de estar na secretaria eu tratei pessoalmente da questão. Que na verdade era um quadro de um problema social extremamente profundo e agressivo que o menino vivia. O pai era alcoólatra, a mãe era alcoólatra, e o menino de um temperamento também forte, em casa apanhava muito. Então teve momentos de muito desequilíbrio dentro da sala, da escola. Várias vezes eu fui chamada correndo, porque a mim ele criou um vínculo assim de escuta. Eu acho que ele foi pra sala de educação especial mais por esse comportamento do que pela intelectualidade dele. Essas coisas aconteciam muito. (Iara Maria Campelo do Nascimento – entrevista concedida em 26 de junho de 2017).

No trecho acima evidencia-se a fusão do sofrimento psíquico/mental com o nível intelectual pelo exame escolar, como também é evidenciada na representação de muitas pessoas sobre os sujeitos das classes especiais: “sala dos doidos” como descreveu o Prof. Freitas, ao referir-se à fala de uma professora sobre a classe especial.

Por outro lado, há uma nítida diferenciação entre o doente mental e o deficiente mental em outras narrativas, revelando que os casos psiquiátricos, os casos graves, não chegavam à escola, se eram destinados a algum lugar, era para o hospital psiquiátrico como é revelado nas falas da Coordenadora e Professora Maria das Graças e da médica neuropediatra que compunha a equipe de Educação Especial: “Os casos que vinham pra gente e eles já eram detectados como casos psiquiátricos, não iam pra gente, porque a gente não tinha suporte pra isso” (Maria das Graças Barreto – entrevista concedida em 06 de julho de 2017); “Crianças com problemas psiquiátricos eram mandadas para o Adauto, eram tidas como doidas mesmo. Não iam para nós.” (Marbene Guedes – entrevista concedida em 07 de julho de 2017).

Da impossibilidade do diálogo entre as instituições, evidencia-se o quanto a representação que se tinha da anormalidade, uma vez identificada e classificada, era determinante quanto às práticas e sua institucionalização. A educação como um direito de todos foi especializada para dar conta dos *anormais* escolares, caracterizados como “deficiência mental leve”. Os casos mais graves não chegavam à escola, sendo seu destino as instituições especiais, os “retardados” (para a Escola Bertilde de Carvalho) e os “excepcionais” para a APAE - ambos marcados pela “deficiência mental”. Os “oligofrênicos”, os “imbecis” continuaram a ocupar os pavilhões nos hospitais psiquiátricos sem terem acesso a outras instituições, recebendo apenas tratamento medicamentoso e de eletrochoque. E aqueles caracterizados como “doentes mentais”, com desvios comportamentais de ordem psíquica, quando o transtorno tomava dimensões não suportáveis pelo meio social que viviam,

era o hospital psiquiátrico seu destino. Estes, historicamente, não foram contemplados pelas possibilidades conquistadas pela educação especial, ainda que apareçam na literatura – “a criança problema” de Arthur Ramos, “os desvios da normalidade” de Lourenço Filho, e mesmo nos problemas de conduta da educação especial, essas crianças, para serem contempladas, precisavam ser caracterizadas com déficit intelectual, caso contrário, não cabiam nem na escola, nem nas classes e instituições especiais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese defendida neste trabalho foi confirmada, atestando que a institucionalização da infância *anormal*, durante os anos de 1940-1979, foi orientada pelo saber médico e pela fusão deste com a Pedagogia (modelo médico-pedagógico), produzindo discursos e práticas que foram de negligência e negação da educação àqueles institucionalizados nos hospitais psiquiátricos, de segregação e normalização nas instituições especiais (Escola Bertilde de Carvalho e APAE) e, nas classes especiais, excluídos os casos graves, foram produzidos os alunos especiais com sua respectiva categoria de deficiência mental leve e educável, configurando uma exclusão escolar histórica daqueles que, por tempos, foram considerados idiotas e doentes mentais.

A partir da revisão da literatura e problematização do tema desta tese, “institucionalização e educação do menor *anormal*”, algumas questões foram elaboradas para direcionar esta pesquisa e respondidas ao longo do trabalho. Considerando o objetivo geral do trabalho, foram identificadas as representações e as relações de saber/poder que desenharam os discursos e as práticas voltadas à institucionalização e educação da infância *anormal* em Sergipe no período de 1940 a 1979.

Representações, práticas, apropriações, discursos e as relações de poder produzidas foram traçados e marcaram as diferentes instituições e dispositivos. Entre as décadas de 1940 a 1970 os dispositivos criados no estado sergipano para o governo da infância *anormal*, destacados nesta tese, foram o Serviço de Assistência aos Psicopatas de Sergipe (S.A.P.S.) institucionalizando suas práticas nos hospitais psiquiátricos (Hospital Colônia Eronides de Carvalho, Hospital e Clínica Aduato Botelho e Hospital Garcia Moreno), a Escola de Excepcionais Bertilde de Carvalho no Centro de Reabilitação Ninota Garcia, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Aracaju (APAE) e as classes especiais de ensino em algumas escolas primárias de Sergipe.

Em todas essas formas de institucionalização de práticas voltadas aos *anormais*, discursos foram construídos e apropriados de outros países, principalmente da França e dos Estados Unidos, discursos que, pautados por um saber poder, individualizaram, examinaram e classificaram as crianças e adolescentes sergipanos produzindo seus *anormais* institucionalizados.

A educabilidade dos *anormais*, tendo seu início com Itard, na França em 1800, teve outros defensores como Séguin, Bourneville, Montessori, Decroly, sendo que os saberes

constituídos junto àqueles que desviavam da norma serviram aos pressupostos de uma nova proposta educacional aos considerados normais, mas que inchavam as escolas por meio da democratização e popularização do ensino. Da defesa da educação dos *anormais*, o saber construído foi usado para criar os *anormais* no contexto escolar, tendo como importante referência Alfred Binet e seus colaboradores na França, e Lourenço Filho no Brasil, dentre outros nomes. Dispositivos foram criados para o controle daqueles que poderiam estar ou não na escola normal e aqueles que dela teriam que ser retirados, levando à criação das instituições especializadas e, no ambiente escolar, das classes especiais. A psicométrica nas escolas marcou sobremaneira a carreira institucional e educacional de inúmeras crianças e adolescentes no Brasil e em Sergipe.

Nessa direção foram criados em Sergipe alguns dispositivos de avaliação e exame das crianças como o S.A.P.S. e o Gabinete de Biologia Criminal.

Aqueles que foram marcados pelo desvio da normalidade, considerados “casos psiquiátricos”, classificados como doentes mentais (nas psicoses e neuroses), oligofrênicos (imbecis e idiotas) e outras condições que não cabiam na nosologia psiquiátrica da época, foram destinados aos hospitais psiquiátricos. Menores de 11 a 18 anos, meninos e meninas (a maioria) internados e submetidos aos mesmos tratamentos dos adultos, convivendo com eles, violentados em seus direitos de proteção e assistência à infância que já tinham sido instituídos no governo Vargas. Eletrochoque, insulinoaterapia, terapia medicamentosa, dentre outras estratégias do poder psiquiátrico marcaram a vida dos menores internos.

Os saberes médicos, pedagógicos e jurídicos estiveram presentes na construção das anormalidades destinadas aos hospitais. O saber pedagógico, seja nos encaminhamentos, na negação das possibilidades educacionais ou ainda como critério diagnóstico, serviram aos saberes psiquiátricos que foram legitimados e apoiados pela Justiça tanto nos encaminhamentos como na busca dos anormais do estado (sustentando as internações dos alienados pelo “bem da sociedade”). Uma microfísica do poder institucionalizado, que se objetivou e assujeitou as crianças e adolescentes que fugiam à norma desejada pela sociedade que se constituía.

Quanto à relação desses menores com a educação, suas histórias foram marcadas por rupturas, negação, desistências e impossibilidades de acesso ou permanência.

Na espera de modificações desse quadro, com a emergência da Educação Especial em Sergipe, primeiro na década de 1960 com as instituições Ninota Garcia/Escola Bertilde de Carvalho e a APAE, e, posteriormente, com as classes especiais no ensino primário, não

houve diminuição das internações psiquiátricas, revelando o quanto aumentando os dispositivos, também aumentam-se os sujeitos para neles estar – a produção dos instituídos que dá vida às práticas e instituições.

Exemplo forte se fez na busca dos “anormais retardados” para compor as classes especiais. As diferenças nos critérios classificatórios e nas formas de realização dos exames junto às crianças, pautado principalmente pelas escalas de inteligência de Binet e Simon e de Aprendizagem de Lourenço Filho, marcaram o estigma de especial (Deficiente mental leve e educável) aos alunos das escolas primárias que viviam constantes reprovações justificadas por falhas em si próprios, por seus desempenhos, não por causas externas, de superlotação das escolas e deficiências no sistema de ensino, além da exigência que se fazia sobre os alunos de uma realidade que não compartilhavam, configurando uma alienação social, econômica, cultural e pedagógica daqueles que os avaliavam.

