UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

MARX EDUARDO MAGALHÃES DIAS DE SÁ

A AURORA DA MENINEZ: MEMÓRIA E HISTÓRIA DA INSÂNIA INFANTIL EM VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
JULHO DE 2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

MARX EDUARDO MAGALHÃES DIAS DE SÁ

A AURORA DA MENINEZ: MEMÓRIA E HISTÓRIA DA INSÂNIA INFANTIL EM VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

Pesquisa submetida ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de pesquisa: Memória, Cultura e Educação.

Orientador: Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos.

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
JULHO DE 2019

Sá, Marx Eduardo Magalhães Dias de.

S11a A aurora da meninez: memória e história da insânia infantil em Vitória da Conquista – BA. / Marx Eduardo Magalhães Dias de Sá – Vitória da Conquista, 2019.
116 f.

Orientador: João Diógenes Ferreira dos Santos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2019.

Inclui referência F. 104 – 111.

1. Saúde Mental Infantil - Memória. 2. Infância. 3. Políticas públicas. 4. Política de Saúde Mental – Vitória da Conquista. I. Santos, João Diógenes Ferreira dos. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 618.85

Catalogação na fonte: Juliana Teixeira de Assunção – CRB 5/1890

UESB – Campus Vitória da Conquista – BA

Título em inglês: The dawn of boyhood: memory and history of childhood insanity in Vitória da Conquista – BA.

Palavras-chaves em inglês: Memory. Childhood. Public policy. Child Mental Health.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos (presidente); Profa. Dra. Luci Mara Bertoni (titular); Prof. Dr. José Patrício Bispo Junior (titular).

Data da Defesa: 24 de julho de 2019.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

MARX EDUARDO MAGALHÃES DIAS DE SÁ

A AURORA DA MENINEZ: MEMÓRIA E HISTÓRIA DA INSÂNIA INFANTIL EM VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

Pesquisa submetida ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 24 de julho de 2019.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos (Presidente)
Instituição: UESB
Ass.:

Profa. Dra. Luci Mara Bertoni
Instituição: UESB
Ass.:

Prof. Dr. José Patrício Bispo Junior
Instituição: UFBA
Ass.:

Em Memória:
Dedico ao meu pai, mestre na arte de libertar os filhos para criarem as próprias vidas e afirmarem os próprios desejos. Ele não me deu apenas um nome, Marx, mas uma ética, um modo de perceber e agir no mundo. Iniciou-me levemente na poesia e na literatura, sem as obrigações do currículo escolar. Sempre presente. Mesmo depois que a matéria se tornou pó, ainda sinto seu abraço e beijo, o cheiro e a alegria em me ver. O que ainda faz falta é o carinho diário ao telefone

À minha mãe, artista e professora. A ela devo o gosto pela música e pelas artes em geral. Guardo com gratidão na memória, os seus discursos fortes contra os mais diversos preconceitos. É sempre um prazer prosear da música à política. Mulher incrível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à minha filha, Anita Moraes de Sá, pela parceria na construção de múltiplas formas de amar, respeitar, cuidar, e, sobretudo, por me colocar initerruptamente ante à dimensão do tempo em suas singularidades. O tempo-infância, que luta para combater a coercitividade dos calendários hegemônicos que universalizam a passagem do tempo (minimizam ou anulam, o despertar de cada sujeito no tempo de aprender e ser).

Agradeço especialmente a João Diógenes, pela orientação da presente dissertação, pela sensibilidade no tocante as questões sociais e por suas pontuações precisas no que se refere à pesquisa, fazendo com que meu olhar, escuta, enfim, minha percepção acerca do humano e suas complexidades em sociedade, alcançassem maior amplidão. Agradeço ainda, a parceria de longa data, em especialização e pesquisas pretéritas ao mestrado.

À Virgínia Moraes, pela sinergia de sempre em minha vida. Tudo mudou depois de encontrá-la. Mãe mestra de minha filha e grande amiga. Gratidão.

Aos meus irmãos Higor e Yuri e suas extensivas crias [risos]. Meus sobrinhos e sobrinhas queridas e minhas cunhadas, Neuma e Ninha.

À Eder Amaral, por ter lido e contribuído imensamente quando tudo ainda nem era projeto de Mestrado em si. Sábio amigo que felicito, ao tempo, haver encontrado.

À Morena Sebadelhe, por perder noites estudando comigo as diversas teorias da Memória, que me ajudaram posteriormente na aprovação do mestrado.

Agradeço à FAPESB, pela bolsa concedida durante os primeiros meses da pesquisa.

À Antônio Moura, pela rica contribuição à crítica ao modelo biomédico da psiquiatria.

Aos meus queridos e queridas da Clínica *ethos*. Anos de troca e ética no cuidado com as múltiplas vidas.

Aos amigos, sobretudo, os mais próximos pela força de sempre e por entenderem o afastamento durante o período da pesquisa.

Às professoras doutoras Edvania Gomes e Luci Mara Bertoni, que compuseram a banca de qualificação e contribuíram grandiosamente para o avanço da pesquisa. Obrigado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, por ter me proporcionado um Encontro excepcional com o conhecimento, bem singular em minha trajetória. Agradeço, em especial, pela compreensão no momento mais difícil da minha vida, que foi entres os anos de 2018 (adoecimento grave do meu pai) e 2019 (falecimento). Muito obrigado pelo acolhimento e paz para seguir na pesquisa: Lívia Diana, João Diógenes e Edvânia Gomes.

Às funcionárias do PPGMLS e da UESB pelos atendimentos claros, corretos e pelas boas risadas nos corredores da Universidade.

Aos meus colegas de turma do mestrado. Carinho e empatia por muitos deles. Um grande abraço à minha colega de orientação Cláudia.

À Eduardo Ledo pela amizade, estudos e cuidados.

Agradeço ao coordenador do Arquivo Municipal de Vitória da Conquista, Jailson (Jai). Obrigado pela gentileza e abertura para examinar os documentos. Agradeço ainda pela sabedoria e entrega a aquele espaço. Ficamos horas e horas conversando sobre a história e memória da região Sudoeste da Bahia.

Agradeço aos diversos equipamentos públicos citados nesta dissertação. Fui muito bem recebido em todos em que estive presente pesquisando, entrevistando e observando, especialmente, o CAPS II e o Centro Integrado dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Às pessoas entrevistadas, meu muito obrigado. Suas memórias me mantêm em constante movimento na luta por políticas públicas de saúde mental que nos afastem do fantasma do modelo manicomial.

A todas as pessoas que me ajudaram ao longo deste percurso.

A Valter A. Rodrigues, grato pela descatequização do pensamento.

UMA DIDÁTICA DA INVENÇÃO

PARTE VII

No descomeço era o verbo.
Só depois é que veio o delírio do verbo.
O delírio do verbo estava no começo, lá,
Onde a criança diz:
Eu escuto a cor dos passarinhos.
A criança não sabe que o verbo escutar não
Funciona para cor, mas para som.
Então se a criança muda a função de um verbo, ele delira.
E pois.
Em poesia que é voz de poeta,
Que é a voz
De fazer nascimentos -
O verbo tem que pegar delírio.

(Manoel de Barros – *O Livro das Invencionices*)

RESUMO

Até o ano de 2001, o Brasil não tinha nenhuma lei específica para a criação de serviços públicos especializados no atendimento às crianças em sofrimento mental. É somente a partir da lei 10.216 (2001) que começaram a ser implantados nas cidades brasileiras os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), equipamentos públicos, ligados ao SUS (Sistema Único de Saúde), especializados em saúde mental, incluindo o CAPSia, específico para o atendimento de crianças e adolescentes. Em Vitória da Conquista-BA, o CAPSia foi implantado somente no ano de 2011, portanto, 10 anos após a lei. Desde 1964, Vitória da Conquista já possuía um Hospital Psiquiátrico, mas não atendia crianças, somente em casos judiciais. A partir desta constatação, surgiu uma pergunta norteadora da pesquisa: Para onde eram encaminhadas as crianças com a demanda de transtorno mental antes do CAPSia? Outras foram surgindo posteriormente: Qual o cuidado do Estado em relação a essa demanda psicossocial? Quais as memórias das pessoas hoje adultas e que tiveram suas crises ainda na infância, quando não existia o CAPSia? Sendo assim, o objetivo geral da pesquisa foi delinear um estudo das políticas públicas de saúde mental infantil no município de Vitória da Conquista-BA, analisando as memórias das pessoas adultas em sofrimento mental quando tiveram seus adoecimentos psíquicos no período da infância. Para fundamentar o arcabouço acerca da teoria da Memória, utilizamos como principais autores Halbwachs, Fentress e Wickham e Pollak. E, como objetivos específicos: traçar a trajetória das políticas públicas de saúde mental no atendimento às crianças, mapeando as práticas de cuidado anteriores à emergência dos desdobramentos jurídicos da Reforma Psiquiátrica e analisar os atravessamentos entre a produção de subjetividade, a memória e a relação com o Estado nas vidas destas pessoas, frente às adversidades e condições históricas de tratamento. Para responder às questões supracitadas, escolhemos como recursos metodológicos análise de documentos que tratam sobre infância e saúde mental, em especial, do Arquivo Municipal de Vitória da Conquista e sites do Governo Federal e analisamos entrevistas de 05 pessoas que adoeceram psicologicamente quando eram crianças e/ou adolescentes e que não tiveram tratamentos especializados. Os resultados das narrativas colhidas através das entrevistas, apontam que a ausência durante muitos anos de políticas públicas de saúde mental infantil em Vitória da Conquista trouxe sérias consequências à vida das entrevistadas, não só no período da infância, como até o presente momento. As pessoas não recebiam tratamento especializado em saúde mental. Eram encaminhadas aos prontos socorros de hospitais gerais sem leitos psiquiátricos, para enfermarias desprovidas de profissionais especializados, trancadas em quartos domiciliares e cômodos fechados e escuros de instituições não governamentais.

Palavras-chaves: Memória. Infância. Políticas Públicas. Saúde Mental Infantil.

ABSTRACT

Up to the year 2001, Brazil had no specific law for the creation of public services specialized in the care of children in mental suffering. It is only from the law 10.216 (2001), which began to be implanted in Brazilian cities, the CAPS (Psychosocial Care Center), public equipment, linked to SUS (Health Unic System), specialized in mental health, including CAPSia, specific to the care of children and adolescents. In Vitoria da Conquista-BA, CAPSia was only implemented in 2011, therefore, 10 years after the law. Since 1964, Vitória da Conquista already had a Psychiatric Hospital, but it did not attend to children, only in judicial cases. From this finding, a guiding question emerged from the research: Where were children referred to the demand for mental disorder before CAPSia? And others emerged later: What is the care of the State in relation to this psychosocial demand? What are the memories of today's adult people who had their crises still in their infancy, when there was no CAPSia? Therefore, the general objective of the research is to outline a study of the public policies of children's mental health in the city of Vitória da Conquista-BA, analyzing the memories of the adults in mental suffering when they had their psychic illnesses in the childhood period. To support the framework of Memory theory, Halbwachs (2017), Fentress and Wickham (1992) and Pollak (1989). And as specific objectives: to trace the trajectory of public mental health policies in the care of children, mapping the care practices prior to the emergence of the legal consequences of the Psychiatric Reform and analyzing the intersections between the production of subjectivity, memory and the relationship with the State in the lives of these people, facing adversities and historical conditions of treatment. To answer the aforementioned questions, we chose as methodological resources, an analysis of documents that deal with childhood and mental health, especially the Municipal Archives of Vitória da Conquista, we analyzed interviews of 05 people who became psychologically ill when they were children and / or adolescents and who they did not have specialized treatments. The results of the narratives gathered through the interviews show that the absence of public child mental health policies in Vitória da Conquista for many years has had serious consequences on the lives of the interviewees, not only during their childhood, but until now. People did not receive specialized treatment in mental health. They were sent to the emergency rooms of general hospitals without psychiatric beds, towards without specialized professionals, locked in private and dark rooms of closed non-governmental institutions.

Keywords: Memory. Childhood. Public policy. Child Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

AABB – Associação Atlética Banco do Brasil

ACIDE – Associação Conquistense de Integração do Deficiente

ACS – Agente Comunitária(o) de Saúde

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

ASBEAS – Associação Sul Brasileira de Educação e Assistência Social

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial. Especializado no atendimento de adultos.

CAPS ia - Centro de Atenção Psicossocial. Especializado no atendimento de crianças e adolescentes.

CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial. Especializado em Álcool e outras Drogas.

CEMAE – Centro Municipal de Atenção Especializada

CIEE – Centro de Integração Empresa Escola

CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social

COMDICA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREAS POP - Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Especializado em População de Rua

FAMEC – Fundação Educacional de Vitória da Conquista

FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciências

HGVC – Hospital Geral de Vitória da Conquista

IBGE – Instituo Brasileiro de Geografia e Estatística

IEL – Instituto Euvaldo Lodi

ISBV – Instituto Social Bela Vista

ISPBS – Instituto Social Padre Benedito Soares

ISVA – Instituto Social Vivendo e Aprendendo

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo Apoio a Saúde da Família

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PMVC – Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista

PSF – Programa Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SEMDES – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SESI – Serviço Social da Indústria

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UA – Unidade de Acolhimento

UAA – Unidade de Acolhimento Adulto

UAI – Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 13

2. INFÂNCIA[S] DA COLÔNIA À REPÚBLICA: HISTÓRIAS E INVENÇÕES 28

2.1 A FORMAÇÃO DA INFÂNCIA NO BRASIL 30

2.2 A PUNIÇÃO COMO DISPOSITIVO PEDAGÓGICO..... 34

2.3 O IMPÉRIO E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA..... 37

2.4 O NASCIMENTO DO MANICÔMIO NO BRASIL..... 40

3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA NO BRASIL 45

3.1 A CRIANÇA IDIOTA E A PSIQUIATRIZAÇÃO DA INFÂNCIA 45

3.2 A LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL: UMA PSIQUIATRIA DA EUGENIA RACISTA 49

3.3 A CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA NO SÉCULO XX: INTERNAMENTO E PRISÕES..... 51

3.4 CRIANÇAS E MANICÔMIOS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL 54

3.5 CAPITALISMO: A FÁBRICA DE DOENÇAS 61

4. MEMÓRIA E A INSÂNIA INFANTIL EM VITÓRIA DA CONQUISTA..... 63

4.1 VITÓRIA DA CONQUISTA..... 63

4.2 TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL EM VITÓRIA DA CONQUISTA NO SÉCULO XX..... 64

4.3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM VITÓRIA DA CONQUISTA NO TEMPO ATUAL..... 68

4.4 MEMÓRIA 71

4.5 MEMÓRIAS, SOFRIMENTOS, POLÍTICAS E AFETOS: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS..... 75

5. CONCLUSÃO 99

REFERÊNCIAS..... 104

APÊNDICES..... 112

1. INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar sobre o tema desta dissertação surgiu no ano de 2013-2014, período em que atuei como Psicólogo no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS II)[1] no município de Vitória da Conquista – BA[2]. Naquele momento pude ouvir, durante os atendimentos e lendo os prontuários, diversos relatos dos usuários do serviço dizendo que tiveram suas primeiras crises psíquicas ainda na infância e adolescência e não foram tratadas adequadamente, visto que o CAPS não atendia crianças e adolescentes e o CAPSia, específico para o atendimento dessa população, foi recentemente implantado no município, em dezembro de 2011. A maioria dos usuários do CAPS II no ano de 2013 não havia passado pelo CAPSia quando tiveram suas crises na infância e adolescência. Ademais, o único Hospital Psiquiátrico da cidade, o Afrânio Peixoto[3] não atende à demanda infanto-juvenil. A partir dessas constatações, surgiram as reflexões que, em 2017, transformaram-se em problema de pesquisa: Para onde eram encaminhadas as crianças com a demanda de transtorno mental antes do CAPSia? Como se dava a continuidade do tratamento após as crises? Quem as escutava? Quem as cuidava?

É importante salientar a centralidade da questão da violência estatal e sua inflexão como violência subjetiva, ligada diretamente às relações de afeto nas políticas públicas. Qual o cuidado do Estado em relação a essa demanda psicossocial? Estas inquietações se devem à necessidade de analisar qual a produção de memória social engendrada a partir destas práticas, o que acabou por me conduzir a uma série de questionamentos quanto à maneira pela qual o Estado se relacionava com esta demanda, a inquirir quanto às alternativas de tratamento dessa população, bem como sobre as estratégias criadas para que essas crianças fossem alcançadas pelo poder público.

Todas essas perguntas me atravessavam e produziam em mim uma inquietude que se transformou em desejo de pesquisa. As falas dos usuários nos atendimentos

---

[1] Compete aos CAPS, a estratégia de mudança do modelo assistencialista e asilar (hospital) no que se refere ao tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental. O CAPS faz parte dos desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, como centros de substituição dos modelos manicomiais. Atende à demanda de adultos (CAPS II), crianças e adolescentes (CAPSia) e usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD III). Os CAPS são serviços de saúde de caráter aberto, gratuito e comunitário, outorgados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em parceria com os municípios, integrando a Rede de Atenção Psicossocial em consonância com a Atenção Básica e a Rede de Assistência Social.

[2] O município de Vitória da Conquista-BA fica localizado na região sudoeste da Bahia a 518,8 km de distância da capital, Salvador e tem uma população de 348.718 habitantes segundo o IBGE de 2017 FONTE - https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama.

[3] Localizado em Vitória da Conquista-BA, o Hospital é uma instituição estadual, gratuita, que atende a região sudoeste da Bahia e norte de Minas Gerais. Foi fundado no ano de 1966.

individuais e oficinas de grupo traziam as memórias dos pacientes, sobretudo, memórias reativas (ressentimento), usando uma expressão nietzschiana extraída do livro Genealogia da Moral (NIETZCHE, 2017). Memórias que se atualizam e produzem dissonâncias e dificuldades em agir no presente. Muitos usuários eram atormentados por suas lembranças, ligados a um passado que nunca passa e sempre emerge no agora através das memórias, as quais se opõem ao esquecimento e trazem dores, sofrimento repetitivo e, em muitos casos, impotência diante da existência para criar novos modos de vida (ativos). Não dão conta de romper com os ressentimentos que atravessam e comprometem o presente. Dessa maneira, afundam-se cada vez mais no que a psiquiatria chama de sintomas negativos do adoecimento, entupidos de remédios que tamponam as linguagens e os enigmas dos sintomas, impedindo o alcance real do adoecimento para a produção de forças vitais (saúde mental).

As narrativas dos pacientes emergiam nos atendimentos psicoterápicos individuais que eram realizados semanalmente com duração de 50min em cada atendimento, bem como das oficinas de grupo, a exemplo da oficina de musicoterapia que era coordenada e exercida por mim. Ela acontecia uma vez por semana, no turno vespertino, com duração entre uma hora e uma hora e meia e dela participavam, em média, 10 pessoas (usuárias do CAPSII). O público mais frequente eram os esquizofrênicos[4] e pessoas com depressão[5]. Eram risos e choros tempestivos, depoimentos, histórias, silêncios ricos em linguagem, cantos, danças e, claro, memórias. Lembranças evocadas pela catarse coletiva de pessoas que conviviam com a dor de serem excluídas e rejeitadas pela sociedade e da alegria de produzirem em grupo uma afirmação de seus sofrimentos.

Durante os atendimentos individuais, as memórias eram atravessadas o tempo inteiro. Recordações de um passado de internações, medicalizações, complicações na escola, dificuldades nas relações familiares, pobreza, preconceitos e medo diante dos sintomas dos transtornos mentais e dos métodos de tratamento e isolamento social. Era exercida uma prática de clínica ampliada, para além dos protocolos tradicionais do

---

[4] A esquizofrenia como "entidade clínica no campo psiquiátrico, constitui-se como fabricação de uma realidade suplementar à realidade dita normal, e daí inadaptável a uma dada sociedade. Implica num rompimento (em proporções variadas) com a organização do eu, uma cisão do eu" (MOURA, 2011, p. 118). "A definição de esquizofrenia destaca delírios, alucinações e comportamentos inapropriados onde são incluídos outros sintomas" (BARLOW e DURAND, 2008, p. 546).

[5] Resumidamente pode-se dizer que a depressão se se caracteriza pela tristeza profunda, graves, pelo "negativismo, falta de ânimo, falta de autoestima, fantasias autodestrutivas, distúrbios somáticos e outras tantas manifestações de dor psíquica" (KEHL, 2009, p. 39). Em alguns casos ainda mais graves, podem ocorrer episódios psicóticos, como delírio e alucinação.

setting terapêutico[6], ou seja, mais ampla que a prescrita em manuais de diagnósticos de psicopatologia que trazem uma série de transtornos mentais universais, muitas vezes parecidos com receitas envelhecidas e fixas, acabadas, similares a equações exatas para cada pessoa com transtorno.

Diferente disso é a percepção pela qual, "diante do paciente é possível operar uma ética não pronta [...] O que está em jogo não é o indivíduo, mas uma vida" (MOURA, 2011, p. 180), uma clínica afirmativa, uma crítica dos valores morais de verdade absolutas que aprisionam o ser humano mantendo a vida separada do que ela pode. Não era uma clínica de julgamentos, mas fundamentalmente uma clínica dos afetos, da ética. Não cabia o certo e o errado, o bem e o mal, como valores de verdades universais e únicos. Uma equação aberta ao infinito de possibilidades: afetar e ser afetado. "O encontro com o paciente traduz esse projeto: a materialidade da relação passa a ser construída por afetos que circulam nos dois sentidos" (MOURA, 2011, p.180).

Uma prática clínica influenciada pela **Ética dos Afetos** do filósofo holandês Baruch de Spinoza (1632-1677) e pela Esquizoanálise, corrente de pensamento filosófica e clínica criada pelos franceses, Gilles Deleuze (1925-1995) e Félix Guattari (1930-1992), comumente chamada de "Clínica da Diferença" busca, então, atuar em linhas existenciais desprezadas pela razão. Lida com o incurável, o imprestável e com discursos submetidos às formações de poder" (MOURA, 2011, p. 182). Sendo assim, tomando como base esse modo de fazer clínica é possível entender que "o CAPS se torna, então, a procura de saídas não cadastradas pela psiquiatria canônica. A ótica da diferença é o novo. A ética precede a técnica" (MOURA, 2011, p.182).

Para além disso, existia na equipe do CAPS II um procedimento de campo, visitas domiciliares às quartas-feiras pela manhã com a finalidade de mapear os pacientes que estavam cadastrados ou não no CAPSII e demais aparelhos de saúde mental, os quais não estavam frequentando os demais serviços da rede de saúde mental do município. A equipe era formada por mim (psicólogo), um psiquiatra, uma enfermeira e uma assistente social. Íamos a bairros a partir dos endereços registrados nos prontuários dos usuários evadidos, bem como após denúncias provenientes de postos de saúde, agentes comunitárias e moradores noticiando situações de violação de direitos referentes às pessoas em sofrimento mental. O que fazíamos era um

[6] Uma clínica psicoterápica além do modelo tradicional do espaço físico de quatro paredes, fechado e com horários estabelecidos previamente.

Matriciamento[7] da saúde mental, dividida com outras equipes de estagiários de psicologia da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) e da Faculdade Juvêncio Terra, hoje Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), com a supervisão realizada pelas professoras das respectivas unidades educacionais.