Cada forma de institucionalização trabalhando dentro do seu universo de práticas e discursos, às vezes similares como a APAE e a Escola Bertilde de Carvalho, produziram e defenderam quem estaria em cada lugar: alienados, doentes mentais, oligofrênicos e imbecis nos hospitais psiquiátricos; os excepcionais, retardados (moderados e leves) nas instituições especiais e o deficiente mental leve educável nas classes especiais. A história revelou o quanto os menores *anormais* considerados doentes mentais e casos graves como os idiotas estiveram fora da pauta educacional - no caso dos menores em sofrimento mental, que estiveram na escola e não conseguiram nela retornar ou permanecer após o quadro psiquiátrico e nos casos dos *idiotas*, mesmo que a educação especial tenha seu nascimento junto a eles ainda no século XIX, nem chegavam às escolas, pois as classificações apropriadas pelo ensino especial não os considerava passíveis de educação.

Foram construídas, ao longo da história, possibilidades e impossibilidades da educação da infância *anormal*, desenhando discursos, práticas, representações e relações de poder que determinaram as carreiras institucionais e a educabilidade dessas crianças e adolescentes, marcando uma dívida histórica que deve ser analisada, discutida, pesquisada e repensada nas propostas desenvolvidas no presente junto a esse público. Conhecer o passado torna-se necessário para que não se repitam violências, negligências, mascaradas de boas intenções.

Por fim, as relações de poder entre as instâncias médicas-pedagógicas e jurídicas produziram discursos e práticas implementadas também em solo sergipano, institucionalizando a infância que desviava da norma em instituições especializadas. A leitura feita dos indícios e sinais das fontes pesquisadas revelou a marca da construção social da

anormalidade por preceitos científicos, econômicos, políticos, sociais e culturais. A produção do menor *anormal* alimentou as instituições criadas para dar conta da exclusão social produzidas, sobretudo junto às classes populares - revelado no alto índice de menores indigentes nos serviços do S.A.P.S, nas instituições especiais (APAE e Ninota) e nas classes especiais. O poder da norma colocou-se a serviço de uma ordem social e desenvolvimento de uma nação civilizada em que a educação não ficou fora dessa pauta. As (im)possibilidades de educação dos menores anormais refletiram o quanto ainda é necessário problematizar o debate da educação especial e da educação para todos, bem como os dispositivos criados para esse fim.

## REFERÊNCIAS

- ANITA Paes Barreto. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 20, n. 3, p. 49, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932000000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000300009&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 12 dez 2016.
- ARAÚJO, Acrísio Torres. **Pequena História de Sergipe**. 1966.
- ARQUIVOS de Neuro-Psiquiatria. Enjolras Vampré, In Memoriam, Homenagem de **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. Sem data. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v1n1/01.pdf> Acessado em 05 de abril de 2017.
- ARRUDA, Márcia. **Os primórdios da psiquiatria em Sergipe**. Aracaju: Fundação Augusto Franco, 1991.
- BARRETO, Anita Paes. **Ulysses Pernambucano, Educador**. 1992 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v12n1/03.pdf> Acessado em: 04 abr. 2017.
- BENEDICTO, Rubia Paixão; WWAI, Mey Fan Porfírio; OLIVEIRA, Renata Marques; GODOY, Cecília; COSTA Jr. Moacyr Lobo. Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v. 9, n. 1, 2013, p. 25-32.
- BERGER, Miguel André. Acrísio Cruz: um intelectual sergipano defensor do ensino rural. In: XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA - ANPUH. **Anais....** Universidade de São Paulo. 17 a 22 de julho de 2011.
- BISPO, Alessandra Barbosa. **A educação da infância pobre em Sergipe: a Cidade de Menores “Getúlio Vargas” (1942-1974)**. 2007. 139 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2007.
- BOURDIEU. Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- BRASIL. Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e protecção a menores. **Coleção de Leis do Brasil** - 31/12/1927, Página 476 (Publicação Original). Poder Executivo, Rio de Janeiro, 1927.
- BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e protecção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União** - Seção 1 - 14/7/1934, Página 14254. Poder Executivo, Brasília, 1961
- BRASIL. Lei 4.024 de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. (Revogada parcialmente). **Diário Oficial [da] União**. 27.12.1961 e retificado em 28.12.1961. Poder Executivo, Brasília, 1961.
- BRASIL. **Anuário Estatístico da Previdência Social: Suplemento Histórico (1980 a 2011)**/Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – V.1 (1980/1996) – Brasília : MPS/DATAPREV, 2011.

BUENO, José Geraldo Silveira. A produção social da identidade do anormal. In: FREITAS, Marcos Cezar de (org). **História social da infância no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 163-186.

BURKE, Peter. **O que é história cultural?** Tradução Sergio Goes de Paula. – 2. ed. rev. e ampl. – Rio de Janeiro: Zahar, 2008. 215p.

CALAZANS, Maria Ester de Menezes. **Histórico da APAE Aracaju** (Mimeo), 20--

CAMPOS, Regina Helena de Freitas. Helena Antipoff: razão e sensibilidade na psicologia e na educação. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49. p. 209-231. 2003.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 293p.

CARVALHO, Marta Maria Chagas de. Pedagogia da Escola Nova, produção da natureza infantil e controle doutrinário da escola. In: FREITAS, Marcos Cesar de; KUHLMANN JÚNIOR, Moysés. (org.). **Os intelectuais na história da infância**. São Paulo: Cortez, 2002. p.373- 408.

CARVALHO, Marta Maria Chagas de. Quando a história da educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas. In: FREITAS, Marcos Cezar de (org). **História social da infância no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p.291-310.

CARVALHO, Marta Maria Chagas de. Reformas da instrução pública. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes de; VEIGA, Cynthia Greive (orgs.). **500 anos de educação no Brasil**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 225-252.

CASSÍLIA, Janis Alessandra; VENANCIO, Ana Teresa. História da política assistencial à doença mental (1941-1956): o caso da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA - ANPUH, 24. 2007, **Anais...** São Leopoldo. São Leopoldo, 2007: Unisinos. Disponível em: <<http://snh2007.anpuh.org/resources/content/anais/Ana%20Teresa%20Venancio.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2016.

CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL. FACULDADE GETÚLIO VARGAS. **Francisco Leite Neto**. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/leite-neto-francisco>> Acesso em: 09 mar. 2018.

CHARTIER, Roger. **A história cultural: Entre práticas e representações**. Tradução de Maria Manuela Galhardo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1990.

CHARTIER, Roger. O mundo como representação. **Estudos Avançados**, 11(5), 1991. p.173-191.

COMENIUS, I.A. **Didactica Magna** (1621-1657). Trad. e Notas Joaquim Ferreira Gomes. Fundação Calouste Gulbenkian, 2001. Versão para E-Boock. 595p. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/didaticamagna.pdf>

CORRÊA, Mariza. A cidade de menores: uma utopia dos anos 30. In: FREITAS, Marcos C. (org.). **História social da infância no Brasil**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 81-99.

COSTA, Kátia Regina Lopes. **Disciplinar, regenerar e punir: os caminhos do menor delinquente sergipano (1891- 1927)**. 2013. 156 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2013.

COSTA. Katia Regina Lopes. **O governo da infância marginalizada: discursos e práticas acerca do menor delinquente em Sergipe (1927-1942)**. 2017. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017.

COSTA, Katia Regina Lopes; MENDES, Alessandro Araujo; FREITAS, Anamaria Gonçalves Bueno de. O Gabinete de Biologia Criminal e o Serviço de Atendimento aos Psicopatas em Sergipe: Aproximações entre a História da Educação e a Medicina. **SAECULUM- Revista de História**, n.31, João Pessoa, jul/dez, 2014. p.141-156.

COSTA, Katia Regina Lopes; MENDES, Alessandro Araújo. Os menores “anormais”, o Gabinete de Biologia Criminal e o Serviço de Atendimento aos Psicopatas em Sergipe (1920 a 1970). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, VIII. **Anais....** Universidade Estadual de Maringá. 29 de junho a 02 julho de 2015.

CUNHA, Marcus Vinicius da. A escola contra a família. LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes de; VEIGA, Cynthia Greive (orgs.). **500 anos de Educação no Brasil**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 447-468.

DUBREUCQ, Francine. **Jean-Ovide Decroly**. Tradução Carlos Alberto Vieira Coelho, Jason Ferreira Mafra, Lutgardes Costa Freire e Denise Henrique Mafra. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana, 2010. 156p. (Coleção Educadores - Ministério da Educação)

ESTEVES, Cristiano et al . Comparação dos resultados do Psicodiagnóstico Miocinético - PMK de Belo Horizonte com os de Recife e de São Paulo. **Psic**, São Paulo , v. 5, n. 2, 2004, p. 36-47. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-73142004000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142004000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 10 jan. 2017.

FACCHINETTI, Cristiana; RIBEIRO, Andrea; CHAGAS, Daiana Crús; REIS, Cristiane Sá. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, n..2, 2010, p.733-768.

FERREIRA, Otilia Tatiana de Cácia da Conceição. **Entre o discurso médico e o jurídico: Garcia Moreno e as primeiras interferências da medicina legal em Sergipe (década de 1940)**. Monografia (Licenciatura em História). 2004. 48 f. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2004.

FERREIRA, Carla Mercês da Rocha Jatobá. **Às Sombras das Escalas: um estudo sobre a concepção de anormalidade em Alfred Binet**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016. 168 p.

FONTOURA, Afro do Amaral. **Fundamentos de educação** (Uma introdução geral à educação renovada e à escola viva): Princípios psicológicos e sociais, elementos de didática, administração escolar. 7. ed. Rio de Janeiro: Gráfica Editora Aurora, 1965.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. Tradução: José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Editora Perspectiva. 1978. 608p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio Janeiro: Graal, 1984. 472p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no Collège de France, Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1999. 79p.

FOUCAULT, Michel. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998, p. 243 - 276.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 479p.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511p.

FRAZEN, Marcela Rodrigues. Raça e criminalidade na obra de Nina Rodrigues: Uma história psicossocial dos estudos raciais no Brasil do final do século XIX. **Estudos e Pesquisas em Psicologia** (on line), 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844505019> Acessado em 5 de abril de 2017.

FREITAS, Anamaria Gonçalves Bueno de. A escola nova em Sergipe na primeira metade do século XX. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO. VI . **Anais Eletrônicos...** Vitória . 2011. Disponível em: <[http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe6/anais\\_vi\\_cbhe/conteudo/res/trab\\_932.ht](http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe6/anais_vi_cbhe/conteudo/res/trab_932.ht)>. Acessado em: 20 jun. 2016.

FREITAS, Antonio Fontes; PONDÉ, Eduardo Britto; DÁVILA, Felix; SALVIANO, João Fernando; TÁVORA, Maria Silvia Siqueira; MACHADO; Paulo Almeida; ARAÚJO, Raimundo Mendonça de; GIASANTE, Sérgio; SANTANA, Sílvio Cabral; CALDAS, Thomaz Vicente. **Educação Especial em Sergipe**. Trabalho do Grupo Responsável pelo Tema: Educação no 3º Ciclo de Estudos sobre Segurança Nacional e Desenvolvimento /Outubro de 1974. Associação dos Diplomados da Escola Superior de Guerra, Delegacia de Alagoas e Sergipe (Coordenação de Sergipe).

FREITAS, Marta Helena de. As origens do método de Rorschach e seus fundamentos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 1, 2005, p. 100-117. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-8932005000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8932005000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 10 jan. 2017

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**. [199-]. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>> Acessado em: 02 jan. 2017.

GARCIA FILHO, Antonio. **A Reabilitação em Sergipe**. Aracaju: Gráfica Aracaju. 1966. 205p.

GINZBURG, Carlo. **O queijo e os vermes** - o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição. Tradução Maria Betânia Amoroso; tradução dos poemas José Paulo Paes. São Paulo, Companhia das Letras, 2006. 255p. 2ª reimpressão.

GINZBURG, Carlo. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. Tradução: Federico Carotti. 2. ed.. 4ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva. 1961. 316p.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**- Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad.Mathias Labert. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988. 124p.

GONDRA, José G. “Modificar com brandura e prevenir com cautela”: Racionalidade médica e higienização da infância. In: FREITAS, Marcos Cesar de; KUHLMANN JÚNIOR, Moysés (orgs.). **Os intelectuais na história da infância**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 289-318.

GONDRA, José. Medicina, higiene e educação escolar. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes de; VEIGA, Cynthia Greive (orgs.) **500 anos da educação no Brasil**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 519-550.

GONDRA, José G. Estropiados, tarados, imbecis, loucos, criminosos e incapazes: o processo de normalização da casa e da escola em questão. In: RESENDE, Haroldo de (org.). **Michel Foucault: o Governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015 (Coleção Estudos Foucaultianos) p.141-164.

GOVERNO DE SERGIPE. **IPESaúde** – A Autarquia. Secretaria de Planejamento, orçamento e gestão. Disponível em: <http://www.ipesaude.se.gov.br/modules/tinyd0/index.php?id=1>  
Acessado em: 02 de jan. 2017.

GUIMARÃES, Shyrley Bispo. **A atuação do psicólogo no contexto das referências ambulatoriais em saúde mental de Aracaju- SE**. 2011. 227 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

HERBART, J. F. **Pedagogia geral**. Tradução de Ludwig Scheidl. Edição impressa para a Fundação Calouste Gulbenkian na Gráfica Coimbra, Ltda., 2003. 230p

JANNUZZI, Gilberta, S. de M. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI**. 2. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2006, 243p.

KUHLMANN JR., Moysés; FERNANDES, Rogério. Sobre a história da infância. In: FARIA FILHO, Luciano Mendes (org). **A infância e sua educação** – materiais, práticas e representações (Portugal e Brasil). Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p.15-34

LAURENTI, Ruy. Pesquisas na área de classificação de doenças. **Saúde e Sociedade**, v.3, n.2, 1994. p. 112-126.

LE GOFF, Jacques. Foucault e a “nova história”. Tradução de Dirceu Franco Ferreira e Mauricio Aparecido Pelegrini. **Plural**; Sociologia, USP, S. Paulo, 10:197-209, 2º sem.2003

LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. **História: Novos objetos**. Tradução Terezinha Marinho. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995, 260p.

LEMOS, Renato Luís do Couto Neto. Benjamin Constant: Biografia e Explicação Histórica. **Revista Estudos Históricos**, v.10, n.19, 1997. p. 67-81.

LIMA, Maria do Socorro. **República, política e direito: representações do trabalho docente e a trajetória de Carvalho Neto (1918-1921)**.2008. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2008.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015a. 426p.

LOBO, Lilia Ferreira. O nascimento da criança anormal e a expansão da Psiquiatria no Brasil. In: RESENDE, Haroldo de (org.). **Michel Foucault: o Governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica Editora (Coleção Estudos Foucaultianos), 2015b. p. 199-216

LOCKE, John. **Ensaio acerca do entendimento humano**. Trad. Anoar Aiex. São Paulo: Nova Cultural, 1999. 319p.

LOPES, Eliane Marta Teixeira. A psicanálise aplicada às crianças do Brasil: Artur Ramos e a “criança problema”. In: FREITAS, Marcos Cesar de; KUHLMANN JÚNIOR. Moysés (orgs.). **Os intelectuais na história da infância**. São Paulo: Cortez, 2002. p.319- 343.

LOURENÇO FILHO, M. B. **Testes ABC para verificação da maturidade necessária à aprendizagem da leitura e escrita**. São Paulo: Melhoramentos. (Biblioteca de Educação, v.20). 1933.

LOURENÇO FILHO, Manuel Bergström, **Introdução ao estudo da escola nova: bases, sistemas e diretrizes da pedagogia contemporânea**. 12. ed. São Paulo: Melhoramentos; Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Material Escolar, 1978. 271p.

LOURENÇO FILHO. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 17, n. 1, p. 53, 1997 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498931997000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498931997000100009&lng=en&nrm=iso) Acessado em: 04 abr. 2017.

MACHADO, Roberto; LOUREURO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

MAZZOTTA, Marcos José Silveira. **Educação especial no Brasil: História e políticas públicas**. 5. ed. São Paulo: Cortez. 2005. 208p.

MENDES, Alessandro Araújo. **O menor abandonado e delinquente em Sergipe: da instrução ao cárcere (1942-1974)**. 2014. 208 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2014.

MENDES, Enicéia Gonçalves. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. **Revista Brasileira de Educação** v. 11 n. 33 set./dez. 2006 p.387-559.

MENDES, Enicéia Gonçalves. Breve histórico da educação especial no Brasil. **Revista Educación y Pedagogía**, Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad de Educación, vol. 22, núm. 57, mayo-agosto, 2010, pp. 93-109.

MONTESORI, Maria. **A criança**. Trad. de Branca Rumina. 2. ed. Lisboa: Portugalia Editora. [19--]. 381p.

MULLER, Tânia Mara Pedrosa. A primeira escola especial para crianças anormais no Distrito Federal: o Pavilhão Bourneville (1903- 1920). **Revista Brasileira de Educação Especial**, v.6, n.1, 2000.

NASCIMENTO, Iara Maria Campelo do. **Observação e análise da interação professor-aluno em classes de educação especial**. 1985, 201 p. Dissertação (Mestrado em Educação) do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1985.

NASCIMENTO, Jorge Carvalho do. As viagens pedagógicas. São Paulo Difundindo a Pedagogia Moderna e a Escola Nova no Brasil. **Cadernos CERU**, série 2, n.14, 2003.

NASCIMENTO, Jorge Carvalho do. Os embates teóricos e a produção historiográfica educacional nos 15 anos do NPGED. In: BERGER, Miguel André (org.) **A pesquisa educacional e as questões da educação na contemporaneidade**. Maceió: EDUFAL, 2010, p.105-124.

NUNES, Clarice. (Des)encantos da modernidade pedagógica. LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes de; VEIGA, Cynthia Greive (orgs.). **500 anos de Educação no Brasil**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p.371- 398.

NUNES, Maria Thetis. **História da educação em Sergipe**. 2. ed. São Cristóvão: Editora UFS; Aracaju: Fundação Oviêdo Teixeira, 2008. 372 p.