Através de uma denúncia do Posto de Saúde do bairro Cruzeiro - situado na zona norte da cidade - encontramos pessoas em situação de cárcere privado sob a "anuência" dos cuidadores. A família era composta por cinco membros e, entre estes, quatro se encontravam em situação de sofrimento mental agudo. A quinta pessoa, o genitor (dependente químico de álcool), disse à equipe que os quatro filhos apresentavam transtorno mental desde a infância. Relatou, ainda, que sempre ia buscar no Hospital Afrânio Peixoto os remédios psiquiátricos de todos os quatro filhos, sem que estes mesmos o acompanhassem, ou seja, o genitor levava as receitas antigas e elas eram repetidas. Os pacientes não passavam por avaliação psiquiátrica, situação que se repetia todo mês, por anos. As agentes comunitárias de saúde (ACS) e equipe da Unidade de Saúde da Família (PSF) nos relataram que havia situações de abuso sexual entre eles. Eram três homens e uma adolescente. As condições físicas da casa eram extremamente precárias.

Outro fato que sempre me marcou, tanto nas visitas, quanto no próprio CAPS II, foi o alto número de usuários que residiam na Zona Rural. Entre estes, constataram-se diversas pessoas em condições precárias de vida, acorrentadas em camas, presas em quartos com jaulas, construídos especificamente para isolá-los, expostas a situações de violências das mais variadas, incluindo estupros coletivos, jovens mães e/ou grávidas de genitores, parentes e vizinhos, além de arranjos familiares adoecidos psicologicamente e que viviam em uma espécie de naturalização daquela condição de vida, fora as subnotificações de que suspeitávamos que fossem muitas.

O que fazíamos percorrendo o município de Vitória da Conquista (zona urbana e rural) era uma prática chamada Clínica Peripatética[8]. Uma "clínica praticada em

---

[7] Segundo o guia prático de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde, "Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica [...] A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.13).

[8] Peripatético: Termo grego que "provém da palavra περιπατητικός (peritatéõ): passear, ir e vir conversando" (LANCETTI, 2006, p. 15). Não se trata de um procedimento técnico adotado como diretriz pelo Ministério da Saúde ou pelo CAPS II de Vitória da Conquista. Foi uma prática adotada por mim e pelo psiquiatra como estratégia terapêutica. É uma prática clínica fundada por Antônio Lancetti a partir

movimento, fora do consultório [...] quando dispositivos psiquiátricos, pedagógicos, psicológicos ou psicanalíticos não funcionam" (LANCETTI, 2014, p. 19-20). Uma verdadeira cartografia da loucura, uma relação mais profunda e de perto com a micropolítica do desejo. Vamos ao encontro de "famílias que passam por grandes dificuldades; transitamos pela cidade com pacientes psicóticos; transpomos os portões de clínicas e hospícios; transbordamos os consultórios" (LANCETTI, 2014, p. 15).

Todas essas práticas (2013/2014) me fizeram questionar as Políticas de Saúde Mental direcionadas a crianças – sua trajetória e o porquê da morosidade do Estado em criar políticas de cuidados referentes a este público. Alguns usuários do CAPS II relatavam, durante os atendimentos, suas experiências com o adoecimento psíquico na infância e me faziam questionar sobre suas memórias quando crianças.

O problema escolhido para esta pesquisa, portanto, é: Quais as memórias das pessoas em sofrimento mental atendidas pelo CAPS II e/ou outros dispositivos de saúde, no período da infância e quais eram as políticas públicas e práticas de cuidado em saúde mental infantil no município de Vitória da Conquista – BA, anteriores à implantação do CAPSia?

Sendo assim, o objetivo geral da pesquisa é delinear um estudo das políticas públicas de saúde mental infantil no município de Vitória da Conquista –BA, analisando as memórias das pessoas adultas em sofrimento mental a respeito de quando tiveram seus adoecimentos psíquicos no período da infância.

São objetivos específicos: traçar a trajetória das políticas públicas de saúde mental no atendimento às crianças, mapeando as práticas de cuidado anteriores à emergência dos desdobramentos jurídicos da Reforma Psiquiátrica; analisar os atravessamentos entre a produção de subjetividade, a memória e a relação com o Estado nas vidas destas pessoas, frente às adversidades e condições históricas de tratamento; buscar compreender como as políticas públicas para esta demanda atravessavam parte da composição diária do devir-existir dessas pessoas, conectando-se e se subjetivando no esforço de entender como se subjetivam, movem-se, produzem desejos e fazem vibrar seus corpos face às modulações da violência numa sociedade que, só recentemente, passou a problematizar quanto ao direito de existir das crianças em sofrimento mental.

---

dos fundamentos da Clínica da Diferença e de suas experiências nos dispositivos de saúde mental no Brasil.

Optei por utilizar a terminologia sofrimento mental por ser o sofrimento algo inerente à vida humana e a mente por ser composta a partir do encontro do indivíduo com outros corpos e com os códigos culturais[9]. Com isso, afasta-se o termo doença mental comumente utilizado, repleto de estereótipos e discriminação. "O poder de certas palavras é embutido por aspectos sócio-histórico-culturais e a trajetória histórica das pessoas acometidas de algum transtorno é permeada de mitos, preconceitos e muita exclusão" (PETERS; MEDEIROS; CORREA; THOMÉ, 2012, p.3).

Em 06 de abril 2001, a Lei 10.216 (Lei Antimanicomial, como é conhecida no Brasil) passou a estabelecer uma série de diretrizes para assegurar os direitos e proteção dos pacientes, agora chamados de pessoas portadoras de transtornos mentais. Mantive, ainda assim, a terminologia sofrimento mental porque, para além dos argumentos supracitados, entendo o sofrimento a partir de uma dimensão ética-político, como postula Bader Sawaia (2006). Sofrer o sofrimento do outro sem perder o rigor teórico-metodológico, mas sim romper com a neutralidade científica e afetar-se no encontro com o outro para manter acesa a chama da indignação diante do abandono, da fome, da exclusão, enfim, do sofrimento humano. "Esta perspectiva epistemológica supera o uso moralizador e normatizador de conceitos científicos que culpabilizam o indivíduo por sua situação social e legitimam relações de poder, apoiados no princípio da neutralidade científica" (SAWAIA, 2006, p.97-98). Ademais, ainda que de fato "é o indivíduo que sofre, porém, esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente" (SAWAIA, 2006, p.99).

Em síntese, "o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, **sem valor, apêndice inútil**[10] da sociedade" (SAWAIA, 2006, p.104). As crianças que vivenciavam o sofrimento mental no Brasil só recentemente[11] passaram a não ser mais um apêndice inútil e sem valor para a sociedade. Vale ressaltar que é preciso pensá-las como sujeitos inseridos numa ordem capitalista que, segundo Guattari e Rolnik (2005), é projetada na realidade do mundo e na realidade psíquica. "Ela incide nos esquemas de conduta, de ação, de gestos, de pensamento, de sentido, de sentimento, de afeto, etc" (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 51).

---

[9] A mente é aqui entendida como uma construção social. "A infância não é uma fase biológica da vida, mas uma construção cultural e histórica" (LEITE, 1997, p. 21).
[10] Grifo do autor
[11] Com a implantação do CAPSia em 2002. Assunto trabalhado mais amplamente essa questão na seção 3

O referencial teórico para a pesquisa utiliza como base o pensamento de Michel Foucault (1926-1984) **A História da Loucura no período clássico** (FOUCAULT, 2012), em que ele apresenta uma arqueologia que dissocia os loucos dos não loucos e o surgimento dos espaços asilares como condição estrutural para abrigar a loucura sob a justificativa do discurso médico, jurídico e estatal do tratamento. As conferências geraram o livro **O Poder Psiquiátrico** (FOUCAULT, 2006), no qual o autor propõe uma genealogia do poder de disciplina, denunciando o nascimento de um saber-poder oficial que fará do diagnóstico uma ferramenta de controle e isolamento do louco, ou seja, a psiquiatria nasce dos dispositivos disciplinares ao invés de ser uma ciência do conhecimento da loucura. O problema inerente à disciplina asilar é, sob o meu ponto de vista, a forma geral do poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2006). Trouxe ainda, a questão da psiquiatrização da infância que Foucault menciona neste livro e sua concepção de pesquisa genealógica influenciada por Nietzsche (1844-1900), segundo a qual não se deve pensar a história de maneira linear, de maneira a fazer uma crítica consistente à história oficial submetida a interesses de relações de poder: "Uma história que nos permitiria nos reconhecermos em toda parte e dar a todos os deslocamentos passados a forma da reconciliação" (FOUCAULT, 2013, p. 71) ou, ainda "uma história que teria por função recolher, em uma totalidade bem fechada sobre si mesma, a diversidade, enfim reduzida, do tempo" (FOUCAULT, 2013, p. 71).

A genealogia não é linear e contínua como a história, mas elaborada por meio de lutas e rupturas. Foucault se insurge contra a ideia de que a natureza do universal é transcender a história. Essa afirmação não é falsa, mas se equivoca porque a universalidade cai numa ilusão metafísica chamada representação, gerando a ilusão de que algo no mundo não muda (FOUCAULT, 2013). A história é composta por formações sempre entre uma formação e outra, portanto, não há evolução e sim rupturas. Não há o fim da história porque existe o devir, assim como não inexiste a origem como verdade sobre o início da história.

Pesquisar memória, assim, é fazer a experiência dentro da própria experiência. Segundo Nietzsche (2017), inúmeras coisas podem apresentar vários sentidos e a tarefa do pesquisador é analisar a acepção e o valor de alguma verdade criada em um dado momento, que é a condição de fazer uma crítica à história. Sob esta perspectiva, o método genealógico é uma crítica à história, permitindo criar valores para além do seu tempo (NIETZSCHE, 2017).

Utilizei também os postulados de Freitas (2003) apresentados em **História Social da Infância no Brasil**, Priori (2006) em **História das Crianças no Brasil**, Rizzini (1997; 2009; 2010) e Ariès (2017), entre outras(os), dos clássicos aos contemporâneos, trazendo recortes do surgimento dos conceitos de criança e infância ao longo do tempo, desde a trajetória das infâncias no período colonial até o momento mais recente (as primeiras décadas do século XXI). Além disso, utilizei como fundamentação teórica para a discussão da memória **Memória Coletiva em Halbwachs** (2017), **Memória Social** em Fentress e Wickham (1992) e **Memória, Esquecimento, Silêncio** em Pollak (1989), articulando com **Matéria e Memória** em Bergson (2011), para se desincumbir das questões inerentes às dimensões coletivas, sociais e individuais da memória.

O que dizer da memória de um grupo socialmente excluído ao longo dos anos, cujos membros eram trancafiados em hospitais igualmente excludentes, dopados farmacologicamente em prontos socorros, em suas casas e ruas, tachados como loucos e condenados moralmente aos maus tratos como anomalias da sociedade, existindo – quase que apenas – para sustentar o poder farmacológico e psiquiátrico? E o que mencionar acerca desse grupo que, hoje constituído por adultos, evoca lembranças da infância quando vivenciaram suas primeiras crises psíquicas, as quais ainda atormentam o seu presente? Agora, a loucura e o que isso significa socialmente faz parte de suas histórias de vida. Como, de fato, essas memórias aparecem nos atendimentos psicológicos? Nos termos de Halbwachs (2017), quando se trata de lembranças da infância, não há a separação da memória pessoal (interna), da memória histórica (externa-social). A primeira reproduziria as nossas impressões de outrora, nossos estreitos círculos familiares, da escola e os amigos, e a segunda, conteria acontecimentos de caráter nacional. (HALBWACHS, 2017). Nem sempre recordamos por influência da vontade, às vezes as circunstâncias nos levam a lembrar de algo e não encontramos, necessariamente, as nossas lembranças quando desejamos. Para voltarmos a pensar em algo, é preciso uma sequência de percepções que só refazendo o percurso seremos capazes de recordarmos (HALBWACHS, 2017).

Pesquisar memória é se lançar numa riqueza de direções e desdobramentos, de vias e veias do manancial coletivo e individual, é beber da história,

> o seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde os acontecimentos

> desempenharam seus papéis distintos; e até definir o ponto de sua lacuna" (FOUCAULT, 2013, p. 55).

Além da perspectiva genealógica como método de contar a história, utilizei a análise documental. Estive durante o fim de 2017 e o primeiro semestre de 2018 em pesquisa no Arquivo Municipal[12], encontrando importantes dados acerca do papel do município em relação às pessoas em sofrimento mental antes da Constituição de 1988 e da implantação dos CAPS, além de dados sobre políticas públicas infantis no início da década de 90.

Analisei arquivos do início do século XX, em busca de algum dado referente à saúde mental no município, a partir da década de 1910 (fundação da Santa Casa de Misericórdia em Vitória da Conquista, em 1918), até à década de 1980, quando é possível encontrar-se a primeira medida assistencial destinada a um cidadão com sofrimento mental, um homem muito conhecido na cidade, no final da década de 1970 e início de 1980, nominado por Cafezinho[13], que recebeu uma quantia financeira mensal, aprovada pela Câmara Municipal. Foram analisados também documentos em arquivos digitais dos séculos XIX, XX e XXI do Senado e da Câmera Federal, assim como periódicos, artigos e teses que contam a história da saúde e das crianças em Vitória da Conquista.

Escolhi a análise documental como técnica metodológica para contar parte da história da saúde e das políticas de assistência à criança em Vitória da Conquista nos séculos XX e XXI, a partir do ano de 1913, quando foi criada, na cidade, a Sociedade de São Vicente de Paulo, a qual foi fundamental para a implantação, seis anos mais tarde, do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista, passando pela fundação do hospital psiquiátrico Afrânio Peixoto na década de 1960 até o seu fechamento em 2017, chegando à implantação do CAPSia já no século XXI. O ponto de partida se dá a partir da inauguração da Santa Casa, por ser um importante hospital no tratamento de doenças que assolavam a cidade no início do século XX, mas também por ter sido em momento posterior à fundação deste hospital que a cidade começou a criar políticas públicas de saúde voltadas para a população.

Recorri às contribuições de Gil (1996 e 2008) e Pimentel (2001) para fundamentar a análise documental, na medida em que, mesmo se assemelhando à

---

[12] O Arquivo Municipal de Vitória da Conquista, foi fundado em 1978, durante o mandato do prefeito Raul Ferraz.

[13] Caso detalhado na seção 4.

pesquisa bibliográfica no que se refere aos passos iniciais da pesquisa (natureza das fontes), a análise documental se diferencia por não se limitar aos conteúdos e contribuições de diversos autores acerca de um assunto, mas se vale de materiais que ainda não receberam um exame analítico (GIL, 2008), como é o caso dessa pesquisa, no que concerne a alguns documentos do arquivo municipal da cidade, de modo a dialogar com o presente objeto de pesquisa

A análise documental permite marcar a singularidade dos acontecimentos, uma genealogia por assim dizer, categoria que para Foucault, em **Microfísica do poder**, é "meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos" (FOUCAULT, 2013, p. 55). Somos hoje um atravessamento de memórias. Um risco no tempo. A análise de documentos nos permite, ainda, passear à margem da moral, mas sempre atentos às suas seduções e armadilhas, pois "É preciso saber reconhecer os acontecimentos da história, seus abalos, suas surpresas, as vacilantes vitórias, as derrotas mal digeridas, que dão conta dos atavismos e das hereditariedades" (FOUCAULT, 2013, p.61). Os documentos são registros escritos que proporcionam informações e clareza a respeito dos fatos e relações, ou seja, possibilitam conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes, visto que se constituem em manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo (OLIVEIRA, 2007, *apud* SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2012).

Como limitações, a análise documental apresenta problemas no que se refere à não-representatividade e à subjetividade dos documentos. (GIL, 2008). Portanto, além da análise de documentos, utilizamos entrevistas semi-estruturadas para trazer ao trabalho a dimensão subjetiva das narrativas. A escolha por este método ocorre pelo fato de que a análise de conteúdo leva em conta a complexidade que envolve a interação entre a entrevista e entrevistador, o contexto social de sua produção, a influências ideológicas e idealizadas presentes em muitas mensagens, as condições históricas, sociais, mutáveis que influenciam crenças e conceitos, transmitidas via mensagens, discursos e enunciados (FRANCO, 2005). Vale ressaltar que se torna indispensável considerar as condições contextuais que vinculam os emissores das mensagens, as situações econômicas, socioculturais, o acesso aos códigos linguísticos, os componentes afetivos, cognitivos e valorativos (FRANCO, 2005).

Foram entrevistadas cinco mulheres adultas, porém somente três tiveram suas crises ainda na infância. As outras entrevistadas mencionaram, inicialmente, haver

adoecido psicologicamente na infância. Contudo, no decorrer das entrevistas, ficou claro que tiveram suas crises no fim da adolescência e/ou início da fase adulta. A condição necessária para a participação era que fossem pessoas adultas, tivessem o processo do adoecimento psíquico ainda na infância e que não passaram pelo atendimento do CAPSia. Mas, por se tratar de entrevistas prolongadas e que abordaram questões da saúde mental em Vitória da Conquista, decidi manter as outras duas entrevistas porque produziram um rico material para análise, em consonância com o objeto da pesquisa. Apesar das outras duas entrevistadas terem suas primeiras crises psíquicas na adolescência, vale ressaltar que não tratei a categoria adolescência como análise, apenas optei por incluir o material da entrevista com vistas ao enriquecimento da pesquisa.

Cheguei até as pessoas entrevistadas através dos atendimentos psicoterápicos no CAPS II e no consultório particular, nos quais foram relatadas, em diversas sessões, as memórias da infância, sobretudo, em relação ao adoecimento psíquico ainda nesta fase da vida. Não fiz escolhas categóricas quanto às questões de gênero e/ou diagnóstico, à exceção de transtornos psíquicos ou orgânicos severos que comprometessem a fala e/ou a memória. Importante frisar que, por questões éticas, mantive o sigilo dos nomes durante a análise das entrevistas, portanto, todos os designativos contidos na seção de análise são de caráter fictício e a sua escolha foi feita de modo aleatório, não possuindo nenhuma ligação com os nomes reais.

Inicialmente, os equipamentos escolhidos para a realização da pesquisa, tanto na análise de documentos, quanto nas entrevistas, foram o CAPS II e o Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto. Logo após o meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, o Hospital Afrânio Peixoto fora fechado por conta dos desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, da Lei Antimanicomial, 10.216/2001, que visa ao fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos e à substituição por hospitais gerais com leitos psiquiátricos. O § 3º da lei, deixa claro que "é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares" (BRASIL, Lei 10.216, de 2001, Art. 3º. Inciso, 3º).

O atendimento que era proporcionado no Hospital Afrânio Peixoto, atualmente, acontece no Hospital Crescêncio Silveira, que continua atendendo boa parte dos pacientes de outrora e ainda herda, em grande parte, o velho modelo hospitalocêntrico, asilar, pautado no poder médico. Entrei em contato com a direção deste hospital no dia

08 de janeiro de 2018 e, à data de 24 de janeiro do ano referido, reuni-me pela primeira vez com a diretora do hospital. A dificuldade apontada por ela foi justamente quanto à questão do não atendimento regular do hospital à demanda infanto-juvenil. Além disso, também explicou que os casos de atendimento à criança praticamente não existem, ocorrendo poucos casos de internações de adolescentes, sendo a maioria em decorrência de encaminhamentos realizados pelo poder judiciário, envolvidos, sobretudo, em problemas resultantes do consumo de drogas e não de transtorno mental em si.

Outra dificuldade foi verificada em relação aos prontuários, pois só estão digitalizados os datados a partir de 2014. Dentre estes, ela ratificou que não há casos infantis e poucos casos de adolescentes, o que inviabilizaria a pesquisa, uma vez que o objetivo era entrevistar adultos e analisar suas memórias quando crianças. Os documentos do antigo Hospital Afrânio Peixoto, em especial os arquivos inoperantes, além de desorganizados, estão em mau estado de conservação, conforme a própria diretora relatou. Além disso, são muitos, o que demandaria mais tempo que o exigido pelo mestrado, visto que são poucos os casos de internação de adolescentes e ainda mais difícil encontrar casos de crianças que passaram pelo hospital. Em vista destas dificuldades, Dessa forma, decidi por não utilizar o Crescêncio Silveira como fonte de dados nesse momento e, assim, conceder mais foco aos usuários do CAPS II.

A escolha pelo CAPS II ocorreu, primeiramente, por eu ter vivenciado uma prática clínica que me afetou profundamente e trouxe experiências com o sofrimento mental nas diversas dimensões e peculiaridades apresentadas por essa demanda. O segundo critério da escolha foi a organização dos prontuários, muitos digitalizados e todos dispostos em computadores de maneira a facilitar em demasia o manuseio. As dificuldades encontradas, no entanto, foram de ordem burocrática. O contato com a gerente do CAPS II foi proveitoso em razão da abertura organizacional para a realização da minha pesquisa. Fui recebido sem dificuldades todas as vezes em que estive lá, desde o primeiro contato em 2017. Cheguei a iniciar o manuseio de alguns prontuários, mas fui comunicado de que era preciso uma autorização do Polo de Educação Permanente em Saúde do município para continuar a pesquisa e iniciar as entrevistas. A autorização demorou meses, o que inviabilizou a continuação via CAPS II.

Decidi, então, entrar em contato pessoalmente com as pessoas a que atendi no CAPS II durante o período em que estive lá como técnico/psicólogo, bem como com pacientes do meu consultório particular que tinham suas histórias de vida afinadas à pesquisa. Por questões éticas, tomei o cuidado de entrar em contato com as

entrevistadas cinco dias após as entrevistas, afim de saber como estavam o estado de saúde psíquica, visto que as narrativas trouxeram memórias e tristezas de suas infâncias.

A partir deste momento, a escrita deixa ser na primeira pessoa do singular, visto que os capítulos seguintes foram produzidos em parceria com o orientador.

Deste modo, a estrutura da dissertação é composta por quatro seções e uma seção destinada às considerações finais. A primeira seção se trata da presente introdução. Na segunda, trabalhamos na construção da formação da infância no Brasil, a navegação marítima das embarcações portuguesas no trajeto para as terras brasileiras recém-colonizadas, as condições infantis nessas viagens, marcadas pela precariedade e violências a que foram expostas, abusos sexuais, exploração do trabalho, má alimentação e mortes devido às péssimas circunstâncias de vida, a chegada dos Jesuítas ao Brasil e a implantação da educação cristã como modelo disciplinar de conduta moral e de bons costumes, influenciados pelos padrões pedagógicos europeus do período renascentista, em especial, os postulados de Erasmo de Rotterdan (1466-1536), em sua obra sobre a educação de crianças e adolescentes, **De Pueris: a civilidade pueril** de 1530.

Trouxemos a análise de Foucault acerca do papel que essas instituições de educação têm no poder disciplinar, no adestramento e na transformação de um corpo potente em um corpo dócil e servil (FOUCAULT, 1997). A trajetória da criança do período colonial até o Império – as indígenas, as portuguesas que vieram para o Brasil, as escravas, as pobres, até chegar o Império (momento da criação do primeiro Hospital Psiquiátrico do Brasil) e concluindo com o período da Proclamação da República e as políticas públicas de assistência à criança. É neste período compreendido entre o Império e a República que são criadas as primeiras leis voltadas a demanda infanto-juvenil.

Na terceira, seção apresentamos a psiquiatrização da infância, a criança retardada da nova psiquiatria do final do século XIX e grande parte do século XX, na qual pode ser verificada a primeira Liga Brasileira de Higiene Mental, uma associação de psiquiatras eugenistas, que sustentavam teorias racistas, como a predisposição dos negros à loucura. Também nesta seção tratamos a criança institucionalizada no século XX, o nascimento dos espaços asilares de correção destinadas aos jovens surpreendidos em atos de delinquência e os códigos de menores, bem como o fato de que no século XX os manicômios se expandem no Brasil e produzem uma série de violações de direitos, mas é também neste período, a partir da década de 1970, que começam os

movimentos da Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil. Concluímos a seção trazendo as conquistas e desafios das novas leis de proteção às crianças e adolescentes, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 e implantação do CAPSia em 2002.