NUNES, Patricia M.S. **O processo educacional do cego em Aracaju (1950-1970)**. Dissertação (Mestrado em Educação). 2013. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2013.

O'BRIEN, Patricia. A história da cultura de Michel Foucault. In: HUNT, Lynn. **A nova história cultural**. Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p.33-62.

OLIVEIRA, Iadrelhe Souza de. **As práticas de atendimento do Centro de Reabilitação Ninota Garcia: medicina e educação (1962-1996)**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2014.

OLIVEIRA, Kleydson Thyago Araujo de. Entre a escola e o hospício: A Escola Especial Ulisses Pernambucano (1950-1955). In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, XXVIII. **Anais...** Florianópolis, 27 a 31 de julho de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito**. Nona revisão (1975). São Paulo: Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1978.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Bleuler e a invenção da esquizofrenia. **Rev. Latinoam. Psicop. Fund.**, III, 1, p. 158-163. Disponível em: [http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume03/n1/bleur\\_e\\_a\\_invencao\\_da\\_esquizofrenia.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume03/n1/bleur_e_a_invencao_da_esquizofrenia.pdf) Acessado em 04 de abril de 2017.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental**: da superstição à ciência. São Paulo: EDUSP, 1984.  
PESTALOZZI, J. H. **Cartas sobre a educación infantil**. Trad. José Maria Quintana Cabanas. 3. ed.. Madrid: Editorial Tecnos (Grupo Anaya, S.A.), 2006, 146p.

PIRES, A.C.; FIGUEIREDO, M.J. **A reforma psiquiátrica em Aracaju**: histórias, desafios e possibilidades. 2001. Monografia (Especialização de Gestão de Serviços de Saúde Mental); Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

PORTELA, Jarbas M.; ARRUDA, José M.; MAGALHAES, Neusa C.. Ensaio clínico com a triflupromazina (Siquil) em psicóticos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 19, n. 4, 1961, p. 321-326. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1961000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1961000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 10 Jan. 2017.

PORTO, Fernando de Figueiredo. Alguns nomes antigos de Aracaju. Aracaju: Gráfica Editora J. Andrade, 2003. In: **Blog Aracaju Antigo**. Disponível em: <<http://aracajuantigga.blogspot.com.br/2010/07/praca-da-cadeia.html>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

PROST, Antoine. As questões do historiador. In: PROST, Antoine. **Doze lições sobre a História**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 75-93.

REININHO, Nuno Ricardo Marques da Silva. **Influência da aplicação da Metodologia Doman no desenvolvimento de competências em crianças portadoras de Trissomia 21** – um estudo de caso. 2009. 325 p. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto). Universidade do Porto, Porto, 2009.

REIS, José Carlos. **Escola dos Annales**: A inovação em História. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 200p.

RESENDE, Haroldo de. A infância sob o olhar da Pedagogia: traços da escolarização na Modernidade. In: RESENDE, Haroldo de (org.). **Michel Foucault**: o Governo da infância. Belo Horizonte: Autêntica, 2015 (Coleção Estudos Foucaultianos). P. 127-140

RODRIGUES, Marcela Franzen. Raça e criminalidade na obra de Nina Rodrigues: Uma história psicossocial dos estudos raciais no Brasil do final do século XIX. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 3, 2015. P

ROUSSEAU, J.J. **Emílio ou da educação** Trad. Sérgio Millet. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, 592p.

SANTANA, Antônio Samarone de. **Dicionário biográfico de médicos de Sergipe**: séculos XIX e XX. Aracaju: Academia Sergipana de Medicina, 2009. 256p. Disponível em:

<http://linux.alfamaweb.com.br/asm/dicionariomedico/dicionario.php?id=31910> Acessado em 04 de abril de 2017.

SANTANA, Silvânia de Andrade. **Políticas médicas no governo de Eronides de Carvalho**. 2003. 99 f. Monografia (Licenciatura em História). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2003.

SABBATINI, Renato M.E. A história da terapia por choque em psiquiatria. **Rev. Cérebro e Mente** [online]. 1997. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock.htm>> Acessado em 10 Jan. 2017.

SEIXAS, Catharine Prata. **O Instituto Nacional de Educação de Surdos e a formação de professores para surdos em Sergipe (1959-1961)**. 2015. 110 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015.

SERGIPE. Arquivo Central da Saúde, Caixas contendo documentos dos internos nos hospitais Adauto Botelho e Garcia Moreno (1940-1979). Aracaju, 2016.

SERGIPE e sua proibidosa e fecunda administração. **Revista Ilustração Brasileira**. Ano XVIII, nº 67, Novembro de 1940, p.51. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=107468&PagFis=17243>>. Acesso em: 07 jan.2017.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI). **Histórico do SESI**. Sistema mantido pela indústria. Disponível em: <http://www.se.sesi.org.br/leitura/43/1570/historico-do-sesi.html> Acessado em: 02 jan. 2017.

SERRA, Lia Novaes. **Infância perdida: a concepção de menores anormais na obra de Pacheco e Silva**. 2011. 150p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade de São Paulo, São Paulo.

SIQUEIRA, Thiago Santos. **Manicômio Judiciário e gestão pública: interfaces das políticas públicas e a institucionalização crime/loucura**. 2007. 74 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2007.

SILVA, Maria Neide Sobral da. Ecos de uma viagem: Rocha Lima e a Escola Nova em Sergipe. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO. II **Anais Eletrônicos....** Natal, 2002. Disponível em: <<http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe2/pdfs/Tema4/0437.pdf>>. Acessado em 20 jun. 2016.

SOËTARD, Michel. **Johann Pestalozzi**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010. 112 p.

SONNENREICH, Carol; BASSITT, William. Associação de Terapia de choque e neurolépticos em psiquiatria. **Revista de Medicina**, 1963, p. 39-48.

SOUZA, Rita de Cácia S. **Educação especial em Sergipe do século XIX ao início do século XX: cuidar e educar para civilizar**. 2009. 196 f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SOUZA, Rita de Cácia S. **Educação especial em Sergipe (Séc XX): uma trajetória de descaso, lutas, dores e conquistas**. Aracaju: Criação, 2013.184p

SOUZA, Verônica dos Reis Mariano. **Gênese da educação dos surdos em Aracaju**. 2007. 193f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SOUZA, Verônica dos Reis Mariano. **Gênese da educação dos surdos em Aracaju**. São Cristóvão: Editora da UFS; Aracaju: Fundação Oviêdo Teixeira, 2010.172p.

SOUZA, Verônica dos Reis Mariano. **Tobias Leite: educação dos surdos no século XIX**. São Cristóvão: Editora UFS, 2014. 94p.

TARELOW, Gustavo Querodia. Um tratamento de choque: a aplicação da malarioterapia no Hospital do Juquery (1925 – 1940). **Cadernos de História da Ciência** – Instituto Butantan – vol. V, n.1, 2009, p. 8-22.

TEZZARI, M. L. **Educação especial e ação docente: da medicina à educação**. 2009. 235 f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

VAINFAS, Ronaldo. História das Mentalidades e História Cultural. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (org.). **Domínios da História: Ensaios de teoria e metodologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.117-151.

VALENÇA, Cristina de Almeida. **Civilizar, regenerar e higienizar: a difusão dos ideais da Pedagogia Moderna por Helvécio de Andrade (1911-1935)**. 2006. 234 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2006.

VEIGA, Cynthia Greive. Infância e modernidade: ações, saberes e sujeitos. In: FARIA FILHO, Luciano Mendes (org.). **A infância e sua educação** – materiais, práticas e representações (Portugal e Brasil). Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p.35-82.

VENANCIO, Ana Teresa. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, vol. 18, 2011, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. p. 35-52.

VEYNE, Paul Marie. **Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história**. Trad. de Alda Baltar e Maria Auxiliadora Keneipp. 3. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1995. 202 p.

VIANA, Bruna da Silveira. “É um completo idiota, não faz nada.”: discussões acerca dos diagnósticos de crianças e jovens no Hospital Colônia Sant’Ana (1942-1944). In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA- 14º SNHCT. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte, *Campus* Pampulha da Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG08 a 11 de outubro de 2014. ISBN: 978-85-62707-62-9.

VIDAL, Diana Gonçalves. Escola Nova e processo educativo. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes de; VEIGA, Cynthia Greive (orgs.). **500 anos de educação no Brasil**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 497-518.

VIDAL, Diana Gonçalves; FARIA FILHO, Luciano Mendes de. História da Educação no Brasil: a constituição histórica do campo e sua configuração atual. In: VIDAL, Diana

Gonçalves; FARIA FILHO, Luciano Mendes de. **As lentes da história:** estudos de história e historiografia da educação no Brasil. Campinas, SP: Autores Associados, 2005, p. 73-127.

WACHELKE, João Fernando Rech; NATIVIDADE, Jean Carlos; FAGGIANI, Robson Brino; ANDRADE, Alexsandro Luiz de. Contribuições e limitações do método Doman-Delacato no contexto da Educação Especial. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, 2004, v.10, n.3, p.309-320.

WINNE, J. Pires. **História de Sergipe 1930-1972.** Volume II. Rio de Janeiro: Editora Pongetti. 1973.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – DEFINIÇÕES DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS NOS PRONTUÁRIOS DOS INTERNOS DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS (HOSPITAL COLÔNIA ERONIDES DE CARVALHO, HOSPITAL ADAUTO BOTELHO E HOSPITAL GARCIA MORENO) NO PERÍODO DE 1940 - 1979**

Este apêndice tem por finalidade trazer as definições dos diagnósticos identificados durante o período de 1940-1979 nos prontuários dos internos dos hospitais psiquiátricos sergipanos vinculados ao S.A.P.S. (Hospital Colônia Eronides de Carvalho, Hospital Aduauto Botelho e Hospital Garcia Moreno).

Os diagnósticos eram registrados nos prontuários por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID) com seus números e respectivas patologias ou somente as patologias, especialmente na década de 1940. Durante o período estudado houve quatro versões da CID, que, historicamente, está - desde a sexta versão – sob a responsabilidade da Organização Mundial de Saúde para sua revisão, elaboração e divulgação. Para Laurenti (1994)

Uma classificação de doenças é um instrumento que agrupa as doenças segundo características comuns e serve, basicamente, para finalidades estatísticas de descrição e análise quanto a distribuição das doenças em uma população definida. É uma sistematização das doenças, sintomas, sinais e motivos de consultas (p.113).

A sexta revisão da CID foi concluída no ano de 1948, a sétima em 1955, a oitava em 1965 e a nona em 1975, apresentando modificações, com correções de erros e incoerências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). As mudanças, incorporações de novas definições e redefinições passaram a ter maior estabilidade na nona revisão, tendo menor descontinuidade entre as versões no que se trata ao capítulo V referente aos Transtornos Mentais (BENEDICTO et al., 2013).

Diante do objetivo de explicar os principais quadros-diagnósticos presentes nos prontuários dos hospitais psiquiátricos sergipanos, optou-se em apresentar as definições encontradas na nona revisão da Classificação Internacional de Doenças e apenas as doenças

paralisia geral progressiva e epilepsia foram apresentadas por outras fontes. Estas duas doenças são exemplos importantes de apropriação da psiquiatria de doenças com fundo orgânico, o que permitia traçar uma terapêutica mais precisa.

Os transtornos mentais são apresentados na CID-9 no capítulo V. O próprio documento faz uma ressalva introdutória da fragilidade das definições pela falta de informações de laboratório e dados estatísticos dos transtornos mentais, sendo que a maioria dos transtornos se baseia nas descrições de experiências subjetivas e comportamentos anormais, dificultando a comunicação entre os psiquiatras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

- **Paralisia Geral Progressiva:** também conhecida por sífilis cerebral, está relacionada à transmissão do agente etiológico *Treponema pallidum* através das relações sexuais, o qual age no sistema nervoso atingindo o cérebro e provocando disartria, alucinações, comprometimentos motores até o óbito (TARELOW, 2009).

- **Epilepsia:** está fora dos transtornos mentais no CID-9, pertencendo às doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos. Pode compreender psicose epiléptica que “[...] se manifesta por acessos, sem convulsões, ou com elas, com perturbações psíquicas, perda dos sentidos ou da consciência” (VIANA, 2014).

- **Psicoses:** Transtornos mentais em que o comprometimento das funções mentais atinge a grau que interfere profundamente com a compreensão, com a capacidade de atender às exigências rotineiras da vida ou com a manutenção de um contato adequado com a realidade. Não é um conceito exato ou bem definido e exclui as oligofrenias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). Divide-se em quadros psicóticos orgânicos, outras psicoses (esquizofrênicas, afetivas, paranoides, outras psicoses não orgânicas e psicoses específicas da infância):

- Quadros psicóticos orgânicos: Síndromes em que ocorre um comprometimento da orientação, memória, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizado e julgamento, podendo ocorrer superficialidade ou labilidade afetiva, ou um distúrbio mais persistente do humor, diminuição de padrões éticos, exagero ou emergência de traços de personalidade e diminuição da capacidade para tomar decisões independentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). Concentra: *Demência senil* (ocorre após os 65 anos de idade em que se pode excluir razoavelmente qualquer patologia cerebral que não a causada pela atrofia senil); *Demência pré-senil* (ocorre antes dos 65 anos de idade em pacientes com formas relativamente raras de atrofia cerebral difusa ou lobar); *Demência arteriosclerótica* (em razão

de sinais físicos a doença degenerativa das artérias do cérebro). As *psicoses alcoólicas* caracterizadas por estados psicóticos devidos principalmente ao consumo excessivo de álcool. Os *quadros psicóticos orgânicos transitórios* (que englobam os diagnósticos de psicose infecciosa, por infestação ou infecções, dentre outras) são caracterizados por obnubilação da consciência, confusão, desorientação, ilusões e frequentemente alucinações vividas. Devem-se a distúrbios sistêmicos intra ou extracerebrais de natureza tóxica, infecciosa, metabólica ou outra e são geralmente reversíveis (OMS, 1978).

- Psicoses esquizofrênicas:

Grupo de psicoses, em que ocorre um distúrbio fundamental de personalidade uma distorção característica do pensamento, frequentemente sensação de estar sendo controlado por forças estranhas, ideias delirantes que podem ser bizarras, percepção perturbada, anormalidades do afeto que não se adaptam às situações reais e autismo. Não obstante, comumente mantém-se a consciência clara e a capacidade intelectual. O distúrbio da personalidade compromete suas funções mais básicas que conferem à pessoa normal seus sentimentos de individualidade, unicidade e autogoverno. Os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos representam ao esquizofrênico serem conhecidos ou compartilhados por outros, podendo desenvolver idéias delirantes explicativas a fim de demonstrar a existência de forças naturais ou sobrenaturais que trabalham para influenciar o pensamento e as ações do esquizofrênico, de modo muitas vezes extravagantes. O esquizofrênico pode ver-se a si mesmo como o centro de tudo o que acontece. As alucinações, especialmente as auditivas, são comuns e podem comentar a respeito do paciente ou dirigir-se a ele. A percepção frequentemente está afetada de outros modos; eventualmente ocorre a perplexidade, pormenores irrelevantes adquirem importância e, juntamente com sentimentos de passividade, levam o paciente a acreditar que situações e objetos diários possuem um significado especial geralmente sinistro, que se refere a ele. [...] o pensamento torna-se vago, elíptico e obscuro e a sua expressão na linguagem por vezes incompreensível. As interrupções e as interpolações no curso do pensamento coerente são frequentes e o paciente pode ficar convencido de que seus pensamentos são subtraídos por um agente exterior. O estado de ânimo pode ser superficial, caprichoso ou incongruente. A ambivalência e os distúrbios da volição podem manifestar-se como inércia, negativismo ou estupor [...] (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 184-185, suprimimos).

Quatro foram os tipos registrados nos prontuários: simples, hebefrênico, catatônico e paranoide:

- *Tipo simples:*

Psicose na qual ocorre desenvolvimento insidioso de condutas extravagantes, falta de habilidade para atender às solicitações da sociedade e declínio do rendimento total. As idéias delirantes e alucinações não são evidentes e esta afecção é menos obviamente psicótica do que os tipos hebefrênico, catatônico e paranóide de esquizofrenia. O crescente empobrecimento social pode conduzir a vadiagem e o paciente tomar-se absorto em si mesmo, inativo e sem objetivos. Pelo fato de os sintomas esquizofrênicos não

estarem bem definidos, o diagnóstico desta forma deve ser feito poucas vezes, senão nunca. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 185).

- *Tipo hebefrênico:*

Forma de esquizofrenia em que se destacam as alterações afetivas, as idéias delirantes e alucinações são transitórias e fragmentárias, a conduta é irresponsável e imprevisível e os maneirismos são comuns. O estado de ânimo é superficial e inadequado, acompanhando-se de risos tolos, ou sorrisos de autossatisfação ou absortos, ou por maneira arrogante, caretas, maneirismos, brincadeiras, queixas hipocondríacas e frases reiteradas. O pensamento é desorganizado. Existe uma tendência para permanecer solitário e a conduta parece carecer de propósito e sentimento. Esta forma de esquizofrenia geralmente começa entre 15 a 25 anos de idade. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 185-186).

- *Tipo catatônico:*

Inclui como característica essencial distúrbios psicomotores proeminentes, alternando-se frequentemente entre extremos tais como a hipercinesia e o estupor ou a obediência automática e o negativismo. Atitudes a que os pacientes foram compelidos a tomar podem manter-se por longos períodos; se as pernas do paciente são colocadas em uma posição forçada, assim podem permanecer durante algum tempo após haver sido eliminada a força externa. Uma característica notável desta afecção pode ser a agitação grave. As vezes ocorrem também manifestações depressivas ou hipocondríacas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 186).