Na quarta seção, trabalhamos a trajetória das políticas públicas de saúde e de assistência à criança no município de Vitória da Conquista a partir da fundação em 1919 do Hospital São Vicente de Paulo (Santa Casa), passando pelas décadas de 1960 (fundação do Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto), 1970/1980 (política de assistência municipal à saúde mental), até os dias atuais, realizando um mapeamento de parte da Rede de Atenção Psicossocial e dos dispositivos da Assistência Social que têm a psicologia em seu quadro de funcionamento, dando especial atenção, aos que trabalham no atendimento às crianças.

Trouxemos a implantação do CAPS II na cidade, seu contexto, demanda inicial e atual, sua relação com saúde mental no município e o funcionamento após o fechamento do Afrânio Peixoto. Discutimos a implantação do CAPSia e os impactos sociais e éticos na relação do atendimento às crianças com sofrimento mental. Analisamos o conteúdo das entrevistas articulando a história das políticas públicas de saúde mental infantil com as memórias relatadas pelos usuários. Discutimos, também, os conceitos de memória em Bergson (2011), Halbwachs (2017) e Fentress e Wickham (1992) e Pollak (1989).

Na conclusão, fizemos um esboço crítico acerca da formação das infâncias no Brasil, a extemporaneidade das políticas públicas de saúde mental infantil, apontando caminhos a serem percorridos na construção de práticas transformadoras e éticas na saúde mental e nos direitos das crianças.

Sendo assim, busca-se estar atento aos acontecimentos considerados quanto ao espaço e ao tempo, compostos por corpos se relacionando com outros e com a natureza, com a historiografia, com a memória, em um devir totalmente em abertura, sempre em movimento para a formação de novos modos de pensar e existir. Estar no campo, pesquisando e intervindo é estar atento às transformações e formações dos desejos produzidos no espaço, perceber e entender de forma prática e intensa as estratégias dessas formações no campo social (ROLNIK, 2006).

2. INFÂNCIA[S] - DA COLÔNIA À REPÚBLICA: HISTÓRIA E INVENÇÕES

É muito comum em pesquisas acadêmicas acerca da história das crianças, sobretudo na história e na sociologia da infância positivista, uma tendência à linearidade dos acontecimentos, uma cronologia para se chegar a uma espécie de origem, de um passo a passo da formação da infância na sociedade, em especial no Brasil. De maneira oposta, trabalharemos nessa parte da dissertação os caminhos da infância no Brasil - mesmo antes de tal conceito existir - de maneira genealógica, buscar os riscos no tempo que deram passagens para as diversas paisagens que formaram e formam a criança no Brasil, do miúdos (período da colonização), dos *pueris* (influência renascentista europeia na educação infantil), passando pelos menores (século XIX), até chegarmos às noções de criança e infância na contemporaneidade, de modo que a história não seja contada de maneira diacrônica, linear e sim como uma genealogia que afirma o pensamento e resgata a singularidade dos sujeitos e dos acontecimentos históricos. Uma espécie de aurora da meninez.

Evidencia-se, deste modo, que a extemporaneidade dos direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil é fruto de uma produção social ao longo do tempo, desde a colonização até os dias atuais. Ou seja, a delonga na criação das políticas públicas destinadas às crianças e aos adolescentes, em geral, e sobretudo no que se refere ao sofrimento mental, nasce de um mecanismo de funcionamento da sociedade brasileira a partir do contato com as civilizações europeias e que segue nos séculos seguintes com repetições, rupturas e atualizações de modos punitivos, higienistas, racistas, patriarcais e violentos.

A infância é um valor criado em um determinado momento na história. Não surgiu a partir do nada e não é de sempre o conceito usualmente utilizado. A quem interessa a criação desses valores? Qual o interesse na criação dos padrões acerca da infância e da criança? “A descoberta da infância começou, sem dúvida, no século XIII e sua evolução pode ser encontrada na história da arte e na iconografia dos séculos XV e XVI” (ARIÈS, 2017, p. 28). Ariès (2017) ressalta que é no século XVI e, especialmente no século XVII, que os temas da infância ganham maior importância, com o surgimento dos retratos de crianças sozinhas, brincadeiras, lições de leitura e de música. Os sinais

de desenvolvimento da infância “tornam-se particularmente numerosos e significativos a partir do fim do século XVI e durante o século XVII” (ARIÈS, 2017, p. 28). Fizemos uma pesquisa bibliográfica que tece a história a partir da genealogia para analisar o nascimento da criação destes valores e buscar entender as conjunturas em que se desenvolveram na história da formação da infância no Brasil. Segundo Nietzsche (2017), ao lançarmo-nos em uma pesquisa histórica/genealógica, faz-se necessário uma contundente crítica aos valores morais, colocando em questão o próprio valor desses valores.

> [...] para isto é necessário um conhecimento das condições e circunstâncias nas quais nasceram, sob as quais se desenvolveram e se modificaram (moral como consequência, como sintoma, máscara, tartufice, doença, mal entendido; mas também moral como causa, medicamento, estimulante, inibição, veneno) um conhecimento tal como até hoje nunca existiu e nem foi desejado (NIETZSCHE. 2017, p. 12, grifo do autor).

Analisamos na presente seção a criação dos valores da criança na cultura ocidental, em especial, brasileira, para entender como foram formadas ao longo do tempo a noção de infância e da criança retardada, psiquiatrizada, institucionalizada. E, de qual infância estamos falando? Congraçamos com a ideia dos autores supracitados de que há uma produção social da infância, como também, uma gênese social da loucura. Nos séculos XVI e XVII, auge de diversas teorias da maximização da Razão, em especial, os postulados de René Descartes (1596-1650), no exemplo do seu famoso cogito, *Penso, Logo Existo*, afirmando a condição *sine qua non* do ser humano intelectualmente saudável a racionalidade e o louco como sinônimo da sandice e da inépcia por agir fora da racionalidade, a loucura foi entendida como uma negatividade da existência humana, à medida em que o sujeito que não pensa não existe, perde a razão e se mantém errante pela vida (FOUCAULT, 2012).

Destarte, as crianças brasileiras convivem ao longo da história com uma negatividade existencial como causa primária, anterior à experiência da loucura. Uma natureza negativa externa a sua própria essência de criança. Ou seja, um olhar social pejorativo em relação à infância, percebido do reinado à república, das ditaduras às democracias. Tal afirmação é pautada na vagareza com que o cuidado com as crianças desde o Brasil colônia até a República velha e nova, recebeu alguma importância. Ou seja, transcorreram muitos anos até que a criança “deixasse” de ser uma negatividade,

uma quase que completa ausência de cuidado social e passasse a ser inserida em políticas públicas especializadas, ainda que precárias.

2.1 - A FORMAÇÃO DA INFÂNCIA NO BRASIL

As primeiras crianças não nativas chegaram ao Brasil nas embarcações vindas de Portugal, a partir de 1530 e trouxeram peculiaridades e modos de vida completamente diferentes das existentes até então entre os primeiros habitantes. A relação dos adultos, da coroa portuguesa e da igreja com os miúdos, como eram chamadas as crianças neste período, marcaria de modo profundo e extremo todas as crianças do Brasil colônia. De maneira coercitiva e violenta, a cultura europeia iniciava nesse período um absolutismo de seus valores morais em seus domínios coloniai, que reverberaria durantes séculos até a atualidade.

Segundo Fábio Pestana Ramos (2006, p. 19), "as crianças subiam a bordo, somente na condição de grumetes[14] ou pajens[15], como órfãs do Rei enviadas ao Brasil para se casarem com os súditos da coroa, ou como passageiros embarcados em companhia dos pais ou de algum parente" (RAMOS, 2006, p.19). As péssimas condições das embarcações (sobretudo para as crianças que eram as que mais sofriam na dura e longa rotina até o Brasil), faziam com que diversas delas morressem e fossem jogadas ao mar. Além disso, recebiam o mesmo tratamento que os adultos em relação à alimentação, chamada de rações, que eram estritamente restritas e de má qualidade, "a carne salgada, encontrava-se, constantemente em estado de decomposição. A água potável, igualmente podre, exalava um incrível mau cheiro por ser armazenada em tonéis de madeira" (RAMOS, 2006, p. 26).

O alto índice de adoecimento afetava severamente, sobretudo, às crianças, expostas a uma dieta apodrecida e a trabalhos diários árduos, como no caso dos pajens e grumetes. "Como os médicos eram raros a bordo, as crianças eram entregues aos

---

[14] Aprendizes e ajudantes dos marinheiros. Tinham em média 12 anos de idade e cuidavam da limpeza, do tempo (viravam a ampulheta de 30 e 30min), de algum reparo nas embarcações e diversos outros afazeres perigosos. Tinham uma jornada de trabalho excessiva e dormiam em condições insalubres, locais imundos e se alimentavam muito mal, levando a alguns deles a não aguentarem e virem a óbito, sendo seus corpos lançados ao mar. Eram pessimamente remunerados.

[15] Tinham uma condição de vida melhor que a dos grumetes. Serviam aos nobres e oficiais da embarcação. Tinham um melhor contato com os alimentos e por isso tinham uma qualidade vida melhor que a dos grumetes. A média de idade era a mesma que os grumetes.

cuidados de barbeiros que serviam como cirurgiões nas embarcações" (RAMOS, 2006, p. 26).

Mulheres em geral não eram permitidas a bordo sem que fossem acompanhadas pela família (oficialmente considerada) ou por religiosas (em se tratando das órfãs) , por isso os casos de sodomia eram comuns, inclusive com a permissão dos membros da igreja, "grumetes e pagens eram obrigados a aceitar abusos sexuais de marujos rudes e violentos. Crianças, mesmo acompanhadas dos pais, eram violadas por pedófilos" (RAMOS, 2006, p. 19). As órfãs, por sua vez, eram primorosamente protegidas e vigiadas geralmente por freiras que as acompanhavam e asseguravam que chegassem virgens até o Brasil para serem entregues aos seus futuros maridos, como fora retratado no cinema no filme Desmundo (2002), do diretor francês radicado no Brasil, Alain Fresnot, inspirado no romance com o mesmo título da escritora brasileira Ana Miranda. O filme é ambientado na década de 1570 quando as órfãs portuguesas eram enviadas ao Brasil com a finalidade de se casarem com homens portugueses radicados em terras brasileiras. O intento desses casamentos era de atenuar a quantidade de filhos nascidos a partir do encontro de portugueses e índias. A personagem principal, Oribela - interpretada pela atriz brasileira Simone Spoladore – é uma dessas órfãs que desembarcou com o desígnio de casar-se com um desconhecido, o dono de terras e de escravos índios, Francisco de Albuquerque (Ator - Osmar Prado). Oribela desejava ser religiosa, mas foi forçada a casar e ter filhos com Francisco, experimentando uma vida infeliz, mesmo tendo lutado com veemência contra tal destino, sendo punida física e psicologicamente por isso.

Havia por parte dos adultos portugueses, incluindo a coroa, um desapego com os miúdos, existindo uma prioridade de cuidado e proteção muito mais para Si (adultos) que para seus filhos e crianças no geral. "Na iminência de um naufrágio, coisa comum e corriqueira na época dos séculos XVI e XVIII, em meio à confusão e desespero do momento, pais esqueciam seus filhos no navio enquanto tentavam salvar suas próprias vidas" (RAMOS, 2006, p. 20). Por sua vez, a coroa portuguesa estava muito mais preocupada com perdas materiais que com vidas, sobretudo, de crianças.

Ocorriam também muitos ataques piratas às embarcações portuguesas para saquear os cofres da coroa dentre outras questões e, com regularidade, adultos pobres eram quase sempre assassinados, "os poderosos, por sua vez, eram aprisionados e trocados por um rico resgate, e as crianças, escravizadas e forçadas a servirem nos

navios dos corsários franceses, holandeses e ingleses, sendo prostituídas e exauridas até a morte" (RAMOS, 2006, p. 20). Assim,

> Entregues a um cotidiano difícil e cheio de privações, os grumetes viam-se obrigados a abandonar rapidamente o universo infantil para enfrentar a realidade de uma vida adulta. Muitos grumetes eram sodomizados[16] por marujos inescrupulosos de evidente superioridade física sobre os meninos. Relatos de viajantes estrangeiros que passaram por Portugal dão conta que a pedofilia homoerótica era muito comum, permitindo supor que nas embarcações, ambiente onde até mesmo os religiosos costumavam tolerar atos considerados dignos de condenação à fogueira, tal prática era extremamente corriqueira. Quando os grumetes eram estuprados por marinheiros, que por medo ou vergonha, queixavam-se aos oficiais, até porque muitas vezes eram os próprios oficiais que praticavam a violência (RAMOS, 2006, p. 27).

No caso dos pajens, as tarefas eram um pouco menos exaustivas, porque serviam aos nobres e tinham mais chances de alguma ascensão a cargos marítimos no futuro, ainda que remotas. "Aos pajens eram confiadas tarefas bem mais leves e menos arriscadas do que as impostas aos grumetes, tais como servir à mesa dos oficiais, arrumar-lhes as câmeras (camarotes) e catres (camas)" (RAMOS, 2006, p. 30). A punição também era mais atenuada em relação aos grumetes e os marinheiros, que frequentemente eram castigados por desobediência. "Os pajens eram raramente castigados com severidade. Os grumetes, ao contrário, tal como os marinheiros, recebiam chicotadas e eram postos a ferros, acorrentados ao porão" (RAMOS, 2006, p. 30). Com embarcações de capacidades que variavam entre 500 e 900 pessoas, "as crianças que serviam como grumetes ou pajens, somadas às órfãs do Rei e às crianças embarcadas como passageiros não deviam passar de cinquenta menores de 16 anos" (RAMOS, 2006, p. 35). Era claramente um tempo de soberania da vida adulta em que "o universo infantil não tinha espaço: as crianças eram obrigadas a se adaptar ou perecer" (RAMOS, 2006, p. 48).

Em terras brasileiras, os padres, principalmente da companhia de Jesus, começaram a partir dos primeiros 50 anos da colonização ensinar a ler e escrever, assim

---

[16] Cabe ressaltar que a obra literária "O bom Crioulo "do escritor brasileiro, Adolfo Caminha (1867-1897), publicada em 1895, foi a primeira obra homoafetiva do mundo ocidental. A obra narra a história da relação entre um grumete Aleixo, branco, jovem e magro, e um marinheiro, Amaro, negro e escravo fugido. Na obra, não há uma relação de estupros entre os dois homens, que se apaixonam e mantém um relacionamento. O livro causou um grande escândalo na sociedade na época do lançamento, por conta da temática.

como a doutrina cristã para os meninos e meninas. Nesse momento da história, nos séculos XV e XVI, a infância estava sendo manifesta na Europa, com diversas fundações de colégios, atraindo grande interesse dos Jesuítas na formação de crianças. Antes desse período, no século XIII, por exemplo, os colégios eram espaços asilares para estudantes pobres, mantidos por doadores (ARIÈS, 2017). Somente a partir do século XV esses espaços se tornaram institutos e o ensino passou a ser ministrado nos colégios, "que forneceriam o modelo das grandes instituições escolares do século XV ao XVII, os colégios dos jesuítas, os colégios dos doutrinários e o colégio dos oratorianos" (ARIÈS, 2017, p. 110). Para Ariès (2017), os colégios trabalhavam tanto na formação como na instrução do estudante impondo uma disciplina mais rígida e estrita, mais autoritária e hierárquica que a disciplina tradicional dos antigos colégios. "O colégio tornou-se então uma instituição essencial na sociedade: o colégio com um corpo docente separado, com uma disciplina rigorosa, com classes numerosas, em que se formariam todas as gerações instruídas no *Ancien Régime*"[17] (ARIÈS, 2017, p. 111).

Havia, então, a influência exercida, sobretudo, pelos manuais comportamentais dos bons costumes para crianças e adolescentes, em especial o **De Pueris – A Civilidade Pueril** de Erasmo de Roterdã (1466 – 1536), lançado em 1530, em que ele descreve o papel da educação na humanidade daquelas, numa série de ensinamentos de como deve se comportar um jovem para não ser um bobo e ter sucesso como adulto e

> considera que a educação é o meio pelo qual o indivíduo realiza sua humanidade, pois o homem não nasce completo, mas sim com uma natureza racional que se caracteriza pelas potencialidades a serem desenvolvidas" (DANELON; OLIVEIRA; RITCHER, 2012, p. 162).

Erasmo propõe uma educação a partir de uma civilidade aristocrática e moral dos modos corretos e bonitos de se comportar diante da sociedade. Desse modo, os "colégios modernos constituíam uma instituição complexa, não apenas de ensino, mas de vigilância e enquadramento da juventude" (CHAMBOULEYRON, 2006, p. 56). Assim funcionavam os colégios Jesuítas, através de métodos comportamentais associando educação à disciplina e punição. A instalação definitiva de uma regra de

[17] Na tradução direta do francês: Antigo Regime. Um sistema social e político aristocrático, absolutista e centralizado no poder do Rei, que foi estabelecido na França a partir do séc. XV e por diversas populações europeias desde as descobertas marítimas. O Antigo Regime foi abolido na França pela Revolução Francesa (1789-1799).

disciplina “completou a evolução que conduziu da escola medieval, simples sala de aula, ao colégio moderno, instituição complexa, não apenas de ensino, mas de vigilância e enquadramento da juventude” (ARIÈS, 2017, p. 110). Para Foucault no livro **Vigiar e Punir** (1997), “esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade, são os que podemos chamar as disciplinas” (FOUCAULT, 1997, p. 118). O que ele chama de corpos dóceis mostra adequação com “um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 1997, p. 118).

A partir deste momento, é organizada a conjugação entre a obediência e a utilidade dos indivíduos:

> O momento histórico das disciplinas é o momento que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto útil [...] O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe [...] A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência) (FOUCAULT, 1997, p. 119).

Nessa perspectiva disciplinar, os Jesuítas iniciaram no Brasil um processo educacional a partir da evangelização cristã dos índios, em especial das crianças, pela maior facilidade em introduzir uma metodologia pedagógica pelo viés do medo. O próprio santo Inácio, numa carta enviada em março de 1554, endereçada “a todos os reitores dos colégios da companhia, escrevia que: nossa intenção [é] que os colégios e escolas seja ensinada e instituída nas letras e nos bons costumes” (CHAMBOULEYRON, 2006, p. 56). Sob estas intenções, “Com os adultos cada vez mais arredios, toda a atenção se voltava aos filhos destes, explicava o então irmão José de Anchieta aos padres e irmãos de Coimbra, em finais de abril de 1557” (CHAMBOULEYRON, 2006, p. 58).

Era uma metodologia de clara intenção em insertar sobre as crianças nativas um novo modo de existir dentro dos postulados cristãos, haja vista que os adultos já tinham suas convicções mais firmes, suas crenças de mundo passadas ao longo do tempo, os saberes de seus ancestrais, seus signos e significados, ou seja, outro modo de existir no

tempo e espaço, diferente do que os europeus trouxeram: um tempo que não agia sob a égide coercitiva imposta pelo calendário judaico-cristão.

2.2 A PUNIÇÃO COMO DISPOSITIVO PEDAGÓGICO

Para a coroa portuguesa e a igreja católica era preciso mais que o poder de convencimento existente em uma única verdade transcendente de explicação para tudo que existe ao redor, inclusive, o motivo da colonização e escravidão. Mostrava-se primordial introduzir o medo. Em janeiro de 1550, "padre Simão Rodrigues, ponderava que talvez pelo medo os índios se converteriam mais rápido que pelo amor, em razão dos seus abomináveis costumes de estarem tão afastados da fé cristã" (CHAMBOULEYRON, 2006, p. 58). As crianças eram condicionadas a internalizarem uma crença completamente diferente da dos seus pais e membros da tribo, forçadas a negarem suas tradições, crenças e valores. Era recomendado aos reitores dos colégios a punição dos alunos que escapassem às regras estabelecidas, devendo ser levados ao tronco, bem como disciplinas eram criadas para que as crianças fossem vigiadas e punidas quando não adequadas às regras institucionais. Nas escolas, "embora o castigo fosse normal, os padres tinham o cuidado de não o aplicar pessoalmente, delegando a tarefa, de preferência, a alguém fora da companhia" (CHAMBOULEYRON, 2006, p. 63).

O tratamento conferido às crianças nas instituições escolares organizadas pelos jesuítas abrangia regras muito rígidas:

> O castigo físico em crianças não era nenhuma novidade no cotidiano colonial. Introduzido, no século XVI, pelos padres jesuítas, para o horror dos indígenas que desconheciam o ato de bater em crianças, a correção era vista como uma forma de amor, O mimo devia ser repudiado. Fazia mal aos filhos, admoestava em sermão José de Anchieta. O amor de pai devia inspirar-se naquele divino no qual Deus ensinava que amar é castigar e dar trabalhos nesta vida (PRIORE, 2006, p. 96).

Havia o intuito de preparação dos pequenos para a vida adulta: "Pouco a pouco, a educação e a medicina vão burilando as crianças do Brasil colonial [...] procurava-se adestrar a criança preparando-a para assumir responsabilidades" (PRIORE, 2006, p.

104). As consequências de uma metodologia de educação pautada na punição extrapolou os espaços dos colégios e chegou até as casas, com pais e mães punindo fisicamente seus filhos para corrigir algum comportamento tido como inadequado para a moral da época. Segundo Priori (2006), uma mulher da Vila de São Sebastião, São Paulo em 1756, de nome Catarina Gonçalves de Oliveira, revelou "ter defendido seu enteado, uma criança pequena, de chicotadas desferidas pelo pai, ansioso por corrigir o hábito do pequeno de comer terra" (PRIORI, 2006, p. 98).

Contudo, com o avanço dos anos e séculos, o adestramento de crianças no Brasil não ficava restrito aos brancos e indígenas nos colégios jesuítas. A chegada dos primeiros escravos no Brasil nos séculos XV e XVI, e, sobretudo, com o aumento deste segmento da população principalmente Recife, Salvador e Rio de Janeiro nos séculos XVII e XVIII, as crianças escravas também passavam por um processo de adestramento quando se iniciavam no "servir, lavar, passar, engomar, remendar roupas, reparar sapatos, trabalhar em madeira, pastorear" (GOES; FLORENTINO, 2006, p. 184). Entre os séculos XVIII e XIX, a população de escravos cresceu muito no Brasil, em especial, no Rio de Janeiro, através do tráfico transatlântico, chegando a ter embarcado de 1789 a 1830, aproximadamente 24 mil escravos (GOES; FLORENTINO, 2006). As embarcações eram compostas na maioria por homens, mas havia também mulheres e crianças.

Não existia um mercado próprio destinado às crianças escravas, mas por certo, algumas transações de vendas e compras aconteciam durante as fases das grandes embarcações, em especial, com pessoas na fase final da infância (GOES; FLORENTINO, 2006). A taxa de mortalidade entre as crianças escravas era muito elevada e "aqueles que escapavam da morte prematura, iam aparentemente perdendo os pais. Antes mesmo de completarem um ano de idade, uma entre cada dez crianças não possuíam nem pai e nem mãe" (GOES; FLORENTINO, 2006, p. 180). Elas eram, na maioria das vezes, retiradas dos seus pais através de doações nas quais famílias escravas eram divididas como bens de algum Senhor falecido e, de maneira forçada, abruptamente retiradas de seus pais e encaminhadas para diversos destinos crescendo sem a presença destes. Crescendo com seus pais ou não, as crianças escravas eram iniciadas no trabalho aumentando gradativamente seu valor no mercado ao passo que suas habilidades se afirmavam (GOES; FLORENTINO, 2006):

> Por volta dos 12 anos, o adestramento que as tornava adultos estava se concluindo. Nessa idade, os meninos e meninas começavam a trazer a profissão por sobrenome: Chico Roça, João Pastor, Ana Mucama. Alguns haviam começado muito cedo [...] Entre os quatro e os 11 anos, a criança ia tendo o tempo paulatinamente ocupado pelo trabalho que levava o melhor e o mais do tempo, diria Machado de Assis. Aprendia um ofício e a ser escravo: o trabalho era o campo privilegiado da pedagogia senhorial (GÓES; FLORENTINO, 2006, p. 184-185).