- *Tipo paranóide:*

[...] idéias delirantes relativamente persistentes, acompanhadas às vezes de alucinações, dominam o quadro clínico. As idéias delirantes são frequentemente de perseguição, mas podem tomar outras formas [por exemplo, de ciúmes, origem ilustre, missão messiânica ou mudanças somáticas]. As alucinações e o comportamento excêntrico podem ocorrer; em alguns casos a conduta está seriamente afetada desde o início da doença, os distúrbios de pensamento são vultosos podem se desenvolver afetividade rasa com delírio e alucinações fragmentárias. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 186, suprimimos).

- Psicoses afetivas:

Transtornos mentais geralmente recidivantes em que ocorre um transtorno grave do estado de ânimo caracterizado principalmente por depressão e ansiedade, mas que se manifesta também como exaltação e excitação que se acompanha por um ou mais dos seguintes sintomas: idéias delirantes, perplexidade, noções distorcidas de si mesmo, transtornos da percepção e comportamento; todos estes em concordância com o estado de ânimo predominante do paciente tais como as alucinações quando estas ocorrem. Há forte tendência para o suicídio. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 187-188).

Nos prontuários foram encontrados os seguintes tipos:

- *Psicose maníaco-depressiva, tipo maníaco:*

Transtornos mentais caracterizados por estados de exaltação ou de excitação que não correspondem à situação do paciente e que variam desde uma vivacidade aumentada [hipomania] até uma excitação violenta e quase incontrolável. São comuns a agressividade e raiva, fuga de idéias, distraibilidade, juízo perturbado e idéias de grandeza. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 188).

- *Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo:*

Psicose afetiva na qual existe ânimo depressivo generalizado com tristeza, abatimento e certo grau de ansiedade. Ocorre frequentemente diminuição da atividade, mas pode também haver inquietude e agitação. Há tendência pronunciada para recidiva e em poucos casos esta ocorre a intervalos regulares. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 188).

Dentro da categoria “Outras psicoses não-orgânicas” foi identificado nos prontuários o tipo *Psicose paranóide psicogenética*. Estas psicoses devem ser atribuídas a uma experiência existencial recente, a uma descarga emocional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). Também foi identificada psicose não especificada, que somente deve ser usada “[...] quando nenhum outro termo pode ser usado” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 191).

- **Transtornos neuróticos:**

A distinção entre neurose e psicose é difícil e continua sujeita a discussão. Entretanto, a denominação foi mantida tendo em vista seu emprego generalizado. Os transtornos neuróticos são transtornos mentais sem uma base orgânica demonstrável nos quais o paciente pode apresentar uma razoável compreensão e uma experiência inalterada da realidade, não a confundindo com suas experiências mórbidas subjetivas e suas fantasias. O comportamento pode estar muito afetado, apesar de comumente permanecer dentro de limites socialmente aceitáveis, porém, a personalidade não se desorganiza. Suas principais manifestações incluem ansiedade excessiva, sintomas histéricos, fobias, sintomas obsessivos e compulsivos, e depressão. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 193).

Somente um tipo foi identificado nos registros psiquiátricos:

- Histeria:

Transtornos mentais nos quais alguns motivos, que o paciente parece não perceber, produzem quer uma limitação do campo da consciência quer distúrbios da função motora ou sensorial os quais podem representar uma vantagem psicológica ou um valor simbólico. Esta neurose pode caracterizar-se por fenômenos conversivos ou dissociativos. Na forma conversiva os principais ou únicos sintomas consistem em distúrbios psicogénéticos da função de alguma parte do corpo, por exemplo, paralisia, tremor, cegueira, surda ou convulsões. Na variedade dissociativa a

característica mais proeminente é um estreitamento do campo da consciência que parece servir a um propósito inconsciente, comumente acompanhado ou seguido de uma amnésia seletiva. Podem ocorrer mudanças dramáticas, embora essencialmente superficiais, da personalidade, algumas vezes na forma de fugas [estado errante]. O comportamento pode imitar psicose, ou, melhor, a idéia que o paciente tem de psicose. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 193).

**- Transtornos da personalidade:**

Padrões de comportamento desajustados e profundamente arraigados que são reconhecidos geralmente desde a adolescência ou antes e que persistem durante maior parte da vida adulta, apesar de se tomarem menos óbvios na idade madura ou na velhice. A personalidade é anormal tanto em relação ao equilíbrio dos seus componentes, em suas qualidades e expressão, quanto em relação ao seu aspecto total. Em virtude desse desvio ou psicopatia o paciente sofre ou os outros têm de sofrer e ocorre um efeito adverso sobre o indivíduo ou sobre a sociedade. Inclui o que algumas vezes é chamado de personalidade psicopática, mas caso esta tenha sido determinada primariamente por mau funcionamento do cérebro, não deveria ser classificado aqui, mas como uma das síndromes cerebrais orgânicas não-psicóticas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 196, grifamos).

**- Distúrbios de comportamento não classificados em outra parte:**

Transtornos que compreendem principalmente comportamento de tipo agressivo e destrutivo e delinquência. Esta categoria deve ser usada para comportamento anormal em indivíduos de qualquer idade que dão margem a desaprovação social, comportamento este, todavia, que não faz parte de qualquer outra afecção psiquiátrica. Distúrbios emocionais menores podem também estar presentes. O comportamento, a fim de ser incluído nesta categoria deve ser anormal no seu contexto, e considerado quanto a sua frequência, gravidade e tipos de associação com outros sintomas. Os distúrbios de conduta diferem de uma reação de ajustamento pela maior duração e pela falta de relacionamento próximo no tempo e em conteúdo com algum "stress." Diferem de um transtorno da personalidade pela ausência de padrões de comportamento desajustado profundamente implantados e presentes desde a adolescência ou mesmo antes. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p.210).

**- Oligofrenias:**

Quadros mentais com um desenvolvimento da mente interrompido ou incompleto caracterizados especialmente por uma inteligência subnormal. A codificação deve ser feita baseando-se no presente nível de funcionamento do indivíduo sem a consideração de sua natureza ou causalidade - tais como psicose, privação cultural, síndrome de Down, etc.. [...] A avaliação do nível intelectual deve basear-se em qualquer informação disponível incluindo evidência clínica, comportamento adaptativo e achados psicométricos. Os níveis de QI apresentados baseiam-se num teste com uma média de 100 e desvio-padrão de 15 - tal como as escalas de Wechsler. Estes níveis são apresentados somente para orientação e não devem ser aplicados rigidamente. As oligofrenias muitas vezes incluem distúrbios psiquiátricos e

frequentemente podem ocorrer como resultado de uma doença ou trauma físico. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 215, suprimimos).

Os tipos encontrados nos registros dos prontuários foram: Oligofrenia debilidade mental (compreendida como oligofrenia leve e caracterizada pelo QI de 50-70); Oligofrenia imbecilidade (também entendida como moderada, caracterizada pelo QI de 35-49); Oligofrenia idiota (ou profunda, caracterizada pelo QI abaixo de 20) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

**APÊNDICE B - QUADROS REFERENTES A CARACTERIZAÇÃO DOS MENORES INTERNOS NAS DÉCADAS DE 1940, 1950, 1960 E 1970 QUANTO À IDADE, SEXO, COR, INSTRUÇÃO, PROFISSÃO, ENCAMINHAMENTO, TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO, REINTERNAÇÕES, VÍNCULO PREVIDENCIÁRIO, ÓBITOS, DIAGNÓSTICOS, PROCEDÊNCIA E TOTAL DE MENORES EM CADA ÉPOCA.**

**Quadro 06 - Perfil dos menores internos na década de 1940**

| <b>Dados dos menores</b>                      | <b>Quantidade/qualificação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Idades (quantidade de menores)</b>         | 12 (2), 13 (2), 14 (3), 15 (16), 16 (15), 17 (12), 18 (32)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Sexo</b>                                   | Masculino: 35<br>Feminino: 47                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Cor (quantidade)</b>                       | Pardo/faioderma (50), branco/leucoderma (20), preto/melanoderma (10), em branco (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Instrução (quantidade)</b>                 | Em branco (37), analfabeto (15), alfabetizado (12), rudimentar (9), primário (9)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Profissão (quantidade de menores)</b>      | Estudante (9), servente de pedreiro/pedreiro (3), serviços domésticos/doméstica/empregada doméstica (25), tecelã (1), alfaiate (1), trabalhador rural (1), lavrador (7), roceiro (4), agricultor (1), diarista da prefeitura (1), auxiliar de comércio (1), jardineiro (2), professora (1), doceiro (1), vaqueiro (1), tamanqueiro (1), empregado dos telégrafos (1), operário (1), não tem profissão (3), em branco (17)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Encaminhamento (quantidade)</b>            | Mãe/pai (28), outros familiares* (21), Secretaria de Segurança Pública (6), Juiz (1), Penitenciária (4), encarregado (1), responsável (3), patroa (1), Cidade de Menores (2), Hospital Santa Isabel (1), diretor do Aprendizado Agrícola Benjamin Constant (1), sem parentesco (1), em branco (12)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Tempo médio de internação (quantidade)</b> | De 2 a 22 dias (7), 1 mês (15), 2 meses (19), 3 meses (11), 4 meses (12), 5 meses (3), 6 meses (4), 7 meses (1), 9 meses (1), 1 ano e 7 meses (1), 2 anos (2), 3 anos (1), 4 anos (1), 5 anos (2), 8 anos (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Reinternações</b>                          | 33 (de 1 a 8 vezes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Vínculo previdenciário</b>                 | Indigentes: 69<br>Pensionistas: 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Óbitos</b>                                 | Primeira entrada: 10 (todos indigentes).<br>Reinternações: 9 (todos indigentes)<br>Diagnósticos: epilepsia, oligofrenia, personalidade psicopática, esquizofrenia, psicose maníaco depressiva e psicose paludica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Diagnóstico (quantidade)</b>               | -Oligofrenia (2), Oligofrenia imbecilidade (2), Oligofrenia idiotia (1), Oligofrenia debilidade mental (1), Oligofrenia e epilepsia (3), Oligofrenia e psicose paludica (1), Oligofrenia e esquizofrenia (1).<br>-Psicose maníaco-depressiva forma maníaca ou depressiva (18), Psicose/histeria de conversão (3), Melancolia reativa (1).<br>Esquizofrenia simples ou sem especificação (12), Esquizofrenia e demência precoce (1), Esquizofrenia catatônica (3), Esquizofrenia paranoide (2), Esquizofrenia hebefrênica (2), Esquizofrenia e neurose/histeria de conversão (1), Esquizofrenia e epilepsia (1).<br>-Psicose psicogênica/reação esquizofrenóide (1).<br>-Personalidade psicopática (4), Personalidade psicopática e psicose maníaco depressiva (1), personalidade psicopática perversa (1).<br>-Confusão mental/psicose paludica (1), Pitiatismo (1), Epilepsia (7), Meningite - esptreptococcus (1).<br>-Sem diagnóstico (1), Sem psicose (2), Em branco (7) |
| <b>Procedência</b>                            | Aracaju, Itaporanga d'Ajuda, Aquidabã, Itabuna (BA), Riachuelo, São Paulo, Rosário do Catete, Barra dos Coqueiros, Anápolis, Maruim, Simão Dias, Canhoba, Boquim, Frei Paulo, Penedo (AL), Ribeirópolis, Estância, Itabaiana, Itabaianinha, Malhada dos Bois, Campo do Brito, São Cristóvão, Divina Pastora, Nossa Senhora das Dores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Total de menores</b>                       | 82 (9,7% do total de internos da década)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

\*Outros familiares: irmão (a), primo, tio, avó, padrinho, madrasta.

Fonte: Pesquisa realizada no Arquivo Central da Saúde (SE) (2016).

**Quadro 07 - Perfil dos menores internos na década de 1950**

| <b>Dados dos menores</b>                      | <b>Quantidade/qualificação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Idades (quantidade de menores)</b>         | 11 (1), 12 (1), 13 (3), 14 (1), 15 (12), 16 (28), 17 (33), 18 (72)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Sexo</b>                                   | Masculino: 62<br>Feminino: 89                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Cor (quantidade)</b>                       | Pardo/faioderma (84), branco/leucoderma (63), preto (3), em branco (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Instrução (quantidade)</b>                 | Em branco (96), alfabetizado (5), primário (17), secundário (2), rudimentar (13), analfabeto (16), ignorada (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Profissão (quantidade de menores)</b>      | Estudante (27), lavrador (20), doméstica/serviços domésticos (49), copeira (3), roceiro (8), doceira (1), comerciante (5), trabalhador rural/braçal (3), servente de pedreiro (4), operário/operário têxtil (5), costureira (1), militar do 28BC (1), oleiro (1), charuteira (1), pintor (1), artista de circo (1), não tem profissão (3), em branco (17)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Encaminhamento (quantidade)</b>            | Pai/mãe* (62), outros parentes** (30), SSP (9), prefeito (4), governador (1), deputado (2), responsável (7), comandante 28 BC (1), Legião Brasileira de Assistência Social (1), marido (6), amasiado (1), penitenciária (1), médico (1), juiz (2), amigo (1), patrão (1), sem parentesco (1), em branco (20)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Tempo médio de internação (quantidade)</b> | De 01 a 28 dias (28), 1 mês (43), 2 meses (28), 3 meses (19), 4 meses (7), 5 meses (8), 6 meses (5), 7 meses (3), 8 meses (1), 9 meses (1), 10 meses (2), 1 ano (1), 2 anos (2), 3 anos (1), 5 anos (1), sem data de saída (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Reinternações</b>                          | 55 (de 1 a 11 vezes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Vínculo previdenciário</b>                 | Indigentes: 99<br>Pensionistas: 52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Óbitos</b>                                 | Primeira entrada: 5 (todos indigentes)<br>Reinternações: 4 (todos indigentes)<br>Diagnósticos: oligofrenia, epilepsia, esquizofrenia, psicose maníaco depressiva, psicose endotóxica por desvios funcionais viscerais, sem diagnóstico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Diagnóstico (quantidade)</b>               | - Oligofrenia (1), oligofrenia debilidade (1), oligofrenia imbecilidade (3), oligofrenia e epilepsia outras formas (1), oligofrenia imbecilidade e neurose (1), oligofrenia e esquizofrenia (4), oligofrenia e psicose maníaco depressiva (1).<br>- Esquizofrenia simples (11), esquizofrenia hebefrênica (12), esquizofrenia catatônica (7), esquizofrenia paranoide (13), esquizofrenia e epilepsia (1), esquizofrenia e psicose maníaco depressiva mais epilepsia (1), esquizofrenia paranoide e personalidade psicopática (1), síndrome esquizofrênica (1).<br>- Psicose exotóxica alcoolismo (2), psicose tóxica infecciosa (1), psicose psicogênica/ reação esquizofrenoide (3), psicose por infecção (1), psicose endotóxica por desvios funcionais viscerais (1), psicose autotóxica/ confusão mental (1).<br>- Personalidade psicopática (3), psicose maníaco depressiva – formas maníaca, depressiva ou mista (33), histeria/ agitação maníaca (1), histeria forma reativa/ personalidade histérica (1), -<br>- Neurose/ histeria de conversão (10), personalidade histérica (1).<br>- Epilepsia (4), psicose epiléptica (1).<br>- Estados mentais não classificados/ em observação (3), sem perturbações mentais (3), sem diagnóstico (2), em branco (21) |
| <b>Procedência</b>                            | Rosário do Catete, Simão Dias, Estância, João Pessoa (PB), Aracaju, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Lagarto, Indiaroba, Muribeca, Maruim, Capela, São Cristóvão, Malhada dos Bois, Japarutuba, Propriá, Penedo (AL), São Brás (AL), Divina Pastora, Carira, Riachuelo, Riachão do Dantas, Paripiranga (BA), Tobias Barreto, Salgado, Pedrinhas, Macambira, Neópolis, Recife (PE), Santa Rosa, Canhoba.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Total de menores</b>                       | 151 (8% do total de internos da década)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

\*Pai e mãe incluem pais adotivos e de criação.

\*\*Outros parentes: irmão(a), tio(a), cunhado.

Fonte: Pesquisa realizada no Arquivo Central da Saúde (SE) (2016).