Segundo Góes e Florentino (2006), as punições às crianças escravas também se faziam através dos suplícios, diferente das que eram empregadas aos pais para correções. Quando destinado aos pequenos, era "feito de pequenas humilhações e grandes agravos. Houve crianças escravas que sob ordens de meninos livres, puseram-se de quatro e se fizeram de bestas" (GÓES; FLORENTINO, 2006, p. 186).

Luiz Mott (2010), ao analisar os arquivos secretos da Inquisição de Lisboa, nos apresenta a crueldade cometida na segunda metade do século XVIII pelo mestre de campo brasileiro, Garcia D'Ávila Pereira Aragão, herdeiro da família Garcia D´Ávila, que chegou ao Brasil no século XVI. Pereira Aragão, era o homem mais rico do Brasil e famoso por torturar barbaramente seus escravos, às vezes até a morte, incluindo crianças. Tudo isso ocorria com a conivência da Igreja Católica. Mott (2010), no texto, **Tortura de Escravos e Heresias na Casa da Torre**[18], apresenta as perversidades cometidas a mando do Garcia D´Ávila Pereira Aragão, ou cometidas por ele mesmo:

> Negros e mestiços tão desafortunados, cujos gemidos, urros de dor, litros de sangue derramados debaixo do chicote, cicatrizes terríveis, queimaduras infernais, permaneceram ocultos e abafados por mais de duzentos anos. Publicando as barbaridades deste senhor de escravos, quero demonstrar meu respeito e solidariedade para com estas criaturas massacradas: como o negrinho Arquileu, que tendo apenas quatro anos, quase morreu debaixo do chicote de seu terrível senhor, simplesmente porque um passarinho picou o figo de que ele devia tomar conta (MOTT, 2010, p. 72)

É também neste período (segunda metade do séc. XVIII) que se iniciam novos modelos de atenção à criança, sobretudo, a criança pobre, mas é somente no séc. XIX, durante o Império é que surgem novos modos de lidar com as punições, incluindo pela

[18] Casa da Torre é considerada o único castelo rural da América Portuguesa, que pertenceu a família Garcia D´Ávila durantes os séculos XVI-XVIII, localizada no litoral de Tatuapara, Bahia.

primeira vez na história do país, leis penais específicas destinadas às crianças e adolescentes.

2.3 – O IMPÉRIO E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

Ribeiro (2006) menciona em seu artigo sobre a **História da Saúde Mental Infantil** que, a partir da urbanização das cidades brasileiras no Séc. XVIII, surgiu a demanda por mais atenção às questões médicas, como higiene e outros cuidados iniciando, assim, uma mudança ainda que lenta, no olhar em relação à criança. Entretanto, é somente no século XIX que se inicia a institucionalização dos saberes médicos e psicológicos aplicados à infância e é quando podemos obter mais registros sobre que cuidados eram reservados à criança (RIBEIRO, 2006).

O século XVIII é também marcado por transformações sociais relacionadas às crianças pobres, sobretudo as brancas. As rodas dos expostos[19], que tiveram sua origem ainda na Idade Média, na Itália, começaram a existir no Brasil no século XVIII, ainda no período colonial, ultrapassando os tempos, passando pelo império e república, tendo tardiamente o seu fim na metade do século XX. No entanto, a roda dos enjeitados, como também era conhecida, "cumpriu importante papel. Quase por século e meio foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada em todo o Brasil" (MARCILIO, 2003, p. 53). Com o intuito de evitar que as pessoas que não pudessem ou não desejassem criar seus filhos os abandonassem pelas ruas e lixos, a roda dos expostos foi instituída em caráter de caridade, mantendo o anonimato de quem nelas deixava as crianças. Inicialmente, no Brasil, foram implantadas três rodas dos expostos, "em suas cidades mais importantes: a primeira em Salvador, logo a seguir outra no Rio de Janeiro e última em Recife. Todas no século XVIII" (MARCILIO, 2003, p. 54).

Segundo Maria Luiza Marcilio (2003), com a chegada do século XIX, o Brasil recebe influência, por meio da filosofia das luzes, de uma nova concepção de medicina, que é a medicina higienista, das "novas formas de filantropia e do liberalismo diminuindo drasticamente as formas antigas de caridade e solidariedade para com os

[19] "O nome da roda provém do dispositivo onde se colocavam bebês que se queriam abandonar. Sua forma cilíndrica, dividida ao meio por uma divisória, era fixada no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior e em sua abertura externa, o expositor depositava a criancinha que enjeitava. A seguir, ele girava a roda e a criança já estava do outro lado do muro. Puxava-se uma cordinha com uma sineta, para avisar a vigilante ou rodeira que um bebê acabava de ser abandonado e o expositor furtivamente retirava-se do local, sem ser identificado" (MARCILIO, 2003, P. 57).

mais pobres e desvalidos" (MARCILIO, 2003, p. 67). Mesmo persistindo em poucas cidades a roda de expostos, no século XIX, foram criadas inúmeras instituições de proteção à infância desamparada. A partir da Independência do Brasil (1822), os juristas começavam a apontar a indispensabilidade de se criar uma legislação específica para os menores de idade (RIZZINI, 2009). A primeira lei penal no Brasil Império relativa aos menores de idade aparece no Código Criminal de 1830, representando um avanço para época por romper com as decisões do Rei de Portugal e com as severas punições aos menores impostas pela coroa, estabelecendo novos parâmetros em relação a menor idade penal.

> D. Pedro, por Graça de Deus, e Unanime Acclamação dos Povos, Imperador Constitucional, e Defensor Perpetuo do Brazil: Fazemos saber a todos os Nossos subditos, que a Assembléa Geral Decretou, e nós queremos a Lei seguinte: Codigo criminal do Imperio do Brazil. Parte primeira: *Dos Crimes, e das Penas.* Titulo I - *Dos Crimes*. Capítulo I: *Dos Crimes, e dos Criminosos.* Art. 10. Tambem não se julgarão criminosos: 1º. Os menores de quatorze annos. (BRASIL, Lei de 16 de dezembro de 1830).

Em caso da comprovação de que um menor de 14 anos cometeu algum tipo de crime de maneira intencionável, a lei ressalta que:

> Se se provar que os menores de quatorze annos, que tiverem commettido crimes, obraram com discernimento, deverão ser recolhidos as Casas de Correção, pelo tempo que o Juiz parecer, com tanto que o recolhimento não exceda a idade de dezasete annos (BRASIL, Lei de 16 de dezembro de 1830).

Sobre o avanço histórico dessa lei, Rizzini (2009, p;100) postula que:

> Apesar da menoridade constituir um atenuante à pena desde as origens do direito, crianças e jovens eram severamente punidos antes de 1830, sem maior discriminação em relação aos delinquentes adultos. Basicamente o que vai considerar na lei de 1830 é o estabelecimento da responsabilidade penal para menores de 14 anos.

É importante salientar que essa mesma lei faz uma outra mudança radical para época em relação aos loucos e à criminalidade no Art. 10, § 2º:

> Não serão julgados criminosos: Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime" (BRASIL, Lei de 16 de dezembro de 1830).

Vale ressaltar que, mesmo com esse avanço, a loucura já começa a ser compreendida no século XIX no mundo e no Brasil sob a forma de um instrumento forte de poder e com um corte ideológico, racista por parte dos médicos higienistas e psiquiátricos. Segundo Marcelo Veras (2017), no Brasil escravocrata a partir 1850, se diagnosticou a *Drapetomania* nos escravos, uma doença psiquiátrica que fazia com os escravos tivesse vontade de fugir, sendo tratados com métodos de tortura como contenção (amarrados), amputação de membros do corpo, banhos frios e chicotadas. Esse diagnóstico foi proposto pelo psiquiatra norte americano, Samuel A. Cartwright (1793–1863), o qual afirmou que somente as pessoas descendentes dos africanos tinham essa doença mental que precisava ser corrigida pelos métodos de tratamento supracitados. Ainda segundo Veras (2017), existia um outro diagnóstico muito presente no Brasil nesse período, também proposto por Samuel A. Cartwright, que se chamava *Disestesia Etiópica*, uma doença que fazia com que os escravos não conseguissem entender o sentido de propriedade que os patrões tinham sobre eles.

No tocante à criança escrava, por exemplo, é somente a partir de 1850 que se começa a pensar uma legislação para a livre condição de existir dos filhos de escravos. Mas, apenas em 28 de setembro de 1871 é que vai ser implantada a mais importe lei a esse respeito, A Lei Nº. 2.040, conhecida como a Lei do Ventre Livre. (RIZZINI, 2009). A lei diz que:

> Declara de condição livre os filhos de mulher escrava que nascerem desde a data desta lei, libertos os escravos da Nação e outros, e providencia sobre a criação e tratamento daquelles filhos menores e sobre a libertação anual de escravos" (Lei de 28 de setembro de 1871).

Dessa maneira, mesmo com alguns avanços jurídicos para a época, no século XIX ainda era muito presente o preconceito racial na sociedade brasileira, o que não deixou de trazer reflexos relação à psiquiatria.

2.4 – O NASCIMENTO DO MANICÔMIO NO BRASIL

Segundo o psiquiatra Jurandir Freire Costa, no livro **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico** (2006), até a segunda metade do século XIX os doentes mentais brasileiros não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica. Em 1841, após forte campanha a partir de 1830 movida pela elite carioca, cientistas, psiquiatras, higienistas e a Santa Casa de Misericórdia do Rio Janeiro (que recebia os alienados/loucos), o Império autoriza através do decreto nº 82, do dia 18 de julho, a criação do Hospício Pedro II, que começou a ser construído no ano seguinte em 1842 e foi inaugurado após dez anos em dezembro de 1852. O decreto nº 1077, de 04 de dezembro de 1852, faculta a administração do hospício aos gestores da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro:

> Art. 1º O Hospicio de Pedro Segundo, fundado por Decreto de 18 de Julho de 1841, debaixo da Augusta Protecção de Sua Magestade o Imperador, he destinado privativamente para asylo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Imperio, sem distincção de condição, naturalidade e religião. [...] Art. 3º A Administração do Hospicio de Pedro Segundo, he confiada a tres Irmãos da Santa Casa da Misericordia, servindo hum de Escrivão, outro de Thesoureiro, e outro de Procurador, nomeados annualmente pela Mesa da mesma Irmandade, e a ella subordinados, debaixo da superintendencia, que pelo Compromisso compete ao Provedor. As attribuições e deveres dos sobreditos Administradores serão regulados no Regimento interno do referido Hospicio. Art. 4º O serviço do Hospicio de Pedro Segundo divide-se em economico, sanitario e religioso (BRASIL, Decreto nº 1077, de 04 de dezembro de 1852).

Apesar de ser uma instituição criada para receber os alienados, o Pedro II também recebia indigentes, marinheiros de navios mercantes, senhores de escravos e, eventualmente, crianças e jovens em caráter transitório, dentre outros perfis. Um pouco mais tarde, no Rio Grande do Sul, em 1884, no dia 24 de junho, foi inaugurado o Hospício São Pedro que, segundo Trevizani e Silva (2014), desde o seu projeto inicial, o Hospício São Pedro tinha a intenção de acolher crianças e adolescentes anormais, na sua maioria crianças pobres e indigentes.

A partir desse período, é espalhada pelo Brasil uma série instituições que não só prestavam assistência população adulta, como também às crianças e jovens. “Em 1887, a cidade do Rio de Janeiro possuía uma lista considerável de estabelecimentos de abrigo e educação para menores desvalidos, de caráter público ou particular” (MARCILIO,

2003, p. 78). Eram os tempos que anunciavam uma promessa de um novo Brasil, era chegada a hora do rompimento com o Império e de adotar de um outro modelo político.

Com a Proclamação da República em 1889, surge o discurso dos militares, - representados na figura do Marechal Deodoro da Fonseca, primeiro presidente do governo transitório; da Igreja Católica, que andava com seus poderes ameaçados por diversas interferências de Dom Pedro II nas decisões eclesiásticas; dos proprietários de terra ressentidos com o fim da escravidão e que se organizaram fortemente contra a monarquia e, por fim, parte da classe média urbana, que ansiava por maiores participações e decisões políticas. Era o discurso em prol da mudança, da melhoria, da liberdade e, sobretudo, da esperança e da ordem. Segundo o documento da Proclamação de 15 de novembro de 1889 (assinado por Marechal Deodoro da Fonseca, Aristides da Silveira Lobo – Ministro do Interior; Ruy Barbosa – Ministro da Fazenda e, interinamente, da Justiça; Tenente-coronel Benjamin Constant Botelho de Magalhães – Ministro da Guerra e Chefe da Esquadra; Eduardo Wandenkolk – Ministro da Marinha; Quintino Bocayuva – Ministro das Relações Exteriores e, interinamente, da Agricultura, Comércio e Obras Públicas), "como resultado imediato desta revolução nacional, de caráter essencialmente patriótico, acaba de ser instituído um Governo Provisório, cuja principal missão é garantir, com a ordem pública, a liberdade e os direitos dos cidadãos" (BRASIL, Jornal do Senado, 16 de novembro de 1889, p.1).

O Jornal do Senado do dia 16 de novembro de 1889, portanto, no dia seguinte à Proclamação, já trazia a contradição do nupérrimo governo em que a liberdade estaria muito mais ligada a um discurso que, de fato, a uma prática política de governo. "Proclamação tranquiliza povo, mas decreto ameaça com intervenções. Dois primeiros atos da República têm tons contraditórios. Mensagem à população diz que governo garantirá liberdades. Províncias, agora estados, são obrigadas a adotar novo regime" (BRASIL, Jornal do Senado, 1889, p.2). Os artigos 11 do Decreto nº1 da República, assinado por todos os nomes que compunham o governo, cujo redator principal é o jovem advogado baiano Ruy Barbosa, traziam um tom absolutista:

> Decreta (ou seja, impõe a norma sem discussão) a validade do regime em todas as províncias, sem direito a contestação. O Governo Provisório não reconhece nem reconhecerá nenhum governo local contrário à forma republicana, aguardando, como lhe cumpre, o pronunciamento definitivo do voto da nação, livremente expressado pelo sufrágio popular (BRASIL, Jornal do Senado, 16 de novembro 1889, p.2).

O Jornal do Senado, no artigo sexto, chama atenção ainda para o caráter autocrático do Governo:

> Enquanto promete a realização de eleições de um "Congresso Constituinte', o decreto também acena com intervenções militares nos estados "onde faltem ao Governo local meios eficazes para reprimir as desordens e assegurar a paz e tranquilidade públicas". "Efetuará o Governo Provisório a intervenção necessária para, com o apoio da força pública, assegurar o livre exercício dos direitos dos cidadãos e a livre ação das autoridades constituídas" (BRASIL, Jornal do senado, 16 de novembro 1889, p.3).

A república brasileira nasce de um golpe militar e por razões à sua própria natureza de formação, mantém no seio de suas políticas e práticas a questão disciplinar, fazendo da norma e padrões comportamentais, a conduta necessária para manter a ordem social. Ela não disciplina apenas corpos e comportamentos, mas também ideologias. Busca-se docilizar os corpos, mantê-los adestrados, condicionados a respostas consideradas corretas para o Estado. Será uma prática disciplinar que influenciará quase todo o século XX no Brasil, nos diversos campos controlados pelo governo, como escolas, hospitais, famílias, prisões, organizações sociais e espaços asilares como os hospitais psiquiátricos, dentre outros. O hospital psiquiátrico e o internamento ganham força no discurso popular e científico como um espaço ideal e singular no tratamento das pessoas com transtornos mentais. "A prática de internamento designa uma nova reação à miséria, novo patético – de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência" (FOUCAULT, 2012, p. 56). E quem escapava a ordem, o que acontecia? E os loucos? E as crianças?

No ano de 1890, um ano após a proclamação, o Hospcio Dom Pedro II passa a ser chamado de Hospital Nacional dos Alienados. Em 1899, em pleno desenvolvimento da República, na porta da virada do século, o corte ideológico racial ainda se mantinha fortalecido dentro das ciências da psique humana. O psiquiatra brasileiro Nina Rodrigues (1862-1906), publica um artigo intitulado **Mestiçagem, degenerescência e crime**, em que postula de que havia uma predisposição natural dos negros ao efetuar crimes. Segundo Christian Dunker (2016), Nina Rodrigues propõe que o Brasil só pode dar certo, caso se torne um povo branco; que o Brasil precisa se branquear, porque à medida em que ele vai se misturando, vai se patologizando, ou seja, o cruzamento das

raças não é só moralmente rechaçado, como, também é indesejado pela psiquiatria defendida por Rodrigues. Lilia Moritz Schwarcz (1993) destaca que intelectuais brasileiros defendiam no país e Europa no fim do séc. XIX que em um século o Brasil encontraria, enfim, uma saída e solução para o branqueamento e o fim da mestiçagem. Segundo o próprio Nina Rodrigues (2008), o cruzamento das raças entre brancos, índios e negros, carrega maior "propensão às doenças mentais, às afecções graves do sistema nervoso, à degenerescência física e psíquica é das mais acentuadas" (RODRIGUES, 2008, p. 1555). É preciso um outro século para anunciar o rompimento com as heranças racistas e malditas? Um novo tempo para as políticas públicas destinadas às crianças e jovens?

De fato, o fim do século XIX anuncia o novo século como o início de uma "nova fase assistencialista filantrópica, que foi preponderante entre nós até bem recente, nos anos de 1960" (MARCILIO, 2003, p. 78). Mas, cabe salientar que com a criação de novos modos de lidar com a infância, novos mecanismos de disciplina,

> mudanças sucessivas nos métodos de internação para as crianças e jovens deslocando-se dos orfanatos e internatos privados para a tutela do Estado, e depois retornando a particulares, praticamente deixaram inalteradas a condições de abandono (PASSETTI, 2006, p. 347).

Também no século XX se consolida, "em nome da preservação da ordem social, da educação estatal obrigatória, da necessidade de integrar crianças e jovens pobres pelo trabalho, o zelo por parte do Estado pela defesa da família monogâmica e estruturada" (PASSETTI, 2006, P. 347). Em meio a estas intenções, acontece a grande expansão dos manicômios é possível perceber também a ocorrência de uma psiquiatrização da infância (a partir da qual apareceram diagnósticos psiquiátricos para pessoas nesta fase da vida), mas também são verificadas muitas lutas por leis que viessem a garantir os direitos das crianças e dos adolescentes.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA NO BRASIL

Nessa parte da dissertação, iremos apresentar o surgimento das políticas públicas para a infância no Brasil, a internação de crianças em hospícios e o aparecimento dos diagnósticos psiquiátricos a partir da psiquiatrização da infância. Traremos o advento de uma psiquiatria racista e preconceituosa, reforçada pelo surgimento da Liga Brasileira de Higiene Mental, além de dissertar a respeito da criança internada, institucionalizada e aprisionada. Concluiremos essa seção demostrando os horrores das crianças nos manicômios e os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica a partir dos anos de 1970, culminando em leis importantes para a saúde mental, até a implantação dos CAPS e outros equipamentos no Brasil, como centros de tratamento dos sofrimentos mentais, substitutivos dos modelos asilares, além de trazer referências ao panorama da atualidade das políticas de saúde mental infantil.

3.1 – A CRIANÇA IDIOTA E A PSIQUIATRIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Em 1904, no Hospício São Pedro, no Rio Grande do Sul, uma menina de 08 anos foi internada, encaminhada pela força de polícia. Em seu prontuário, consta que os motivos do encaminhamento foram:

> Idiotismo, enquanto que em seu diagnóstico aparece oligofrenia[20], idiotia/infelicidade e degeneração. Junto ao diagnóstico, está presente a caracterização linfática fraca, e ainda, constam as informações de que é solteira, de cor branca e pertencente à 4ª classe (SILVA; HARTMANN; SCISLESKI; PIRES, 2008, p. 451).

Desde meados do século XIX, de acordo com Seguin *apud* Foucault (2002), a criança idiota era considerada como uma pessoa que sofreu a interrupção do seu desenvolvimento, o que a diferenciava da criança retardada (a qual, por sua vez, mostrava desenvolvimento mais lento em comparação a outras de sua faixa etária).

Os primeiros internamentos de crianças e adolescentes no Brasil, tanto no São Pedro no Sul, como no Pedro II no Rio de Janeiro, ocorriam sob natureza semelhante ao ocorrido com essa menina. Através do diagnóstico do prontuário da criança, é possível perceber de que parece muito mais uma patologia orgânica, física, que de fato um transtorno mental. Mas, é justamente a criança retardada da segunda metade do século XIX que fornecerá a base inicial para as diversas categorias, enquadramentos, diagnósticos e expansão da psiquiatria.

Foucault, no livro, **O Poder Psiquiátrico** (2006), postula que a psiquiatrização da infância surge como acontecimento anterior ao poder psiquiátrico, a loucura de fato, ou seja, foi da necessidade de enquadrar a criança não louca a um padrão de normalidade que resultou no nascimento das psicopatologias em geral e, daí, a categorização em massa dos transtornos mentais. “Parece-me que essa difusão do poder psiquiátrico realizou-se a partir da infância, isto é, a partir da psiquiatrização da infância [...] foi muito mais a criança que o adulto” (FOUCAULT, 2006, p. 255). Além disso,

> [...] a psiquiatrização da criança passou por outro personagem: a criança imbecil, a criança idiota, a que logo será chamada de criança retardada, isto é, a que se tomou cuidado [...] foi por intermédio da criança não-louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir

[20] Termo da época para designar o retardo mental. Oligfrenia é caracterizada por comprometimento leve, moderado ou grave das funções cognitivas, de linguagem, motricidade e comportamento social. A tríade Oligofrênica é composta por: debilidade, imbecilidade e idiotismo. Atualmente, o termo utilizado é: Portadores de necessidades especiais.

> daí, que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico. (FOUCAULT, 2006, p. 257).

Sendo assim, “é preciso assinalar que a história da criança anormal é a história das múltiplas práticas de objetivação, cujo começo tem data recente” (LOBO, 2015, p. 211). Portanto, é dada a partida para um século XX assinalado por diagnósticos psiquiátricos tão abrangentes que fica difícil escapar aos enquadramentos clínicos. No caso da menina de 08 anos no São Pedro, por exemplo, o diagnóstico e a descrição dos sintomas são tão amplos que parece uma tentativa de esgotar todas as possibilidades de a criança escapar à algum tipo de normalidade. É utilizado o termo “infelicidade”, que “nesse caso, poderia ser tanto uma caracterização de cunho moral, atravessada pelos valores da vida social e cultural da época, quanto um aspecto associado à doença orgânica” (SILVA; HARTMANN; SCISLESKI; PIRES, 2008, p. 451).

Outro fator importante que aparece fortemente na psiquiatria do século XIX e que marcará o modelo de criança anormal é a distinção entre a cura e a incurabilidade das doenças psiquiátricas. Para Lília Lobo (2015), essa diferença aparece inicialmente entre o louco e o idiota, já que a loucura evolui, pode agravar-se ou até evoluir para uma cura, enquanto a idiotia é concludente e incurável. Outra distinção ainda segundo Lobo (2015), é entre o idiota e o demente, visto que a demência é quase incurável, mas é tardia, acidental, “resultado da evolução de delírios e guarda restos de inteligência do passado; o idiota não tem passado porque seu tempo de desenvolvimento parou sem deixar rastro” (LOBO, 2015, p. 202-203). Ou seja, como no caso da menina de São Pedro, a idiotia era uma enfermidade gravíssima que afetava não só o cérebro, mas também o intelecto, o comportamento moral, tornando-se incurável.

Para Foucault (2006), até o século XIX, o idiotismo era tido como uma alteração profunda nas funções lesadas, era “a forma, absoluta, total da loucura. A vertigem da loucura” (FOUCAULT, 2006, p. 259). É somente a partir do século XIX que a idiotia foi postulada como uma doença da infância enquanto a loucura atingia os adultos ou alguns adolescentes. Idosos com algum tipo de demência eram constantemente associados às crianças, como uma fase idiota do desenvolvimento da vida. Autores a exemplo do psiquiatra francês discípulo de Pinel, Jean-Étienne Esquirol (1776-1840), e o carioca, Costa Figueiredo postularam que a infância não era acometida pela loucura, mas sim pela idiotia quando for o caso. “Desse modo, é importante ressaltar que durante

quase todo século XIX vigorou a certeza de quem enlouquecia era o adulto ou no máximo o adolescente" (LOBO, 2015, p. 204).

Mas, é principalmente a partir dos trabalhos do psiquiatra francês, Édouard Séguin (1812-1880) que, de fato, haverá uma nova elaboração da idiotia. Passa, então, a ser uma norma "do desenvolvimento da criança que algumas não conseguiriam ultrapassar. Logo marca uma fase inicial a que toda criança está sujeita, tal como o idiota, à desordenação dos instintos" (LOBO, 2015, p. 206). Sobre isso, Foucault (2006, p.265) escreve que:

> O idiota ou retardado de Séguin é alguém, que afinal de contas, não saiu da normalidade, ou antes, ele se situa num grau menor dentro de algo que é a própria norma, isto é, o desenvolvimento da criança. O idiota é um tipo de criança, não é um doente [...] Assim, vocês estão vendo que a idiotia ou o retardo mental não podem ser considerados exatamente como desvios doentios, mesmo que, afinal de contas, fosse de fato uma doença, ou algo como uma enfermidade, uma lesão orgânica que os provocou. São Variedades temporais, variedades de estágio no interior do desenvolvimento da criança.

Ao reformular o conceito de idiotia, Séguin realizou a universalização das etapas do desenvolvimento da criança, trazendo a idiotia como uma fase que precisa ser ultrapassada por todas as crianças para que evoluam sem danos psíquicos até as etapas seguintes do desenvolvimento da vida. Ele recomendou também uma terapêutica para as crianças idiotas e retardadas através da educação, visto que a idiotia deixava de ser uma doença que inviabilizava o aprender. "A única maneira de curar um idiota, um retardado, é lhes impor a própria educação, claro que com algumas variações e especificações de método" (FOUCAULT, 2006, p. 265). Trata-se de uma pedagogia mais radical e com princípios morais, na qual prevalecerá o controle absoluto do mestre sobre as vontades do idiota, já que na idiotia a vontade era puramente instintiva. Era preciso controlar esses instintos por meio de um tratamento moral autoritário. Segundo Lobo (2015), ao idiota faltariam dimensões da vontade intelectual e moral. "Ele é uma vontade negativa que diz não a toda ordem, a tudo que não seja satisfação imediata dos instintos. Por isso, todo trabalho educativo deve ser eminentemente moral" (LOBO, 2015, p. 207). Ou seja, uma educação que impera o autoritarismo do mestre em relação a vontade da criança idiota no intuito de conter os instintos que seriam a causa da desordem por fazer com que a criança extrapole os valores morais e seja, assim, entendida como uma vida errante.

A criança louca que não é a idiota, retardada, mas a que sofre de algum tipo de doença mental, aparece no século XIX na França. Seu enfoque, entretanto, é limitado, em geral, ao tratamento em clínicas particulares e não nos espaços asilares. São filhas e filhos de famílias abastadas, que não têm tanta evidência na psiquiatria como a criança idiota. "A criança louca aparece, creio, bem tarde no século XIX, vemo-la emergir em torno de Charcot[21], isto é, em torno da histeria por volta dos anos de 1880" (FOUCAULT, 2006, p. 256). Portanto, ela não fora fortemente capturada pelo discurso e tratamento da psiquiatria moralista como a criança idiota. Sendo assim, Foucault (2006) acredita que a psiquiatrização da criança e da infância, "por mais paradoxal que seja, não passou pela criança louca ou pela loucura da infância, mas por outro personagem: a criança idiota [...] a criança que se tomou o cuidado" (FOUCAULT, 2006, p. 257). O filósofo avança em suas conclusões: "Foi por intermédio da criança não-louca que se fez a psiquiatrização da criança, e, a partir daí, que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico" (FOUCAULT, 2006, p. 257).

A generalização do poder psiquiátrico avançará pelo século XX, com um vasto catálogo de classificações internacionais dos transtornos mentais, medicalizações e internações então sem precedentes na história da psiquiatria, inclusive, relacionado às crianças e adolescentes. Estes enquadramentos e capturas das singularidades farão do século XX no Brasil o grande espaço-tempo dos muros que violentariam vidas de crianças e adultos com sofrimento mental.

O século XX, vai sofrer forte influência das ideias de cientistas e intelectuais do século XIX, no que diz respeito à questão da mestiçagem associada a problemas de saúde já citados na seção anterior. Essas ideias racistas vão reverberar na área da psiquiatria, que vai afirmará o vínculo da condição da cor negra à predisposição aos transtornos mentais.

3.2 – A LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL: UMA PSIQUIATRIA DA EUGENIA RACISTA

[21] Jean-Martin Charcot (1825-1893), é um médico e cientista francês que foi muito famoso no século XIX por trabalhar com a Histeria através da hipnose. É o primeiro cientista que retira a Histeria como um fenômeno exclusivamente feminino e a coloca enquanto uma Instância Psíquica que acomete ambos os sexos. Charcot influenciou uma série de pensadores na segunda metade do século XIX, entre eles, Sigmund Freud (1856-1939).

No conto de Machado de Assis (1839-1908), **O Alienista**, escrito em 1881 e publicado em 1882, o médico Simão Bacamarte chega ao Brasil, vindo da Europa e vai para a pequena vila de Itaguaí. Lá, se dedica em demasia aos estudos das doenças mentais, se tornando, portanto, um Alienista, especialidade que atende a população com problemas nas faculdades mentais. Bacamarte é um médico da segunda metade do século XIX descrito na seção anterior, o qual acredita que a mistura inadequada das raças produzirá insanidades, a ponto de dizer que escolheu a D. Evarista para ser sua esposa por conta dos aspectos físicos e mentais. O médico justificou que ela "reunia condições fisiológicas e anatômicas de primeira ordem [...] estava assim apta para dar-lhe filhos robustos, sãos e inteligentes" (ASSIS, 2014, p. 20). Bacamarte, convence o poder público da pequena cidade a implantar uma Casa de Orates (Hospício), chamada de Casa Verde. A novidade é um sucesso inicial na cidade, mas logo a população se revolta com o Alienista, o questionando acerca do crescimento populacional dos internos da Casa. Em certa feita, um dos pacientes, de nome Costa, o questiona por quais motivos ele se encontra internado na Casa, inclusive o mesmo questionamento foi realizado pelas pessoas que iam visita-lo. Procurado, Bacamarte responde a todos como um médico positivista da época, que "aprovava esse sentimento de compaixão, mas acrescentava que a ciência era a ciência e que ele não podia deixar na rua um mentecapto" (ASSIS, 2014, p. 40). Bacamarte passa a ser perseguido por políticos e por parte da população mas, em um segundo momento do conto, outro grupo de políticos assumem a cidade e o Alienista ganha mais força que nunca. "Daí em diante foi uma coleta desenfreada [...] Tudo era loucura [...] depois da nova ordenação municipal, deu à Casa Verde uma multidão de inquilinos" (ASSIS, 2014, p. 71).

Machado de Assis faz contundentes críticas ao modelo de psiquiatria que estava se formando no Brasil no final do século XIX, em especial no Rio de Janeiro, cidade onde o escritor residia. Bacamarte diagnosticava tudo o que fosse possível de comportamentos fora da moral normativa vigente, raça, mulheres e isolava as pessoas capturadas por essa ferramenta nova de poder: O diagnóstico. O Alienista buscou uma ascética social, uma tentativa de expurgar a sociedade, um típico médico higienista de sua época, como Nina Rodrigues, dentre outros e que influenciou o final do séc. XIX e a primeira metade do século XX.

Em 1903, o presidente da República, Rodrigues Alves propõe uma reformulação na assistência psiquiátrica e nomeia para diretor do Hospital Nacional dos Alienados, Juliano Moreira (COSTA, 2006) que, de fato, traz um novo ímpeto à assistência

psiquiátrica, inclusive, com participação direta (influência) na primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados de 1903. Mas, mesmo Juliano Moreira, mais tarde, sob a influência da psiquiatria biologicista francesa, compõe com outros psiquiatras e cientistas, além de discípulos, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), é fruto do clima psiquiátrico higienista e racista que pairava no Brasil nas primeiras três décadas do século XX.

O biologismo era a questão fundamental para entender o adoecimento das faculdades mentais. Para esta corrente, "os fenômenos psíquicos e culturais, explicavam-se, unicamente pela hipótese de uma causalidade biológica" (COSTA, 2006, p. 36). A Liga congraçava com a ideia que a mistura de raças trazia problemas mentais mais severos porque acreditava que os negros tinham maior predisposição às doenças mentais e/ou patologias outras que poderiam acarretar a alienação, como sífilis e alcoolismo.

> Desde o início do século XX, e em particular nos anos 30, a psiquiatria brasileira deu importância à incidência e a prevalência dos diversos tipos de doença mental e sua distribuição étnica. Pode-se averiguar deste modo, neste período, à população negra e mestiça era muito mais atingidas pelas doenças mentais de origem toxinfecciosa (sífilis, alcoolismo) que a população branca [...]Os psiquiatras tinham nas estatísticas um pretexto para confirmar o preconceito racial (COSTA, 2006, 11-112).

Portanto, a eugenia racista que fundamentou a psiquiatria organicista da época, se mostrou ineficaz nos casos clínicos que necessitavam de leituras socioculturais e psicossociais, já presentes na psicologia da época, como Freud (**Totem e Tabu**, 1914; **Psicologia das Massas**, 1921; **O Mal-Estar na Civilização,** 1930) e Vygotsky (1896-1934) (**A formação Social da Mente)**.

No Brasil, a primeira geração do Movimento Modernista Brasileiro (1922-1930), insurge contra essa onda eugenista da psiquiatria vigente. Oswald de Andrade (1890-1954), por exemplo, influenciado pela psicanálise, especialmente por **Totem e Tabu,** lança o **Manifesto Antropofágico** (1928), em que o autor convoca o povo brasileiro a romper com as tradições europeias, as quais afastam o povo de suas próprias condições culturais, aprisionam o brasileiro a uma realidade que não lhe serve, pois não o aceita como é, índios, negros e brancos, uma mistura por todos os lados. Oswald de Andrade propõe que ele consuma a cultura de libertação da mente, do corpo, das verdades universais, uma antropofagia "que traz em si o mais alto sentido da vida e evita todos os

males identificados por Freud, males catequistas" (ANDRADE, 1976, p. 6). Diz, ainda, que só rompendo com os ideais catequistas herdados dos europeus, como os pecados, a codificação e enquadramento dos comportamentos humanos, é que nos libertaremos das patologias psíquicas e afirma que é preciso ir "contra a realidade social, vestida e opressora, cadastrada por Freud - a realidade sem complexos, sem loucura e sem penitenciárias" (ANDRADE, 1976, p. 6).

3.3 – A CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA NO SÉCULO XX

INTERNAMENTOS E PRISÕES

No início do século XX, as políticas públicas destinadas às crianças brasileiras estavam ligadas a dois eixos que envolvem a pobreza. Utilizando uma expressão de Rizzini (1997), o governo estava atento ao menor em perigo e ao menor perigoso, ou seja, políticas voltadas ao menor pobre, abandonado e o menor delinquente, anormal. As políticas públicas destinadas às crianças e aos adolescentes nesse período estavam muito mais voltadas para vigiar e punir que, realmente, criar estratégias de proteção social. "A institucionalização de crianças no Brasil foi realizada através de instituições do campo da assistência social e filantropia, fora do sistema tradicional psiquiátrico" (COUTO; DELGADO, 2015, p. 26). Ainda seguindo essa lógica, "a designação dos processos de exclusão, tanto dos menores quanto dos loucos, é através do uso de um mesmo mecanismo, o de institucionalização" (COUTO; DELGADO, 2015, p. 26). Para Rizzini (2010), havia uma espécie de silenciamento dessas vidas nos novos mecanismos de políticas públicas. "Hoje compreendo que nas instituições algumas crianças portadoras de deficiência eram percebidas de forma difusa, ficavam confundidas entre as demais, genericamente percebidas como vítimas de "carência afetiva" (RIZZINI, 2010, p. 7) e "estavam condenadas ao confinamento perene. Dotadas de uma expressividade não compreendida – ou mesmo percebida – elas eram encaminhadas para o silêncio e para o esquecimento" (RIZZINI, 2010, p. 7).

Esse novo modo de amparo às crianças que se inicia no século XX traz em seu funcionamento os dispositivos de disciplinarização e punição que as acompanham desde

a colonização, só que agora com novos modos mais abrangentes e interligados para enquadrar os jovens. Nada parece escapar. Segundo Públio (2016):

> As metas desse projeto de sociedade eram definidas pela prevenção (afastar as pessoas pobres do ambiente de rua), educação (moldá-las para a inserção no mercado de trabalho), recuperação (reabilitá-las do vício e do ócio) e repressão (conter a delinquência e a marginalidade) [...] Nesses novos espaços, as crianças seriam enquadradas pelos mais diversos motivos e, de posse desses motivos, seriam então objeto de estudos e intervenções. Depois de passarem por extensos questionários e relatórios, essas crianças eram enviadas às instituições e classificadas, levando em consideração peso, estatura, origem familiar. Quando constatada alguma deformidade física ou psíquica, eram logo separadas do convívio com outras crianças, pois despertavam mais curiosidades por parte dos pesquisadores, pois certos traços físicos ou certos desajustes psíquicos poderiam indicar o delinquente nato (PÚBLIO, 2016, p. 26-31).

A primeira sessão realizada no congresso nacional no século XX para discutir a questão da criança e do delinquente abandonado foi no dia 31 de outubro de 1906. Segundo Rizzini (2009), em termos de lei, somente foi em 19 de junho de 1908 com o intitulado “Dos casos de internação” que o governo começa de fato a se preocupar em criar colônias de correções. Outro projeto de lei foi apresentado em 1912, seis anos após a primeira discussão (RIZZINI, 2009). A demora em resolver o “problema” da internação era um dos motivos dos intervalos de tempo de um projeto de lei para ou outro. Na primeira e segunda décadas do novo século no Brasil foram discutidos e apresentados diversos projetos de lei envolvendo menores de idade. Destaque para os anos 1918 e 1919, quando foram criadas e organizadas pelo Ministério da Cultura as fazendas-modelo para educação de menores e desvalidos (RIZZINI, 2009).

Em 1921, em Genebra na Suíça, vários países assinaram um tratado que ficou conhecido como Sociedade das Nações, resultando na Declaração dos Direitos da Criança. Em 1922, “o tema ganha ampla dimensão ao ser objeto do I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância [...] De 1923 a 1927, sem dúvida o período mais profícuo em termos de leis” (RIZZINI, 2009, p. 129-130). Em 1927, o Estado brasileiro decretou o Código de Menores (17.343/A, de 12 de outubro), “do qual constava a proibição do trabalho de crianças de até 12 anos e sua impunidade até os 14 anos. Dos 14 aos 18, as crianças poderiam ser internadas em estabelecimentos especiais” (CORRÊA, 2003, p. 81). O Estado “respondeu pela primeira vez com internação,

responsabilizando-se pela situação de abandono e propondo-se a aplicar corretivos necessários para suprimir o comportamento delinquencial" (PASSETTI, 2006, p. 347). Ou seja, "os abandonados agora estavam na mira do Estado" (PASSETTI, 2006, p. 347).

Somente 52 anos após o decreto do primeiro Código de Menores é que surge o termo biopsicossocial, em 1979 no novo Código de Menores. É nesse período também que externalizou o estereótipo de pobres como menores e menores com delinquência. O período em que expandiram e/ou surgiram os dois códigos de menores, corresponde às duas ditaduras militares brasileiras no séc. XX, Estado Novo (Era Vargas), de 1937 a 1945 e a Ditadura Militar de 1964 a 1985. Inclusive, a Lei nº 4.513 de 1º de dezembro de 1964, em que no Art 1º "Fica o Poder Executivo autorizado a instituir, dentro de noventa dias, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, que se regerá por estatutos aprovados por decreto do Presidente da República" (BRASIL, 1964). A lei Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) ficou conhecida popularmente como Febem, responsável pela internação jovens de delinquentes, com diversas denúncias aos órgãos de direitos humanos por conta dos maus-tratos, torturas e condições desumanas. Foucault (1997) diz que a prisão "se constitui fora do aparelho judiciário, quando se elaboram por todo o campo social, os processos de repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los, especialmente classificá-los, tirar deles o máximo de tempo e de forças" (FOUCAULT, 1997, p. 195). O que as prisões fazem com os internos é "treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacuna, formar em torno deles um aparelho completo de observação" (FOUCAULT, 1997, p. 195).

3.4 – CRIANÇAS E MANICÔMIOS

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O NASCIMENTO DOS CAPS

No Hospício Nacional dos Alienados, antigo Pedro II, crianças e adultos permaneceriam misturados até 1903, quando foi inaugurado um pavilhão para crianças anormais, o Pavilhão-Escola Bourneville (LOBO, 2015). No início do século XX, os expoentes de anormalidades eram centrados na infância, ou seja, "a anormalidade passou a ser uma particularidade da infância (LOBO, 2015, p. 209). Até mesmo a

idiotia, que fora descrita como uma normatividade da fase do desenvolvimento infantil, agora passa a integrar aos critérios de anormalidades. O mesmo acontecia no Hospício São Pedro no Sul, crianças eram misturadas a adultos. No dia 12 de outubro de 1903, foi inaugurado em Barbacena, Minas Gerais, o Hospital Colônia de Barbacena, o maior manicômio do Brasil.

Segundo Daniela Arbex, no livro **Holocausto Brasileiro** (2013), a falta de critérios médicos para as internações fazia com que se padronizassem uma série de coisas, inclusive, diagnósticos. Em 1911, "a estimativa era que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou perturbavam a ordem pública" (ARBEX, 2013, p. 25). Tal dado nos remete ao filme **O Bicho de Sete Cabeças** (2000), dirigido por Laís Bodanski, baseado em fatos reais descritos no livro, **Canto dos Malditos** (1990), de Austregésilo Bueno, no momento em que Neto (personagem de Rodrigo Santoro), que foi internado em um manicômio contra a sua vontade, pelo próprio pai, reivindica a sua saída e diz que nem se quer foi examinado e lhes deram medicamentos (BODANSKI, 2000, 27:34min). Seguindo esse mesmo modelo, o Hospital Colônia, se tornou o destino de "desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres [...] inclusive, insanos" (ARBEX, 2013, p. 25-26).

Segundo Arbex (2013), em 1930, com o Hospital superlotado, uma história de horror e extermínio[22] começava. Na década de 50, a superlotação da unidade chegou a números alarmantes:

> Existiam 5 mil pacientes em lugar projetado inicialmente para 200. A substituição de camas por capim, foi, então oficialmente sugerida, pelo chefe do Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica de Minas Gerais, José Consenso Filho, como alternativa para o excesso de gente. A intenção era clara: economizar espaço nos pavilhões para caber mais e mais infelizes. O modelo do leito chão, deu tão certo, que foi recomendado pelo Poder Público para outros hospitais mineiros em 1959. (ARBEX, 2013, p. 26).

Em 1924, no oeste do Estado de Minas Gerais, na cidade de Oliveira, foi inaugurado o Hospital Psiquiátrico da cidade, destinado ao atendimento de adultos de ambos os sexos que, em 1946, passou a se chamar Hospital de Neuropsiquiatria Infantil e começou a receber crianças com qualquer tipo de deficiência física ou mental, a

[22] 60 mil pessoas morreram no Hospital Colônia de Barbacena, entre mulheres, homens e crianças. O Hospital chegou a ter um cemitério próprio para dar conta da demanda de mortes dentro da unidade.

maioria repelida pela família (ARBEX, 2013). “Quando o fechamento foi anunciado em 1976, trinta e três crianças de Oliveira foram enviadas para o Colônia, em Barbacena. Esperavam resgatar, no novo endereço, a infância roubada” (ARBEX, 2013, p. 89). De fato, o endereço era novo, o espaço, a equipe técnica, porém o tratamento era metodologicamente o mesmo. Em depoimentos a Daniel Arbex (2013), uma enfermeira que trabalhos na unidade, relatou:

> Que crianças do Colônia recebiam tratamento idêntico ao oferecido pelos adultos, permanecendo, inclusive, no meio deles. Aqueles meninos sentiram na pele os maus tratos das correntes, dos eletrochoques, da camisa de força, do aprisionamento e abandono [...] como a cirurgia de lobotomia realizada em um garoto de apenas doze anos que sofria crises de epilepsia. A cirurgia foi feita em 78, quando parte do cérebro do menino foi retirada (ARBEX, 2013, p. 92).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica surge nesse período da década de 1970, a partir das grave situações de violação dos direitos humanos em manicômios, especialmente do Hospital de Colônia, chegando a receber visita de um dos grandes nomes da luta Antimanicomial no mundo, o psiquiatra italiano, Franco Basaglia[23] (1924-1980), que ficou horrorizado a situação dos internos, denunciando mundialmente o Colônia, como um dos piores hospitais psiquiátricos que ele visitou na vida, comparando-os aos campos de concentração nazista. Cabe salientar, que neste período, o Brasil enfrentava uma violenta ditadura militar que durou 25 anos, em que o Governo utilizava de métodos de perversas torturas das mais diversas, em homens, mulheres e crianças, além de brutais assassinatos às pessoas que lutavam pela democracia brasileira. Essa truculência do Governo Militar atingia fortemente os hospitais psiquiátricos, principalmente na política de hospitalização das pessoas doentes mentais, alcoolistas, dependentes químicos, ou usuários, homossexuais, travestis, entre outros e outras consideradas monstruosidades abomináveis pelo sistema. O Hospital de Colônia, só foi fechado na década de 1980.

No ano de 1978, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSTM), passa a protagonizar uma série de denúncias as violações nos manicômios, criticam os modelos eugenistas e higienistas da saúde mental, propõe um rompimento com a

[23] Foi um importante psiquiatra, que promoveu uma revolução no sistema de saúde mental na Itália, trabalhando na construção de modelos substitutivos aos manicômios. Basaglia expande suas ideias na Europa e em grande parte do mundo, incluindo o Brasil. Foi uma das maiores referências da luta Antimanicomial no ocidente.

centralização do saber e do poder médico/psiquiátrico, o crescimento da medicalização da vida e faz duras críticas ao modelo hospitalocêntrico no tratamento das pessoas com sofrimento mental.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, sob influência do movimento Antimanicomial italiano, propõe também uma desistitucionalização da psiquiatria. Diversos encontros do MTSM, dentre outras organizações e profissionais da área da saúde mental e dos direitos humanos, foram organizados pelo Brasil na década de 80, em especial no Estado do Rio e de São Paulo:

> O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exeqüível. Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005, p. 7).