Quadro 08 - Perfil dos menores internos na década de 1960

| Dados dos menores                             | Quantidade/qualificação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Idades (quantidade de menores)</b>         | 12 (2), 13 (7), 14 (11), 15 (20), 16 (44), 17 (93), 18 (103)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Sexo</b>                                   | Masculino: 120<br>Feminino: 160                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Cor (quantidade)</b>                       | Pardo (217), branco (52), preto (9), em branco (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Instrução (quantidade)</b>                 | Em branco (261), primário (3), secundário/ginásio (1,4%), rudimentar (11), alfabetizado (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Profissão (quantidade de menores)</b>      | Doméstica (113), lavrador(a) (34), estudante (40), ajudante/mecânico (4), lavadeira (1), alfaiate (1), carroceiro (2), servente de pedreiro (3), mendigo (1), oleiro (1), engraxate (2), trabalhador braçal (9), operário (7), roceiro(a) (7), marceneiro (1), pintor (1), cozinheira (2), cobrador de ônibus (1), fiadeira (1), tecelã (1), bombeiro (1), salineira (1), ferreiro (1), comerciante (1), inválido (1), padeiro (1), carregador (1), não tem (19), ignorada (3), em branco (19).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Encaminhamento (quantidade)</b>            | SSP (23), pai/mãe* (116), outros parentes** (53), responsável (21), associação rural (1), médico (2), esposo (14), amigo (6), encarregado (3), deputado (1), governador (3), prefeito (4), juiz (2), serviço social do SAME (1), enfermeiro do Pronto Socorro (1), padre (2), acompanhante (1), sem parentesco (1), pessoa conhecida (2), em branco (23)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Tempo médio de internação (quantidade)</b> | Menos de um dia (1), de 1 a 30 dias (66), 1 mês (76), 2 meses (45), 3 meses (28), 4 meses (19), 5 meses (16), 6 meses (11), 7 meses (3), 8 meses (5), 9 meses (4), 10 meses (2), 2 anos (1), 4 anos (1), sem registro da data de saída (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Reinternações</b>                          | 113 (de 1 a 14 vezes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Vínculo previdenciário</b>                 | Indigentes: 203<br>Pensionistas: 77                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Óbitos</b>                                 | Primeira entrada: 10 (todos indigentes)<br>Reinternações: 7 (todos indigentes)<br>Diagnósticos: oligofrenia, esquizofrenia, epilepsia grande mal, psicose maníaco depressiva, psicose psicogênica, psicose exotóxica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Diagnóstico (quantidade)</b>               | -Oligofrenia (2), Oligofrenia imbecilidade (10), oligofrenia idiotia (2), oligofrenia debilidade (10), oligofrenia e epilepsia mais psicose epiléptica (1), oligofrenia e esquizofrenia/ psicoses mistas e associadas (7), oligofrenia e histeria de conversão (1).<br>-Encefalopatia infantil e epilepsia (1), epilepsia (7), psicose epiléptica (2).<br>- Esquizofrenia simples (39), esquizofrenia catatônica (13), esquizofrenia hebefrênica (23),<br>- Esquizofrenia paranoide (13), reação esquizofrênica (1).<br>- Psicose psicogênica/reação esquizofrenóide (16), psicose psicogênica/reação maníaca (1), psicose pós-infecciosa (1), psicose por infecção ou infestação/desordens agudas (2), psicose infecciosa (4), psicose endotóxica (3), psicose endotóxica por focos dentários (3), psicose endotóxica puerperal (2), psicose endotóxica por desvios do metabolismo (3), psicose exotóxica alcoolismo (4), psicose exotóxica alcoólica e personalidade psicopática (1), psicose por lesões cerebrais (1), psicose não especificada (1).<br>- Psicose maníaco depressiva formas mista, maníaca ou depressiva (42), psicose maníaco depressiva e psicose puerperal (1), Reação depressiva excêntrica (1), Depressão (1).<br>- Personalidade psicopática (6), Personalidade psicopática e Psicose maníaco depressiva (2), Personalidade psicopática e epilepsia (1).<br>- Neurose/ histeria de conversão (8), neuroses/ reação histérica (6), neurose/ estados histéricos de ansiedade (1), personalidade histérica (1).<br>- Estados mentais não classificados (8), não formulado o diagnóstico (fuga do paciente) (2), sem diagnóstico (4), sem perturbações mentais (2), em branco (20). |
| <b>Procedência</b>                            | Ilha das Flores, Propriá, Cumbe, Itabuna (BA), Lagarto, Aracaju, Umbaúba, Riachuelo, Tobias Barreto, Capela, São Cristóvão, Campo do Brito, Nossa Senhora das Dores, Olhos d'Água (AL), Tomar do Geru, Ribeirópolis, Gararu, Porto da Folha, Itabaiana, Itabaianinha, Cícero Dantas (BA), Tamanduá (Graccho Cardoso), Cotiguiba, Penedo (AL), Boquim, Neópolis, Maruim, Paripiranga (BA), Rosário do Catete, Pinhão, Carmópolis, Porto Real do Colégio (AL), Estância, Macambira, Aquidabã, Itaporanga d' Ajuda, Monte Alegre, Poço Verde, Cristinápolis, Garanhuns (PR), Pacatuba, Santo Amaro das Brotas, Arauá, Barra dos Coqueiros, Carira, Nossa Senhora de Lourdes, Canindé de São Francisco, Poço Redondo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Total de menores</b>                       | 280 (13,4% do total de internos da década)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

\*inclui pais adotivos.

\*\* Outros parentes: madrinha, irmão(a), tio(a), cunhado.

Fonte: Pesquisa realizada no Arquivo Central da Saúde (SE) (2016).

**Quadro 09 - Perfil dos menores internos na década de 1970**

| <b>Dados dos menores</b>                      | <b>Quantidade/qualificação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Idades (quantidade de menores)</b>         | 12 (1), 13 (4), 14 (12), 15 (18), 16 (48), 17 (49), 18 (105)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Sexo</b>                                   | Masculino: 120<br>Feminino: 117                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Cor (quantidade)</b>                       | Pardo (167), branco (37), preto (9), em branco (24)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Instrução (quantidade)</b>                 | Em branco (198), primário (18), secundário/ginásio (3), rudimentar (3), alfabetizado (8), analfabeto (7)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Profissão (quantidade de menores)</b>      | Doméstica(o) (68), trabalhador braçal/rural (12), agricultor (1), lavrador(a) (29), roceira (1), oleiro (1), estudante (36), servente de pedreiro (3), funcionária pública (1), motorista (1), balconista (1), comerciária (1), vendedor (1), ambulante (1), negociante (1), variável (1), verdureira (1), polidor (1), ajudante de serviços gerais (1), repositor (1), professora de 1º grau (1), hipe (1), não tem (7), ignorada (2), em branco (63)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Encaminhamento (quantidade)</b>            | Pai/mãe (72), outros parentes (43), esposo (3), vizinho (1), amigo(a) (9), conhecido (1), sem parentesco (2), patroa (1), responsável (4), SSP (25), polícia federal (2), juiz (10), prefeitura (3), sindicato dos trabalhadores (1), médico (2), Maternidade São João (1), Secretaria de Saúde Pública (1), advogada (2), desconhecido (1), em branco (53)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Tempo médio de internação (quantidade)</b> | Menos de 1 dia (5), de 1 a 22 dias (95), 1 mês (63), 2 meses (37), 3 meses (15), 4 meses (7), 5 meses (5), 6 meses (3), 7 meses (2), 8 meses (5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Reinternações</b>                          | 67 (de 1 a 19 vezes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Vínculo previdenciário</b>                 | Indigentes: 145<br>Pensionistas: 92                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Óbitos</b>                                 | Primeira entrada: 2 (um indigente e um pensionista)<br>Reinternações:0<br>Diagnósticos: esquizofrenia e psicose maníaco depressiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Diagnóstico (quantidade)</b>               | - Oligofrenia (3), oligofrenia e esquizofrenia catatônica (1), oligofrenia e epilepsia (1), oligofrenia e distúrbio de conduta (1).<br>-Esquizofrenia sem especificação (41), esquizofrenia hebefrênica (6), esquizofrenia catatônica (3), esquizofrenia paranoide (13), surto esquizofrênico (1).<br>- Psicose psicogênica e esquizofrenia hebefrênica (1), psicose psicogênica/reação esquizofrenóide (16), psicose (6), psicose não especificada (2), psicose endotóxica por desvios do metabolismo (1), psicose puerperal (3).<br>- Psicose exotóxica/ drogas (3), alcoolismo crônico (2), síndrome depressiva e psicose alcoólica (1), depressão por tóxicos (1).<br>- Psicose maníaco depressiva formas maníaca, depressiva ou mista (22), psicose maníaco depressiva e epilepsia (2), personalidade psicopática (7), distúrbio de conduta (5).<br>- Histeria (1), neurose de angústia (2), neurose (3), neurose/histeria de conversão (2).<br>- Epilepsia (9), psicose epiléptica (4), epilepsia e transtorno de personalidade (1), reação visceral anormal (1), hipertireoidismo (1).<br>- Sem distúrbio de ordem nervosa ou psíquica (2), não apresenta perturbações mentais (3), não se pode concluir referente a psicopatias (1), sem diagnóstico (3), em branco (62). |
| <b>Procedência</b>                            | Feira Nova, Aracaju, Laranjeiras, São Cristóvão, Carmópolis, Itabaiana, Barra dos Coqueiros, Penedo (AL), Aquidabã, Japarutuba, Nossa Senhora Aparecida, Salgado, Capela, Boquim, Lagarto, Moita Bonita, Estância, Neópolis, Rosário do Catete, Cedro de São João, Japoatã, Santo Amaro das Brotas, Itabaiana, Tobias Barreto, Malhada dos Bois, Propriá, Poço Verde, Nossa Senhora das Dores, São Francisco, Maruim, Porto Real do Colégio (AL), Itabaianinha, Nossa Senhora do Socorro, Frei Paulo, Nossa Senhora de Lourdes, Salvador (BA), Cumbe, São Domingos, Poço Redondo, Monte Alegre, Simão Dias, Indiaroba, Ilha das Flores, Riachão do Dantas, Ribeirópolis, Carira, Itabi, Soledade (PB), Santa Luzia do Itanhhy, Porto Alegre (RS), Pacatuba, Paripiranga (BA), Muribeca, Nossa Senhora da Glória, Palmares (PE).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Total de menores</b>                       | 237 (8,7% do total de internos da década)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

\* Outros parentes: tio(a), avô, irmão(a), primo, sogro, padrinho.

Fonte: Pesquisa realizada no Arquivo Central da Saúde (SE) (2016).

## **ANEXOS**

**ANEXO A**

**PLANTA BAIXA REFERENTE AO PROJETO DO HOSPITAL GARCIA MORENO**

**ANEXO B**  
**PLANTA BAIXA REFERENTE AO PROJETO DO HOSPITAL GARCIA MORENO**

**ANEXO C**

**PLANTA BAIXA REFERENTE AO PROJETO DO HOSPITAL GARCIA MORENO**