Essas lutas supracitadas foram de extrema importância para a criação do SUS e a sua inclusão na nova Constituição Federal de 1988. O primeiro CAPS surge, no Brasil, em 1987, na cidade de São Paulo, mas somente a partir de 2001, com a aprovação da Lei 10.216, é que se inicia uma substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental impondo novo pulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

> Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, Lei 10.216/2001, Art. 1º).

Segundo Santos (2007), a militância dos movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980, imbuída em combater o regime militar e explicitar os conflitos emergidos da questão social, “bem como engendrar as noções de cidadania e direitos sociais – nascidas no processo de mobilização -, possibilitaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, a lei federal 8.069, de 1990” (SANTOS, 2007, p. 183).

> No início dos anos 90, o governo Fernando Collor de Mello (1990-1992) promulgou o Estatuto da Criança e do Adolescente. O ECA foi fruto da efervescência política ocorrida no país e das mobilizações nacionais em defesa da infância e da adolescência, que se iniciaram na década de 70. Diferentes sujeitos, tanto dos setores governamentais como os não-governamentais, envolveram-se na defesa dessa população, resultando na criação do Fórum Nacional Permanente de Direitos das Crianças e dos Adolescentes – Fórum DCA. (SANTOS, 2007, p. 183)

Mesmo com a aprovação do ECA, garantindo direitos e proteção as crianças e adolescentes, a saúde mental infantil só teve uma notoriedade de fato enquanto políticas públicas com a implantação nacional do CAPSia em 2002. Depois de anos de militância e da Luta Antimanicomial, desde o fim dos anos 1970, a reforma psiquiátrica ganha enfim, ares de práxis, de transformação social. Mesmo com essas conquistas, a saúde mental infantil não segue os mesmos passos que as políticas destinadas aos adultos. Os passos são bem mais lentos. O ECA, por exemplo, só veio incluir a especificidade de saúde mental infantil em 2012, no governo Dilma Rousseff. Ou seja, o ponto de corte foi realmente 2001 com a lei 10.216, como fora citado na introdução deste texto, mas suas práticas ganharam fôlego de fato nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) de 2002 a 2016.

A partir de 2005, o Estado brasileiro iniciou uma reversão dos recursos financeiros que eram destinados quase que totalmente às assistências hospitalares e passa a investir substancialmente nos dispositivos substitutivos aos manicômios, superando o modelo de saúde “centrado nos hospitais, ao mesmo tempo em que expande a rede substitutiva de atenção comunitária e territorial, transformando o cenário da atenção pública em saúde mental no país” (BRASIL, 2015, p. 18). De 2006 a 2013, o Brasil investiu mais recursos em atenção comunitária territorial que em unidades

hospitalares psiquiátricas (BRASIL, 2015). Esses dados mostram que houve o fortalecimento do compromisso com a Rede de Atenção Psicossocial, integrando os transtornos mentais a saberes multidisciplinares e interdisciplinares.

É neste contexto sócio-político que é criado em 2009, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), também, fruto de uma longa militância na assistência social ao longo das décadas de 1970, 80 e 90. O SUAS é resultado da Lei 8.742/93 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – que prevê no Art. 1º, a assistência social, como direito do cidadão e dever do Estado.

Sendo assim, a assistência social passa a ser política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993). Desde então, o Brasil avançou nas políticas sociais durante a década de 1990, mas com limitações no que diz respeito às crianças e adolescentes.

Somente em 2011, com a Lei nº 12.435, de 6 de julho, a proteção social passa de fato a priorizar as garantias sociais às crianças e adolescentes. Artigos da LOAS passam a vigorar com a seguinte redação, trazendo como objetivos da assistência social no Art. 2º, a destacar:

> I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente: a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes (BRASIL, 2011).

Com a criação do SUAS, medidas de proteção social à criança também ganharam força e articularam a Assistência Social com a demanda de sofrimento mental, mesmo não estando diretamente vinculados a saúde, como é o caso do CREAS, em que o psicólogo, por exemplo, faz atendimentos individuais e em grupo. Políticas públicas como essas “deixam clara a aproximação com os princípios do ECA e da Reforma Psiquiátrica e ratificam a crença na possibilidade de um Estado como ente de proteção e bem-estar social” (COUTO; DELGADO, 2015, p. 33). Além disso, indicam “pela primeira vez na história da saúde mental, da alteração estrutural operada nos elementos da matriz de análise dos problemas da criança que atravessou quase um século da República brasileira” (COUTO; DELGADO, 2015, p. 33).

De 2016, quando se deu o golpe institucional, após o impeachment[24] da presidente eleita, Dilma Rousseff, até os dias atuais, estamos assistindo um desmonte nas políticas de proteção social e de saúde mental por parte de ações do governo federal da era de Michel Temer e, atualmente, do presidente da República eleito em 2018, Jair Bolsonaro. Segundo o MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (2017) – as propostas de mudança da RAPS anunciadas pelo Ministério da Saúde em 2017 representam "um retrocesso no campo da saúde mental, como o fortalecimento e ampliação de recursos para internações psiquiátricas" (MNLA, 2017).

É uma postura clara de interesses econômicos, fortalecendo os hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas (espaços de tratamento em regime de internação que não pertence a RAPS) e o resgate do modelo hospitalocêntrico como saber prioritário no atendimento às pessoas com sofrimento mental. Resgatar esse modelo é minimizar a importância das singularidades, memórias e afetos das pessoas em sofrimento mental e colocar o diagnóstico como centro e causa primária no atendimento e pensamento a cerca dessa demanda.

No dia 06 de fevereiro de 2019, o governo Bolsonaro divulgou via Ministério da Saúde, uma reorientação das Políticas Nacionais de Saúde Mental em que a hospitalização em manicômios ganha força e investimento financeiro, ou seja, se torna centralidade a internação em hospitais psiquiátricos, inclusive de crianças. No item 5.2, sobre a internação de crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde orienta:

> Deve-se colocar como exemplo o caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Vale ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2019, p. 24)

O desmonte das conquistas (que ainda estavam em curso), fruto da Lei Antimanicomial, ameaça também as práticas das redes substitutivas aos manicômios. O governo orienta acabar com a política de redução de danos nos CAPS AD e implantar a abstinência como tratamento à dependentes de álcool e outras drogas. Além disso, a diretriz autoriza a volta dos eletrochoques nos equipamentos do poder público, hospitais psiquiátricos e enfermarias especializadas.

---

[24] Em um dos capítulos mais vergonhosos da história da política brasileira, no dia 31 de agosto de 2016, o Congresso Nacional afastou a presidenta eleita Dilma Rousseff, iniciando o golpe de Estado, tendo assumido a presidência da República, o vice de Dilma, Michel Temer (PMDB).

> Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes qua apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (BRASIL, 2019, p. 6)

O retrocesso das políticas de saúde mental propostas pelo governo Bolsonaro, coaduna com os interesses do capitalismo, sobretudo, da indústria farmacêutica que cresce demasiadamente ano após ano, reforçada pela psicopatologização da vida cotidiana, ou seja, enquadramentos através dos diagnósticos psiquiátricos que cercam os comportamentos humanos e os capturam, internando, medicando, isolando, anulando a subjetividade, para manter crescente o lucro do capital, fortalecendo, assim, uma produção social da loucura.

3.5 – CAPITALISMO: A FÁBRICA DE DOENÇAS

Atualmente, há um forte discurso do Estado em focar suas políticas de saúde mental em antigos modelos asilares. O que vemos é um retrocesso das leis e da ampliação de práticas de bem-estar psicossocial, especialmente no que diz respeito a crianças e adolescentes. O poder do diagnóstico serve muito mais para fins de controle que, realmente, de tratamento. Através dos psicofármacos[25], é toda uma biopolítica (FOUCAULT, 2008) que se instaura, sem qualquer interesse no tempo de duração, na resposta do corpo[26] e do desenvolvimento da natureza psíquica. Para Moura, “se a etiologia da psiquiatria biológica é reducionista e o diagnóstico é focado apenas nos sintomas, o remédio químico irá tamponar a riqueza vivencial do paciente” (MOURA, 2011, p. 185).

---

[25] Medicamentos específicos para o tratamento dos transtornos mentais.

[26] Trata-se do corpo no pensamento de Spinoza (2007). Para ele, não há uma dicotomia, mente e corpo é uma mesma substância.

Segundo Santos e Sá (2011), a ação do Estado na sociedade vem, muitas vezes, carregada de verdades instituídas, absolutas, verticalizadas, negando o contexto sociocultural do espaço específico.

> Na realidade, o capitalismo fabrica formas e maneiras de pensar para servir a todos. É uma espécie de consumo do viver. Fabrica-se a receita e todos os indivíduos, todos eles deverão estar incluídos nesse consumo, nessa fábrica de subjetividades. É um modelo econômico que educa para o consumo. O consumo que enfraquece. O consumo territorializante de modos de pensar e agir. É uma educação para afirmação do homem na impotência e não para a homem afirmativo na potência, dos fluxos andantes e do desconhecido como 'meta': Devir (SANTOS; SÁ, 2011, p. 245).

Evidencia-se que "Há antes de tudo uma fábrica de doenças" (FUGANTI; 2007, p. 1). Estamos falando de "uma subjetividade de natureza industrial, maquínica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida". (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 33).

Guattari e Rolnik (2005, p.41) postulam que "o lucro capitalista é, fundamentalmente, produção de poder subjetivo". Esses autores afirmam ainda que "é desde a infância que se instaura a máquina de produção de subjetividade capitalística, desde a entrada da criança no mundo das línguas dominantes, com todos os modelos tanto imaginários quanto técnicos nos quais ela deve se inserir" (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 49). A ordem capitalista produz "os modos das relações humanas até em suas representações inconscientes: a ordem capitalística incide nos modos de temporalização". (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 51-52).

4. MEMÓRIA E A INSÂNIA INFANTIL EM VITÓRIA DA CONQUISTA

Os resultados empíricos apresentados neste trabalho foram obtidos por meio da realização de entrevistas da qual participaram cinco pessoas que adoeceram psicologicamente quando eram crianças e/ou adolescentes e não receberam, à época, tratamentos mais específicos para suas patologias e emergiram nos atendimentos psicoterápicos individuais realizados semanalmente, com a duração de 50min em cada atendimento.

Como já destacado anteriormente, eu já havia atendido a estas pessoas ora por meio do CAPSII, ora no consultório e, dessa forma, pude ter um contato estabelecido anteriormente a esta pesquisa com os efeitos das situações de sofrimento psíquico por elas vivenciadas.

4.1 – VITÓRIA DA CONQUISTA

Vitória da Conquista está localizada na região Sudoeste da Bahia, a 518,8km da capital, Salvador. Segundo o censo de 2018 do IBGE, a população é de 338,885 habitantes[27]. É conhecida por ser uma cidade com baixas temperaturas no inverno, sendo uma das mais frias do Nordeste. Isto se dá por conta da sua altitude, de 1.109m[28] acima do nível do mar. A taxa de mortalidade infantil é de 14,72 óbitos por mil nascidos vivos, segundo o IBGE de 2014[29].

A educação e a saúde são forças conquistenses que atraem mais de 80 cidades da região e norte de Minas Gerais, tornando-se um polo regional de referência. No que se refere diretamente a saúde mental e psicologia, a cidade possui cinco cursos de graduação em Psicologia distribuídos em três Faculdades particulares e duas Universidades públicas (estadual e federal), além de diversas especializações, incluindo ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Possui também três cursos de graduação em Medicina distribuídos em duas

[27] https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama - Acesso em: 18 de janeiro de 2019.
[28] http://www.pmvc.ba.gov.br/geografia/ - Acesso em: junho de 2018.
[29] https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama - Acesso em: 19 de janeiro de 2019.

universidades públicas (estadual e federal) e uma faculdade particular. Tem, ainda, residência psiquiátrica.

4.2 – A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL EM VITÓRIA DA CONQUISTA NO SÉCULO XX

Vitória da Conquista, chamada pelos seus moradores de Conquista, inicia seu processo de ocupação no século XVIII, com as chegadas de bandeirantes enviados pela Coroa Portuguesa, mas somente no início do século XX foi inaugurado o primeiro Hospital da cidade, a Santa Casa de Misericórdia (São Vicente de Paulo). A partir do século XIX no Brasil, as Santas Casas, tornaram-se símbolos da assistência médico-hospitalar, bem como sinônimos de hospitais destinados às pessoas mais pobres, incluindo crianças e pessoas com sofrimento mental (CHAVES, 2013). As "Misericórdias tratavam qualquer doente em seus hospitais, sem distinção de classe ou credo. Os ricos tratavam-se com médicos particulares e raramente eram atendidos pelos hospitais" (CHAVES, 2013, p. 85).

A partir de 1914, a Irmandade da Santa Casa começava a buscar por investimentos financeiros para a construção e manutenção do hospital. Inicialmente, a liderança mais importante para a construção foi, o padre Manoel Olympio (CHAVES, 2013). Em 1917, destaca-se a pessoa do médico Crescêncio da Silveira[30], que assumiu os trabalhos de construção do hospital após o afastamento do padre Manoel, tornando-se também provedor no ano seguinte, em 1918 (CHAVES, 2013). "Em 1919 foi finalmente inaugurado o Hospital, que recebeu o nome de São Vicente de Paulo como uma homenagem às Sociedade Vicentina, instituição que idealizou e criou a Irmandade da Santa Casa" (CHAVES, 2013, p. 98).

No fim da década 1920, a cidade é tomada por epidemias, sobretudo, de varíola e da gripe espanhola, sendo o Hospital recém-inaugurado uma referência para o tratamento e internações. Um médico de salvador foi solicitado para tratar a população, o dr. Luiz Régis Pacheco Pereira que, anos mais tarde, na década de 1950, seria Governador da Bahia (CHAVES, 2013). Crescêncio da Silveira se ausenta da cidade a partir de 1920 e só retorna à Vitória da Conquista em 1930, quando logo reassume a

[30] O Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto, passou a se chamar Crescêncio Silveira.

Santa Casa (que estava abandonada havia alguns anos) e reabre o Hospital, conseguindo recursos financeiros para manter em pleno funcionamento (CHAVES, 2013). Novamente, o Hospital se torna padrão em atendimento à população de todas idades e de diversas enfermidades, agora não só no município, mas na região Sudoeste da Bahia.

A cidade de Vitória da Conquista começa a crescer de maneira muito rápida a partir da década de 1930 e pessoas de vários cantos da Bahia e do país, começam a se instalarem na cidade. Jornais da década de 1940 começam a referir, "com certo desprezo e temor, à multidão de pedintes e desempregados que esmolavam e vagavam pelas importantes praças e ruas da cidade, entre eles crianças e adolescentes" (PÚBLIO, 2016, p. 39-40). Surge, a partir de então na cidade, uma "preocupação social", mas também o medo dos andantes sem casa, habitantes das praças e ruas, crianças pedindo esmolas e oferecendo pequenas ajudas laborais em troca de algo, ou seja, a criança pobre passa a incomodar em dois sentidos: "Essa ambivalência em relação à criança – estar em perigo *versus* ser perigosa – tornou-se crescente no cotidiano da cidade de Vitória da Conquista a partir de 1940" (PÚBLIO, 2016, p. 40). Públio (2016) conta ainda que, em 20 de outubro de 1943, o jornal *O Combate*, importante periódico da cidade, publicou matéria em que denunciava a presença de mendigos e delinquentes no centro da cidade e enfatizou a necessidade de métodos de controle social.

> Aos menores qualificados, deve vir também a correção a vadiagem, à malandrice dessa garotada sem freio que enchem as praças públicas, especialmente, a praça 09 de Novembro, onde dão ao visitante da nossa terra uma triste impressão. Esses pequenos vagabundos precisam também ser contemplados. Não podem ser esquecidos, para o bem deles e do meio social em que vivem (O COMBATE, 1943, *apud* PÚBLIO, 2016, p. 46).

Não eram só as pessoas em situação de rua que não tinham políticas sociais em Conquista neste período. Até a década de 1960, a cidade ainda não tinha uma instituição pública de saúde especializada no sofrimento mental. As pessoas acometidas por essa enfermidade eram então, atendidas na Santa Casa. Somente a partir da segunda metade dos anos 1960 um Hospital Psiquiátrico e de caráter gratuito foi instalado.

O Hospital Afrânio Peixoto é inaugurado em 1966. É o primeiro hospital Psiquiátrico de Vitória da Conquista e região Sudoeste e norte de Minas Gerais. O hospital é destinado as pessoas adultas com transtornos mentais. Portanto, crianças e

adolescentes com transtornos mentais, não poderiam ser tratadas e/ou internadas no hospital.

As crianças ricas com transtorno mental eram atendidas por médicos particulares, ao passo que as pobres não tinham um serviço especializado para tratamento de suas enfermidades mentais. Em 01 de março de 1977, foi fundada a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)[31] de Vitória da Conquista, sendo a primeira instituição conquistense voltada para o atendimento de pessoas com deficiência intelectual e/ou múltipla do município. Apesar de não ser específica para o tratamento do transtorno mental, mas da deficiência (orgânica), a APAE deu suporte durantes muitos anos à criança com sofrimento mental na cidade. Mas, ainda assim, era um atendimento limitado no que se refere ao sofrimento mental infanto-juvenil, por não ser o propósito da Associação. Não era uma política pública de saúde mental infantil oferecida pelo Estado.

No final da década de 1970, um fato importante marcou o poder público da cidade. Um morador em situação de rua, portador de transtorno mental, muito conhecido no centro da cidade, nominado de Cafezinho, foi beneficiado de modo inédito por uma assistência (pensão) municipal. No dia 03 de dezembro de 1981, o então prefeito Raul Ferraz (1977-1982) sanciona a lei nº258, de autoria do vereador Naason Carvalho da Silva, decretada pela Câmara Municipal em que concede pensão ao "doente mental" que andava pelas ruas de Vitória da Conquista nas décadas de 1970 e 1980, conhecido como "Cafezinho".

> Art. 1º - Fica o Executivo Municipal autorizado a conceder pensão mensal, a partir de 1º de janeiro de 1982, ao doente mental conhecido pelo epíteto de "Cafezinho". Parágrafo Único – A pensão, de que se trata esse artigo será no valor de um salário mínimo regional. Art. 2º - Fica o executivo também autorizado a efetuar o pagamento da referida pensão à pessoa idônea ou entidade filantrópica, à sua escolha, ou mesmo a um Curador Especial designado pelo Poder Judiciário, para prover a mantença do beneficiário[32].

[31] A APAE é uma Associação de âmbito nacional. Segundo o site oficial da APAE, atualmente existem 2.178 unidades presentes em todo território nacional. Fonte: https://apaebrasil.org.br/page/2

[32] Arquivo Municipal de Vitória da Conquista-BA. Pesquisa documental realizada entre novembro de 2017 e março de 2018.

Em mensagem enviada a presidenta da Câmara, Ilza Vianna Matos e aos demais vereadores, no dia 03 de dezembro de 1981, Raul Ferraz traz o fenômeno da loucura como uma questão social a ser implicada por toda a sociedade e pelo Estado.

> Sra. Presidenta, Srs. Vereadores. O projeto de Lei em causa tem por objetivo corrigir ainda que em parte, a tremenda injustiça praticada pela nossa sociedade contra um ser humano completamente esquecido e desprezado. Acreditamos que a sociedade inteira é responsável pelos loucos que perambulam por este país à fora sem que os órgãos governamentais se sensibilizem pelo seu sofrimento, ou se aparelhem para assisti-los. Também a nossa comunidade está neste caso; tem desprezado os nossos loucos. Não possuímos estrutura para atendê-los e nem poderíamos cria-la isoladamente, fora de uma política de âmbito nacional. "Cafezinho" é apenas um símbolo do que existe por aí. Deve andar pela casa dos quarenta anos, talvez cinquenta, o que representa meio século de completa indiferença de todos nós. O Projeto que ora enviamos a essa Casa não chega a pagar uma dívida, no entanto marca a comunidade conquistense como sensível ao sofrimento alheio. Não sabemos, e talvez ninguém saiba, o verdadeiro nome de "Cafezinho". Mas, acreditamos, que esse requisito, tradicionalmente indispensável, não venha a ser obstáculo à aprovação da proposta. Afinal todos nós somos responsáveis. Raul Ferraz[33].

No dia 09 de dezembro de 1981, o Relator da Comissão de Justiça e Redação, Humberto M. Flores dos Santos assina o parecer favorável ao projeto de Lei. Na mesma data, o Relator da Comissão de Finanças e Patrimônio, Naason Carvalho Silva, também assina o parecer favorável à Lei. Em 04 de maio de 1982, a Câmara Municipal aprova uma Emenda Modificativa ao Projeto de Lei Nº258/81, em que insere no Art. 1º, o nome de batismo de "cafezinho".

No dia 21 de maio de 1982, na Sala das Sessões, a Câmara Municipal de Vitória da Conquista, decreta e sanciona a Lei, que com a modificação passou a ser de Nº279/82: "Redija-se da seguinte forma o Art. 1º: Art. 1º - Fica o Executivo Municipal autorizado a conceder pensão mensal, a partir de 1º de janeiro de 1982, ao doente mental Létisson Aragão Silva, conhecido pelo epíteto de "Cafezinho".

Apesar do caráter assistencialista, esse projeto de Lei, é primeiro ato do poder municipal de Vitória da Conquista no que se refere à assistência à saúde mental. Não foi cogitada a internação do cidadão referido no manicômio da cidade, mas deve ser considerado nas discussões acerca da ausência do Estado nas políticas públicas de

[33] Idem.

tratamento não asilar destinadas às pessoas com sofrimento mental, situação que foi bastante modificada a partir da inauguração do primeiro CAPS em 1992.

4.3 – A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM VITÓRIA DA CONQUISTA NO TEMPO ATUAL

Em Vitória da Conquista, o primeiro CAPS foi inaugurado em 14 de setembro de 2002, ou seja, um ano e cinco meses após a aprovação da lei federal 10.216/2001. O CAPS II foi implantado para atender à população maior de 18 anos em sofrimento mental grave e persistente. No dia 17 de outubro de 2002, é inaugurado o CAPS AD II para atendimento à população de todas as faixas etárias com dependência de álcool e outras drogas. Após a portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o CAPS AD e passa a funcionar 24h, todos os dias da semana, sendo nomeado de CAPS AD III.

> Art. 3º O CAPS AD III poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. Parágrafo único. Nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, exclusivamente ou não, o CAPS AD III deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2012).

Vitória da Conquista requalifica o serviço como CAPS AD III em 2015 “e passou a oferecer, também, o acolhimento intensivo por até 14 dias, com uma estrutura de doze leitos de hospitalidade e suporte da equipe de saúde 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados” (PMVC, 2018). Vale ressaltar que Vitória da Conquista já possuía práticas de cuidados voltadas para as questões de dependência de drogas antes mesmo da implantação do CAPS AD II desde o ano de 1999. Em 2000, foi inaugurado o Centro de Estudos e Atenção às Dependências Químicas (CEAD), em parceria com a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sendo credenciado ao CAPS AD II, dois anos mais tarde. As crianças e adolescentes padeceriam por nove anos sem atendimento público específico para o sofrimento mental até ser implantado em 11 de dezembro de 2011, o CAPSia, especializado no atendimento “a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias

psicoativas" (BRASIL, 2001). É importante salientar o delongamento na implantação do serviço de saúde mental destinado as crianças e adolescentes.

A integralidade entre o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social no que se refere à saúde mental em Vitória da Conquista aconteceu de maneira mais aprimorada, de fato, a partir de 2014, com a consonância entre a Rede Atenção Psicossocial (RAPS), Atenção Básica e o Desenvolvimento Social. Em janeiro deste ano, Vitória da Conquista foi laureada na Seleção de Projetos de Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que fora instituída no Brasil através da Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, sendo o projeto supervisionado pela coordenação nacional Clínico-Institucional de Saúde Mental do Ministério da Saúde:

> O projeto objetiva a troca de experiências entre profissionais da RAPS, incluindo os de nível médio para ampliar as possibilidades de intervenção profissional, a partir da convivência com outras realidades (PMVC, 2014).

A RAPS é formada pelos seguintes pontos de formação: Centros de Atenção Psicossociais (CAPS); SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24h e pronto-socorro; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Unidades de Acolhimento (UA) e Enfermarias especializadas em Hospital Geral e Hospital-dia.

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), equipamentos substitutivos aos modelos manicomiais/asilares, prestam serviços de saúde de caráter "aberto e comunitário, realizam prioritariamente atendimento das pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas" (BRASIL, 2018, p.1)[34]. O SAMU 192, a sala de estabilização, a UPA 24 h e pronto-socorro atuam em situações de urgência e emergência.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) "são moradias ou casas destinadas a cuidar de pacientes com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares" (BRASIL, 2018, p.1), além de pessoas com transtornos mentais e que estão em vulnerabilidade social como, por exemplo, moradores de rua.

Nas Unidades de Acolhimento (UA), são "oferecidos cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24h/dia, em ambiente residencial, para pessoas com

[34] http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental - acesso em: 10 de jan. 2019

necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos" (BRASIL, 2018, p.1), de caráter transitório, com tempo máximo de permanência de 06 meses e estão divididas em:

> 1. Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), destinada às pessoas maiores de 18 anos.
> 2. Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), destinadas às crianças e adolescentes entre 10 anos até aos 18 anos incompletos; Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental; Comunidades Terapêuticas que "serviços destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para pacientes, com necessidades clínicas estáveis, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas" (BRASIL, 2018, p.1).
> 3.

As Enfermarias especializadas em Hospital Geral e Hospital dia, por sua vez, constituem "a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos" (BRASIL, 2018, p.1), por um período máximo de 12h.

A RAPS atua também em consonância com a Atenção Básica de Saúde (oferecida por equipes das unidades básicas de saúde e o Núcleo de Apoio a Família (NASF), por exemplo) e com o Desenvolvimento Social, o qual dispõe de diversos equipamentos com equipes multiprofissionais – destaque para a nossa pesquisa – e da presença da psicologia em serviços como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). O município possui 14 CRAS, dentre os quais:

- CRAS I – Bairro Bruno Bacelar
- CRAS II – Vila América
- CRAS III – Cruzeiro/Pedrinhas
- CRAS IV – Jardim Valéria
- CRAS V - Centro
- CRAS VI – Nova Cidade
- CRAS VII – Nossa Senhora Aparecida
- CRAS VIII – Miro Cairo
- CRAS IX – São Sebastião (zona Rural)
- CRAS X – Baixão (zona Rural)
- CRAS – Bolsa Família (centro e três ramificações)

Há também o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). O município possui 04 CREAS, 02 urbanos e 02 localizados na zona rural,

com destaque para o CREAS POP[35] criança e adolescente. O ponto de formação da RAPS que interessa diretamente à pesquisa é a Atenção Psicossocial Especializada (CAPS II, CAPS AD III e CAPS ia).

No dia 1º de junho de 2015, Vitória da Conquista inaugurou, o primeiro Centro Integrado dos Direitos da Criança e do Adolescente implantado no Brasil, o qual reúne em um só lugar todos os serviços socioassistenciais, conselhos e órgãos jurídicos ligados ao público infanto-juvenil, como determina o ECA. São oferecidos diversos serviços no Centro Integrado, facilitando não só o acesso da população a estas prestações, mas também estabelecendo diálogos entres os campos dos direitos das crianças e dos adolescentes, os quais também devem ser observados com relação àqueles que vivenciem situações de sofrimento psíquico.

4.4 – MEMÓRIA

O alarido entre memória e imaginação se faz tão antigo quanto à própria filosofia ocidental. Para endossar a confusão entre tais temas, a filosofia grega nos legou dois antagônicos complementares, Platão e Aristóteles. Platão trabalha o presente como coisa ausente, sempre pela representação e defende a problemática da memória pela imaginação, mundo das ideias. Aristóteles, por outro lado, inclui a problemática da imagem na lembrança, ou seja, a representação como coisa percebida anteriormente (RICOEUR, 2007).

Platão percebe que existe uma conexão entre o que há e o que houve na memória, sendo o problema se há Fidelidade ou não (autenticidade). É uma passagem do tempo. O mito da mnemosine de Platão é um princípio da teoria da memória. Para ele, memória seria uma produção incessante de simulacros e a verdade e o conhecimento devem ser percebidos conforme a ética. A autenticidade da memória seria se reconhecer enquanto cópia (ética), ou seja, ela não nos conduz à verdade (SMOLKA, 2000).

Contudo, é Aristóteles que insere o processo de experimentação de memória na filosofia ocidental, propondo que seja colocada à observação. Nele, há uma valorização

[35] Especializado em População de Rua. "O CREAS POP é um serviço oferecido às pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas ao desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de veículos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a reconstrução de novos projetos de vida". Disponível em: http://www2.recife.pe.gov.br/servico/creas-pop-para-populacao-em-situacao-de-rua - Acesso em 2 de agosto de 2018.

do empírico e a questão do tempo recebe um maior destaque. Ele inicia uma longa questão sobre a imagem que percorrerá séculos de discussões, persistindo até os dias atuais. A memória é do passado porque o que se presenta é a coisa lembrada. É na alma que se diz ter anteriormente sentido, ouvido, vivido, pensado alguma coisa. O vínculo entre memória e imaginação é assegurado pela pertinência à mesma parte da alma, alma sensível, segundo o mundo já divido anteriormente por Platão. Segundo Ricouer (2007):

> [...] é que a afecção produzida graças a sensação "na alma e na parte que a conduz" seja considerada uma espécie de pintura da qual dizemos que é a memória. [...] Aristóteles associa o corpo a alma e elabora, sobre essa dupla base, uma rápida tipologia dos efeitos variados de impressões. (RICOUER, 2007 p. 36).

Avançando os postulados da herança grega, o que nos interessa trabalhar aqui é uma concepção de memória em que não há superposições entre as vertentes coletiva, social e psicológica (individual), ou seja, uma memória não anula ou minimiza a outra.

Para Sá (2007, p.12), "a memória humana não é uma reprodução das experiências passadas, e sim uma construção, que se faz a partir daquelas, por certo, mas em função da realidade presente e com o apoio de recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura". Portanto, cabe-nos para entender a demanda dos usuários dos serviços públicos de saúde mental compreender quais forças agem na relação da produção de lembranças subjetivas (individual) e o campo social como produção de memórias coletivas e sociais.

Halbwachs, influenciado pelo filósofo holandês, Baruch de Spinoza (séc. XVII), que entendia a mente e corpo como uma única substância e não de maneira dicotômica (como a tradição da filosofia de Platão e de Descartes), afirmou que existem memórias individuais e coletivas, com as quais o indivíduo se depara. A memória individual é confundida com a coletiva de modo que tornam uma substância. Já a memória coletiva possui memórias individuais, mas não se confundem. A memória coletiva, por sua vez, possui suas próprias leis e, mesmo sendo evocadas individualmente, as lembranças que a constituem mudam de aparências a partir dos contextos sociais e passam a não ser mais uma consciência pessoal. (HALBWACHS, 2017).

Quando nos remetemos à memória da saúde mental infantil no Brasil, estamos falando de uma linguagem representada pela sociedade, do modo de como o meio social apreende as imagens da loucura e infância e como os grupos se comportam diante disso.

Psicólogos, técnicos e pesquisadores, por exemplo, são pontes de linguagem atentas às diversas matérias de expressão do desejo no campo social, de forma que é possível identificar a dimensão ética no exercício do encontro entre cuidadores e cuidados.

O caráter social da memória só existe desde que ela possa ser veiculada: "Uma memória só pode ser social se puder ser transmitida" (FENTRESS e WICKHAM, 1992, p. 65). Estamos aqui diante de uma questão mais profunda acerca da transmissão da memória. Não é somente através da escrita que a sociedade veicula sua memória social: para Fentress e Wickham, este processo se dá muito mais da "maneira como uma cultura representa a linguagem. Depende da medida em que uma sociedade sabe aperceber a linguagem como veículo de expressão e comunicação independente do contexto social imediato" (FENTRESS e WICKHAM, 1992, p. 64). Sendo assim,

> A memória social não se limita, portanto à memória de palavras. O nível mais elevado de articulação necessário na memória social não a torna mais semântica do que a memória individual. Torna-a, porém, mais conceptualizada. As imagens só podem ser socialmente transmitidas se forem convencionalizadas e simplificadas: convencionalizadas, porque a imagem tem que ser significativa para todo o grupo; simplificadas, porque, para ser significativa em geral e capaz de transmissão, a complexidade da imagem tem que ser tanto quanto possível reduzida. (FENTRESS e WICKHAM, 1992, p. 66).

Somos hoje um atravessamento de memórias. Um rabisco de pequenas dimensões considerado no tempo. Um deslocar-se no espaço que nos permite ainda passear pelos caminhos que formaram pontes de linguagens da nossa existência, matérias de expressões, memórias, consciência e inconsciente (esquecimento), ou seja, "é como se existissem áreas das nossas vidas sobre as quais podemos fingir perder, ou nunca avançar, nossa memória" (PHILLIPS, 1998, p.55). E a que tempo estamos nos referindo? O tempo da existência configura-se para mais amplo que os limites estabelecidos pelo tempo cronológico coercitivo do calendário e relógio dominantes, portanto, estamos falando do tempo singular do sujeito.

O ser humano, quando nasce, vive anos sem internalizar tal coerção. Aos 06 anos, por exemplo, a criança tem a capacidade de realizar tarefas muito complexas como, aprender um novo idioma, uma música tocando um instrumento, ler e praticar esportes que exigem habilidades e raciocínios lógicos laboriosos mas, por outro lado,

expressa enorme dificuldade em entender o funcionamento do tempo criado pela humanidade para organizar a sociedade.

Mesmo diante de tarefas complexas como as supracitadas, as crianças tendem a ter dificuldades em entender e internalizar a precisão do tempo cronológico, como por exemplo: “Na quarta que vem às oito horas jogaremos bola”. Ou: “Em 06 dias você melhorará da enfermidade e voltará a escola”. Portanto, o tempo da existência, o inconsciente, o tempo da memória, é arbitrariamente condicionada a temporalidade cronológica. Até mesmo o esquecimento é forçado a tal coerção. O esquecimento não é uma escolha da consciência e sim uma ação do tempo. Todavia, não necessariamente o tempo agirá sobre o esquecimento de algo.

Sendo assim, algo esquecido se apresenta na lembrança através de uma associação de ideias e não somente pelo esforço consciente de evocar uma recordação. Manifesta-se diante de um determinado acontecimento, que pode se dar através do cheiro, lugares, imagens e forças inconscientes, como os sonhos. É comum cobrar um tempo de esquecimento cronológico diante de uma perda, por exemplo: “Mas, já tem 06 meses que você se separou e ainda não conseguiu esquecer essa pessoa”? “Já faz 02 anos que o seu pai morreu e você ainda vive nessa tristeza profunda”? A pergunta é: 06 meses para quem? 02 anos para quem? O tempo do sistema psíquico não age sob a opressão do calendário. É uma forma em si, ponto. O inconsciente nem sequer lida com a realidade tal como é representada. É uma força que nos atravessa. “Os processos do Inconsciente são *atemporais*, isto é, não são ordenados temporalmente, não são alterados pela passagem do tempo [...] a referência do tempo também se acha ligada ao sistema da consciência” (FREUD, 2010, p.128).

Considerando-se o ponto de vista da criança, Halbwachs alerta em relação à memória coletiva e histórica:

> é melhor não se pensar em uma memória histórica, pois história corresponde a um ponto de vista adulto e as lembranças da infância só são conservadas na memória coletiva porque no espírito da criança estavam presentes a família e a escola”. (HALBWACHS, 2017, p. 93).

Há, nitidamente, uma confusão do autor na tentativa de estabelecer um entendimento acerca do que é memória histórica. O próprio Halbwachs postula em outro momento do mesmo livro *A Memória Coletiva* “que a expressão *memória histórica* não é muito feliz, pois se associa dois termos que se opõe em mais de um

ponto. A história é a compilação dos fatos que ocuparam maior lugar na memória dos homens" (HALBWACHS, 2017, p. 100). Optaremos aqui, com o que foi proposto pelo próprio autor, por trabalhar as memórias como substância e não como oposição e/ou negação em si.

Fentress e Wickham (1992), em *Memória Social*, destacam que por ser discípulo de Durkheim, Halbwachs maximizou demasiadamente o papel da memória coletiva (natureza coletiva da consciência social) e minimizou a questão da memória pessoal (consciência individual). O caráter coercitivo do meio social desempenharia um papel não só fundamental, mas determinante na consciência individual, de modo que a recordação que é feita pelo indivíduo só é possível porque a memória se estrutura em identidades de grupo, como afirmou Halbwachs. Para Fentress e Wickham (1992, p.07), o resultado desse destaque excessivo na memória coletiva "foi um conceito de consciência colectiva curiosamente desligado dos reais processos de pensamento de determinada pessoa".

Bergson (2011) postula acerca da existência de uma memória individual, psicológica, ontológica, diferente de Halbwachs, que minimiza a memória individual em detrimento de uma maior importância da memória coletiva, como já foi dito no presente texto. O passado puro se conserva no cérebro e as lembranças são mantidas no passado, ou seja, memória não é lugar, e sim tempo. Ela não está na matéria. O passado é uma dimensão real do tempo coexistindo com o presente, é tempo, é puro, ele não passa, nos atravessa.

É o presente, portanto, que passa e o passado que se conserva. O passado é acessado através das lembranças (BERGSON, 2011). Verifica-se ser o processo que acontece com os usuários do CAPSII quando relatam suas memórias e sofrem no presente um sofrimento que viveram no passado, mesmo que em intensidades diferentes. Narrar suas lembranças faz com que o momento pretérito seja sempre atualizado e traz sofrimento.

4.5 – MEMÓRIAS, SOFRIMENTOS, POLÍTICAS E AFETOS: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas possibilitaram conhecermos as memórias das pessoas que vivenciaram as políticas de saúde mental no município, contextos socioculturais e políticos diversos que produziram diferenças e semelhanças nas comparações acerca dos temas abordados, possibilitando que ampliássemos as discussões entre memória e as políticas públicas de saúde mental infantil em Vitória da Conquista. O que mudou na vida dessas pessoas após serem acompanhadas para tratamento especializado? E como era ser criança com sofrimento mental? As respostas emergiram carregadas de memórias que se opõem ao esquecimento das dores de experenciar uma infância marcada pelo sofrimento psíquico e social. O conteúdo das entrevistas, foi igualmente difícil à medida em que, em todos os casos, houve muito choro e muitas interrupções para que as pessoas entrevistadas se recompusessem, para que pudessem seguir em frente na entrevista. Muitas dessas memórias estão recalcadas no inconsciente, ou seja, atualizam-se através de sintomas, mas não pelas memórias em si. “As fronteiras desses silêncios e "não-ditos" com o esquecimento definitivo e o reprimido inconsciente não são evidentemente estanques e estão em perpétuo deslocamento” (POLLAK, 1989, p. 8).

As marcas de uma infância difícil não foram esquecidas. Não é fácil atualizar tais tipos de memória. Congraçamos com a afirmação de Pollak (1989), para quem

> As histórias de vida devem ser consideradas como instrumentos de reconstrução da identidade, e não apenas como relatos factuais. Por definição reconstrução a posteriori, a história de vida ordena acontecimentos que balizaram uma existência. Além disso, ao contarmos nossa vida, em geral, tentamos estabelecer uma certa coerência por meio de laços biológicos entre os acontecimentos-chaves (que aparecem então de uma forma cada vez mais solidificada e estereotipada), e de uma continuidade, resultante da ordenação cronológica. Através desse trabalho de reconstrução de si o indivíduo tende a definir seu lugar social e suas relações com os outros (POLLAK, 1989, p. 13)

4.5.1 Participante 01 - A Senhora Laura.

A participante 01 tem 59 anos de idade, é natural de Vitória da Conquista, não tem religião, tem 03 filhos e se define de cor parda. Quanto à escolaridade, informou ser alfabetizada. Tem uma renda mensal de 01 salário mínimo, fruto do Benefício de Prestação Continuada (BPC), direito assegurado pela LOAS aos idosos com mais de 65

anos e aos deficientes. Apesar de ter uma idade inferior aos 65 anos, a senhora Laura tem o benefício assegurado por conta do sofrimento mental. A entrevistada chorou copiosamente por quase toda a entrevista, a qual durou 56 minutos. Por questões éticas, manteremos o sigilo do nome real. A primeira pergunta foi em relação a sua infância:

> Eu tive uma infância boa, brincava muito...foi como qualquer outra criança. Eu brincava como qualquer criança normal, eu brincava de jogar gude, bola. Tive uma infância difícil no sentido de situação financeira. Meus pais não tinham condições, mas eu fui feliz de alguma forma fui feliz na minha infância. Mas, assim, de vez em quando...dos dez anos em diante eu tive muitas crises de choro e eu não sabia de onde vinha, do nada. Aí teve uma vez que minha irmã ia bater no filho dela, aí eu entrei em pânico. Chorei, chorei, chorei, chorei como se fosse eu que fosse levar aquela surra. Aí passado mais alguns dias, houve um acidente na rua vizinha, eu achei que fosse minha mãe que tinha acabado de sair, aí eu fiquei em pânico também. Aí eu olhava para as paredes e em todos os lugares que eu olhava eu via manchas de sangue. Fiquei a noite toda assim. Daí em diante minha mente não prestou mais. [muito choro].

Questionada sobre o fato de ter vivenciados as primeiras crises na infância ainda, a participante respondeu:

> Era. Na infância. Na infância. Foi até no Hospital São Vicente. Aí depois, mais tarde eu fiquei... fiquei boa. Eu continuei trabalhando, porque nunca parei de trabalhar... desde criança. Eu continuei trabalhando, mais tarde aí voltou os problemas de novo, com mais frequência e eu fiquei fazendo tratamento com Dr. E.C. no hospital SAMUR. Aí eu passava por ele mês sim, mês não e aí ele começou a passar remédios de cabeça... ele começou a passar amitriptilina[36] e o Rivotril[37] e aí eu estava tomando.

Prosseguimos nos questionando acerca dos espaços que a levavam quando tinham suas crises. Perguntamos onde a senhora Laura ficava quando não se sentia bem psicologicamente, quando não estava nos hospitais mencionados: “Ficava em casa. Ninguém sabia, meus pais não sabiam, não entendia nada disso. Eu ficava com o sofrimento só pra mim. Eu achava que aquilo era até normal. [Silêncio] O que eu sentia”.

Ao repetir o questionamento à entrevistada, ela respondeu:

---

[36] Antidepressivo. Medicamento prescrito no tratamento das depressões.
[37] Ansiolítico. Utilizado no tratamento da ansiedade.

> Eu chorava com medo, ficava com pavor. Quando eu via aquelas manchas de sangue eu chamava minha mãe. Mãe vem ver, a parede tá cheia de sangue, cheia de mancha de sangue. Ela falava: Não é nada não menina, não tem nada aí não, vai dormir, não tem nada não. Ela olhava e não via nada, só eu é que estava vendo aquilo ali, aquelas manchas de sangue. Mas, eu fiquei impressionada por causa do acidente da mulher porque eu vi o sangue.

Fica explícito até então, que a senhora Laura teve suas primeiras crises na infância e era levada para hospitais não especializados em sofrimento mental, não sendo atendida por psiquiatras e psicólogos. A especialidade do médico que ela mencionou acima é neurologia e a senhora Laura só foi ter contato com ele em momento posterior à primeira crise que a levou ao hospital.

Por não ser psiquiatra, sobretudo infantil, o médico prescreveu medicamentos fortes para uma criança entre 10 e 11 anos e pressupôs alguma hipótese diagnóstica no primeiro encontro: depressão e ansiedade. Ou seja, não houve uma escuta mais detalhada para análise dos sintomas e um encaminhamento mais adequado ao caso. A queixa da criança era de um pânico por estar vendo manchas de sangue nas paredes, portanto, alucinações visuais, características dos quadros psicóticos.

Outro dado que chama a atenção, é quando a senhora Laura disse: “Eu ficava com o sofrimento só pra mim. Eu achava que aquilo era até normal... [Silêncio] o que eu sentia”. Para Pollak (1989), existem nas lembranças, o que ele chama de zonas de sombra, silêncios e não ditos. “Essa tipologia de discursos, de silêncios, e também de alusões e metáforas, é moldada pela angústia de não encontrar uma escuta” (POLLAK, 1989, p. 8). A angústia de não ser escutada ou até mesmo de ser mal compreendida aparece quando a senhora Laura diz que ninguém sabia em sua casa, os seus pais não a entendiam, tanto que ela lembra de um episódio: “Mãe vem ver, a parede tá cheia de sangue, cheia de mancha de sangue. Ela falava: Não é nada não menina, não tem nada aí não, vai dormir, não tem nada não”.

Continuando a entrevista, questionamos quando foi a primeira vez que a senhora Laura procurou um médico especialista (psiquiatra) para a questão específica do sofrimento mental.

> – Foi na adolescência. Com o tempo as manchas sumiram. Aí passado com 17 anos eu fui pra São Paulo, fui trabalhar lá. Aí teve uma vez

> que a gente estava na casa de uma amiga de minha irmã, e ela discutiu com essa menina e ela xingou a minha mãe, no caso, na discussão lá. E eu senti mal, eu fiquei quase a tarde toda trancada no banheiro e quando foi a noite, a noitezinha, eu passei mal, meus dentes travou e eu não conseguia falar. Me levaram pro pronto socorro.
> – Até aí você nunca tinha passado por um psiquiatra ou psicólogo?
> – Não, não. Eu vim passar por um psiquiatra e por um psicólogo na época do CAPS. Há 09 anos mais ou menos".

Neste momento da entrevista, questionada sobre quando foi a primeira vez que ela buscou ajuda médica para tratar dos sintomas psíquicos que ela sentia, percebe-se que a senhora Laura diz que foi aos 17 anos mas, na resposta seguinte, contradiz, afirmando ter passado pelo psiquiatra somente no CAPS II, portanto, já adulta, 42 anos mais tarde. Esta situação nos faz concordar com Bergson (2011), o qual afirma que o passado não passa, se conserva e o que passa é o presente. O processo de envelhecimento só afeta o corpo, enquanto o espírito, ou seja, o intelecto, apresenta acumulação de experiências (DELEUZE, 2012). Bergson (2011) propõe então o conceito de Duração, para ele um prolongamento do passado/presente, portanto, o que passa, o que foi pretérito é o presente, visto que o passado se atualiza através das memórias na singularidade de cada um pelo fato de que o tempo não se passa do mesmo jeito para todos.

Ao ser questionada a respeito de como era o seu tratamento anteriormente ao CAPS II, respondeu:

> – Eu deitava e chorava. Eu deitava e chorava, chorava, chorava e chorava, até... Parece que quando eu chorava eu sentia um alívio. Eu não passava por psicólogo e nem psiquiatra. Quando agrava muito eu ia pro pronto socorro. Até hoje eu travo o maxilar. Só não quando eu tomo o Rivotril. Eu não tomo o Rivotril só pra dormir. Se fosse só pra dormir eu tentava tirar ele. Eu era medicada e voltava pra casa.

Continuando a entrevista, ela respondeu ao questionamento se já fora atendida no Hospital Afrânio Peixoto:

> – Você já foi no Afrânio?
> – Já fui uma vez. No Afrânio passei uma vez. Eu fui uma vez. Mas, não cheguei ficar internada, e fui consciente. Não fui assim... eu mesma fui sozinha. E já passei no Afrânio também pra uma perícia médica. Quando eu fui aposentar.
> – Você sabe o seu diagnóstico?

> – Não sei não. Sei que tem dois PFs, dois códigos assim. E tem mais outros números. Só sei que é feito em código. Eu só sei que a assistente social de lá falou que era.... (longa pausa). Que era uma depressão leve. Mas, eu não tive uma depressão leve. Se eu tivesse uma depressão leve, eu já estava curada. Do tanto de tempo que eu tô lá, já estava boa.

Em seguida, foi questionada sobre as mudanças ocorridas após o tratamento oferecido pelo CAPS:

> – O que mudou depois do tratamento no CAPS?
>
> Quando eu cheguei no Caps... mudou muito... aí foi melhorando as crises, lá mudaram os medicamentos. Lá tinha muitos profissionais. Hoje o CAPS não tem nada. É, nem áugua ás vezes pra beber lá não tem. Tem vezes que não tem áugua lá. Mas, na época que eu fui, passava pelo psiquiatra, pelo psicólogo, eu passava pela enfermeira, educador físico, por Dra. A. L. e fazia oficinas. Fazia acupuntura com Dr. P.. Eu me lembro de você lá. Você saiu porquê? O CAPS tá ruim agora, mas assim... assim... Mas, mudou muito minha vida. O CAPS me ajudou muito. E, eu só me levantei mais depois que passei pelo psicólogo. A terapia foi muito importante na minha vida, me ajudou a levantar, me deu muita força.

Essa passagem da narrativa traz uma questão importante no que se refere ao descuidado que passou a ser verificado no CAPS II de Vitória da Conquista, em consonância com o desmonte da saúde mental pública que o Brasil vem sofrendo desde o ano de 2016, como foi apontado na seção anterior da presente dissertação. A senhora Laura repete por duas vezes a falta de um item básico à vida humana, que é a água. Essa repetição relaciona-se com a falta de cuidado presente da instituição, tanto, que logo depois, ela volta a se referir da época em foi para o CAPS II no início de seu tratamento, quando segundo seu relato, “O CAPS tá ruim agora, mas assim... assim... Mas, mudou muito minha vida”.

Questionada se, anteriormente ao CAPS, já havia feito algum tratamento para o sofrimento mental, a Sra. Laura respondeu:

> Não tinha. Ou tinha e minha família não entendia que aquilo que eu sentia era uma doença. Eu sofria só. Até adulta. Quando criança, me deram medicamento no hospital e voltei pra casa. Eu procurei um amigo meu e ele me disse: Para de tomar esses medicamentos Lxx... Esse povo passa esse remédio pra a gente ficar besta e eles controlar a gente.

Podemos observar, por meio deste trecho da narrativa, que a senhora Laura até passar pelo CAPS II, teve uma infância e uma juventude desassistida do ponto de vista das políticas públicas de saúde mental, especialmente a infantil. As suas crises desde quando era uma criança eram controladas pelos fortes medicamentos em prontos socorros, sem o devido acompanhamento posterior para o tratamento dos sintomas e evitar ou diminuir as crises.

O tratamento só vai melhorar quando a senhora Laura. ingressa no CAPS II em 2003, como ela mesmo diz "eu só me levantei mais depois que passei pelo psicólogo. A terapia foi muito importante na minha vida, me ajudou a levantar, me deu muita força". Mesmo criticando a atualidade do CAPS II, ela reconhece que foi no centro especializado, com equipe multidisciplinar, que sua vida mudou: "O CAPs me ajudou muito". "Mudou minha vida".

Quando questionada mais uma vez em relação ao seu diagnóstico, respondeu confusa:

> Não sei não. Sei que tem dois PFs, dois códigos assim. E tem mais outros números. Só sei que é feito em código". "Eu só sei que a assistente social de lá falou que era.... (longa pausa). Que era uma depressão leve.

A esse respeito, a Senhora Laura menciona que questionou o diagnóstico e diz que sua situação é mais grave, de modo, não teve o poder de verdade inquestionável, de perda da verdade de si mesma. Ou seja, ela mantém a sua produção de subjetividade potente e vai além do diagnóstico dado nos hospitais e CAPS para se reconhecer enquanto sujeito que adoeceu psicologicamente em determinado momento da vida e, pela sua vivência consegue, mesmo desprovida do conhecimento clínico, avaliar o seu sofrimento e não se deixar influenciar pelo estabelecimento rígido de uma classificação para a patologia que a acomete.

Participante 02 – Ive.

A participante 02 tem 37 anos, é natural de Vitória da Conquista, solteira, não tem filhos, aufere a renda mensal de um salário mínimo, fruto do BPC. Ive se define de cor branca, com nível de escolaridade 2º grau incompleto. Durante a entrevista de 48

minutos, chorou fortemente e sorriu em gargalhas outras vezes. Assim como na entrevista anterior, começamos com a primeira pergunta em relação a sua infância.

> Eu fui criada pela minha tia, que considero mãe. Fui criada por ela desde os oito anos. Depois, quando eu tava com um e pouco, minha mãe biológica veio pra Conquista com meu irmão recém-nascido e me levou de pra São Paulo. Fiquei lá até pouco tempo, depois minha mãe biológica me deixou de novo com minha tia, dizendo que eu era muito nervosa e ficava batendo a cabeça no chão. Minha mãe (tia) fala que me levou em rezadeira, fez simpatia, tudo pra tentar resolver meu problema de nervoso e bater a cabeça no chão. Minha mãe disse que só fui falar mesmo com quase três anos, viu? Pensa só! A primeira vez que eu falei e andei, foi em um jogo do Brasil, que o Brasil fez um gol e eu corri gritando: mamãe, mamãe, gol. Minha mãe disse que todo mundo chorou.

Ive considera a sua tia como sua mãe de fato, por tê-la adotado e criado, inclusive a chama de mãe. Utilizou no momento inicial da entrevista, a terminologia "tia", para nos contextualizar quanto ao momento do abandono da mãe biológica e a adoção da tia. Sendo assim, a partir de agora nos referimos a tia como sendo a sua mãe e quando formos nos referir à mãe biológica, traremos em destaque esse termo (mãe biológica).

Um fato importante que nos chamou a atenção nessa parte da narrativa foi em relação à primeira palavra em que ela pronunciou na vida, o significante "mamãe". Ainda que a lembrança que Ive nos traga seja através de uma memória construída, ou seja, a partir da narrativa da sua mãe - "Minha mãe disse que só fui falar mesmo com quase três anos, viu?" - o que importa para o campo da nossa análise é a dimensão afetiva do que significa "mãe" para Ive, já que ela foi abandonada pela mãe biológica e encontrou na tia, ao longo do tempo, a construção do sentido de "mãe". Ive esteve até os três anos, em silêncio com as palavras, mas elaborando-as internamente, até que um estímulo externo (jogo de futebol) a fez externalizar os sentimentos em palavras, "A primeira vez que eu falei e andei, foi em um jogo do Brasil, que o Brasil fez um gol e eu corri gritando: mamãe, mamãe, gol. Minha mãe disse que todo mundo chorou".

Seguimos nos questionamentos:

> – Com quantos anos você foi ao psicólogo/psiquiatra pela primeira vez?

> – Minha mãe fala que foi com menos de dois anos. Muito nova, né? Minha mãe biológica voltou pra São Paulo, meu pai só queria filho homem. Eu era muito nervosa, diziam que eu era diferente. Mas, frequentei escola normal. E, depois eu frequentei a APAE, mas não me lembro de muita coisa do início. Como eu era muito nervosa, me colocavam de castigo em quarto escuro pra mim acalmar. Minha mãe foi um dia sem avisar e eu estava nesse quarto chorando... [Choro] Eu já tinha uns oito anos já. Eu fiquei 12 anos lá na APAE. Não lembro direito porque eu saí de lá... minha mãe conta que... que... que eu... que eles fizeram uma avaliação lá e algumas pessoas tiveram que sair, inclusive eu. Senti falta das amigas, mas... aí... Depois eles ligou pra minha mãe, mas eu não quis voltar e nem ela também. A gente ficou muito magoadas. Aí eu fui pra uma escola normal, particular e minha mãe pagava meu tratamento.

Assim como na entrevista com a senhora Laura, Ive também apresentou suas crises, seu sofrimento mental ainda na infância. A diferença é que Ive teve o seu primeiro contato com a psiquiatria com apenas dois anos de idade. Ive tem uma memória de sua infância bem preservada em detalhes, inclusive no que diz respeito à dimensão afetiva. Mesmo as memórias construídas, os fatos históricos contados por sua mãe e seus familiares, ela traz em detalhes. Mas, de fato a questão do afeto é centralizador na memória que ela nos relatou, como abandono da mãe e do pai biológicos, a mágoa da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), principalmente em a tê-la deixado várias vezes em um quarto escuro como punição de seus comportamentos. Este fato congraça com o que abordamos na seção anterior no tocante a punição como dispositivos pedagógicos, ou seja, uma herança dos modelos de educação dos jesuítas no período colonial e que ainda é realizada com novos métodos e novos lugares, nos dias de hoje.

Ive era constantemente isolada das outras crianças por não se comportar de acordo com algumas regras da APAE, sendo possível identificar em seu relato que as reprimendas ocorriam de uma maneira cruel, com requintes de tortura psicológica ao colocá-la sozinha em um quarto escuro. A criança era portadora de um sofrimento mental e, ao invés de ser tratada como tal, ou seja, por uma equipe multiprofissional da saúde mental, recebia a inclemência dentro de uma instituição que, apesar de ser importante na história das crianças com deficiência no Brasil, não era e não é adequada para os sofrimentos mentais. Esse fato do quarto escuro trouxe profundas marcas na vida de Ive.

Hoje, Ive tem consciência de que este método de castigo não era o adequado para tratar as suas crises. Ela também traz um ressentimento no que se refere ao seu

desligamento sem maiores explicações da APAE, evidenciando outra sensação de abandono, sentimento que está presente em boa parte de suas narrativas. Uma ruptura abrupta e repentina mais uma vez dos afetos e amizades que foram construídos nos 12 anos em que ela ficou por lá.

O afeto é um sentimento marcante nas pessoas em sofrimento mental quando evocam suas memórias, sobretudo as que antecedem as primeiras crises, ou seja, antes do diagnóstico, do saber psiquiátrico. O passado é memória. A forma como somos afetados define nossa postura diante das coisas. O afeto é uma tendência motriz vibrando sobre uma placa sensível, por exemplo, eu te percebo aí e te sinto aqui. (DELEUZE, 2012).

Seguindo a entrevista, questionamos como eram esses tratamentos e quais profissionais particulares da rede privada ela experenciou após a saída da APAE:

> – Eram relaxamentos... tinha uma psicóloga aqui perto de casa que fazia relaxamento... eu gostava. Fiquei um bom tempo com ela, viu? Foi depois dela que eu fui pro CAPS.
> – Quando que você foi para o CAPS II? "[Fortes risos]. O CAPS inaugurou de manhã, meio dia nós estávamos lá. Eu e minha mãe".
> – No Primeiro dia?
> – Oxe! Duas horas da tarde já estávamos com Drxx.[38] Me examinou muito. Tinha uma mulher lá também que a gente conhecia da APAE, a terapeuta B.

Fica evidente neste trecho a demanda apreensiva por um acompanhamento especializado, visto que Ive foi cadastrada no mesmo dia no CAPS II (para adultos), ainda que não tivesse completado 18 anos:

> – Você tinha quantos anos nessa época?
> – Hum.... deixa eu ver... sei lá... uns treze, pra quatorze.
> – Então você foi para o CAPS II ainda adolescente, né?
> –Sim sim, fui... fiquei adolescente lá por muito tempo. Minha adolescência toda. Não lembro muito não, mas minha mãe disse que depois que fiquei moça... sabe? [risos]. Eu comecei a ficar muito agressiva, independente das minhas crises... na verdade, só piorava as crises. Eu saia correno e jogava tudo no chão, quebrava tudo. Acho que era coisa de hormônio, ne? Hoje fico bem mais tranquila

[38] Psiquiatra do CAPS II. Ive fala o nome da médica mas, por questão de sigilo, não expomos o seu nome e nem os nomes citados no decorrer das entrevistas.

Vale salientar, que o CAPS II é específico para atendimento às pessoas adultas e Ive é cadastrada como usuária (paciente) do serviço ainda adolescente, o que nos coloca diante de um questionamento muito sério. A admissão de Ive, foi uma ação ilegal ou ética? Longe de julgarmos ou darmos uma resposta moral, o que de mais grave vemos nesta situação é o fato do município priorizar a implantação dos dois CAPS[39] destinados a adultos, e não implementar o CAPS infanto-juvenil, embora se tratem de instituições preconizadas pela mesma lei federal. Questionamos bastante essa extemporaneidade do Estado em relação às políticas públicas de saúde mental infantil no início deste capítulo, cujos efeitos nocivos deste atraso podem ser aqui constatados, na prática:

> Como foi saber da sua doença (ou diagnóstico)? Ou, você sabe o que tem?
> Não foi no CAPS não que eu fiquei sabendo o que eu tinha... foi num neurologista que fez uns exames lá e me disse que tinha um problema de aprendizagem. É... assim... realmente eu sou mais lenta mesma, sabe? Sempre fui. Tenho que repetir muito pra fixar as coisas na cabeça. Na verdade, isso eu já sabia [gargalhadas].

Neste trecho, aparece o componente do diagnóstico psiquiátrico, como trabalhamos na seção anterior, no item em que abordamos a psiquiatrização da infância. Ive nos apresenta uma narrativa da dimensão do tempo: "É... assim... realmente eu sou mais lenta mesma, sabe? Sempre fui". Mais lenta em comparação a quem? Em comparação a qual tempo? O fato é que o capitalismo e o poder farmacológico fabricam um tempo para que todos sigam iguais e aqueles que não se adaptam, ou seja, que produzem outros tempos de se movimentarem pelo espaço, são capturados pela gigantesca rede do diagnóstico psiquiátrico. É o tempo cronológico universal, sobreposto ao tempo subjetivo,

O diálogo prossegue, sendo questionadas as mudanças ocorridas após a participante tomar conhecimento do diagnóstico ou da doença:

> – Ao saber do diagnóstico/ ou da doença o que mudou em sua vida, com seus familiares, amigas/amigos, na escola?

[39] CAPS II e CAPS AD em 2002.

> Ah mudou muita coisa... minha vida foi muito difícil. Poucos amigos, fico sempre mais em casa. Depois me deram um diagnóstico de Psicose... não sei se é esquizofrenia... [longa pausa e expressão de tristeza, seguida de choro],Fiquei lá no CAPS me tratando... Fiquei adulta... aí depois eu passei por você lá no CAPS, né? E depois eu vim para o seu consultório... aí acalmei mais, sabe? Antes eu tinha uma força retada, quebrava tudo mesmo, machucava as pessoas com as unhas quando eu ficava descontrolada. Minha mãe tinha medo de mim.

Mais uma vez reaparece a questão do ressentimento, quando Ive rememora seu passado, suas crises, sua infância e juventude, quando machucava sua mãe:

> – Você conhece o Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto? Já fez algum tipo de acompanhamento por lá?
> Conheço sim [expressão de tristeza] precisei ficar lá uma vez. Foi muito ruim. Comecei a ter umas crises muito agressivas... tirava sangue das pessoas, da minha mãe [choro] aí eu precisava ser levada para os hospitais normais mesmo, sabe? Até que um dia, me levaram pro Afrânio... foi muito ruim. Eu derrubei todo mundo lá... enfermeiro, porteiro... aí me amarraram. Me deram uma injeção e fui embora porque não podia ficar internada lá. Eu era de menor. Aí o psiquiatra do CAPS foi lá em casa e mudou minha medicação e aí eu voltei ao normal.

A entrevistada informou haver percebido a ocorrência de mudanças no decorrer do tempo desde a infância até a atualidade:

> Em relação ao tratamento da sua doença mental, o que mudou da sua infância para hoje?
> Ah... vixe! Mudou muita coisa... hoje eu me considero uma pessoa normal depois do CAPS... Faço compras, vou na rua, ouço música... tudo normal... vou até pra academia [risos] A minha infância foi toda de crises. Eu não tive uma infância boa... quer dizer... tinha época que era boa, mas na maioria das vezes, eram muitas crises. Eu ia muito para os hospitais. Tudo era ruim... até ir pra dentista era difícil... tanto que eu sou aposentada pelo governo desde os oito anos de idade. Mas, teve uma época lá no CAPS que uma psicopedagoga botou na cabeça das pessoas que eu não tinha perfil pra psicologia... depois a doida sou eu. Disse que eu não interagia com psicólogo na terapia. Achei isso de uma pobreza de espírito. Você foi o primeiro a fazer terapia mesmo comigo. Hoje durmo bem, como bem. Adoro natação. Continuo tomando uns remédios pra melhorar o cérebro, né?

Mesmo relatando ter experimentado significativas melhoras, Ive lembra do passado com muito ressentimento, de ter sido aquela criança agressiva, institucionalizada desde a tenra idade, medicada, diagnosticada, abandonada, com dificuldades de manter amizades e relacionamentos em geral, com muitas mágoas na memória, a ponto de dizer que na infância "tudo era ruim". Mesmo tendo lembranças de episódios "bons" ("tinha época que era boa"), as lembranças mais recorrentes deste período de sua infância, Ive as tem como negativas. Percebe-se que ela só se refere a acontecimentos positivos da vida adulta para cá. Mesmo adolescente no CAPS II ainda traz memórias negativas, como o caso da segregação da técnica que afirmou que Ive não tinha condições de se manter evolutiva em terapia pelo fato de ser "mais lenta".

Fica visível que Ive teve uma infância e uma adolescência inicial sem acompanhamentos e tratamentos ofertados por equipes especializadas em saúde mental pelo Estado, sendo forçada a buscar acompanhamento particular de psicólogos e psiquiatras. Uma criança que, desde a tenra idade, convive com sintomas de transtornos mentais e teve que passar por Associação que não tinha competência para tratamento deste tipo de patologia, por hospital psiquiátrico exclusivo à população adulta por não ter outra alternativa para tratamento e cuidado especializado em momento agudo de suas crises e teve seu cadastro no CAPS II ainda quando era adolescente mostra a extemporaneidade do poder público em implantar o CAPS ia concomitante aos CAPS para adultos.

Participante 03 – Senhora Cássia.

A senhora Cássia tem 43 anos, solteira, natural de Vitória da Conquista, tem o 3º grau incompleto e, atualmente, está na metade de um outro curso superior. Cássia se define de cor negra, funcionária pública e vendedora autônoma. Possui renda mensal superior a 5 salários mínimos. Diferente da senhora Laura e Ive, sempre fez tratamentos particulares. Cássia falou muito pouco, porque se emocionou demais e lhe faltou a voz constantemente.

Mais uma vez recorremos a Pollak (1989), no que se refere ao não-dito e memória, uma vez que "a fronteira entre o dizível e o indizível, o confessável e o inconfessável, separa, em nossos exemplos, uma memória subterrânea" (POLLAK,

1989, p. 9), o que é bem perceptível no caso de Cássia e sua dificuldade em retirar essa memória do subterrâneo, das sombras:

> – Como foi a sua infância?
> – Minha infância foi... [pausa e choro] minha infância foi muito dura, sabe Marx? [choro] meu pai é pastor, daqueles bem radical. Então minha vida foi muito regrada de tudo. Não podia assistir televisão, desenho, programas que não fossem religiosos. Não podia ter a maioria dos brinquedos. Só pra você ter uma ideia, não se podia falar nem no nome de Xuxa, nem do de Roberto Carlos [riso sem graça] eles eram do demônio, sabe? Meu pai é separado hoje da minha mãe, ele casou de novo. Graças a Deus saiu de casa [pausa] a Deus não que não acredito mais nele. Meu pai era muito bruto com todos nós lá em casa. Certa feita espancou minha irmã que quase a matou. Ele humilhava minha mãe o tempo inteiro. Sabe assim, Marx? Eu... é... [choro mais forte] ninguém prestava atenção em mim, digo meus pais. Tanto fazia se eu saísse sem escovar os dentes, sem tomar banho, sem fazer a tarefa, eles não estavam nem aí pros filhos. Cresci só dentro de uma casa cheia. Pra você ter uma ideia... ai [choro] tenho até vergonha... [choro mais longo] quando era criança, eu dormia no quarto deles, e eu acordava com os gemidos... [choro mais forte] sabe? Deles transando [choro] era horrível, como não enlouquecer?

Logo de início, a senhora Cássia já relata a questão da violência familiar, do silenciamento de uma casa inteira pelas atitudes agressivas do pai, que justificava e fundamentava seus comportamentos através do discurso de uma moral cristã, baseada na proibição de tudo aquilo que ele afirmava ser contrário aos desígnios do Deus, impondo-a a toda família.

A senhor Cássia narra também, o incômodo diante da falta de atenção tanto da mãe, quanto do pai: “ninguém prestava atenção em mim, digo meus pais. Tanto fazia se eu saísse sem escovar os dentes, sem tomar banho, sem fazer a tarefa, eles não estavam nem aí”, chegando a explanar que cresceu só em uma casa cheia de gente, uma espécie de solidão povoada. A sensação de não ser vista em sua própria casa, de não ser vista como filha ou criança é tão forte na senhora Cássia, que ela rememora os encontros sexuais dos pais em sua presença como se ela não estivesse ali.

Ao ser questionada a respeito da primeira ida ao médico, ela respondeu:

> – Com quantos anos você foi pela primeira vez no médico?
>
> Ah, eu tinha... Assim, Marx, eu tive minha primeira crise psicológica, que eu me lembro... eu tinha 09 anos de idade. Eu vivia numa tensão tão grande naquela merda daquela casa, brigas toda hora, ninguém

> olhava pra você e tinha uns tios.... [choro misturado com gritos] eu fui abusada sexualmente por um irmão... [choro] por um irmão da minha mãe. Ai desculpa, Marx. Ele me colocava em seu colo e passava o pênis na minha mão [voz bem fina] depois me dava doce e doce na minha casa era proibido. Certa feita minha mãe abriu a porta do quarto e me viu no colo dele semi nú [choro forte] sabe o que ela fez? Fechou a porta. Aí não dá, Marx. [choro e gritos] Foram vários abusos e depois desse episódio envolvendo a conivência da minha mãe, eu passei ter medo de tudo.
> – Tudo o quê? Que tipo de medo?
> – Ah... medo de gente mais velha. Medo de carinho, porque não recebia dos meus pais... então quando recebi, foi carinho de abuso. Nem pode se chamar de carinho, né? É porque ele não me ameaçava [choro] só pedia pra eu não contar se não, não teria doce. Eu feito uma besta, caí [choro]

É importante observar as múltiplas violências que a senhora Cássia sofreu no âmbito familiar, desde abandono afetivo até abuso sexual com a "conivência" da genitora. Podemos observar que ela não se percebia ameaçada pelo abusador (seu tio) no trecho em que diz: "é porque ele não me ameaçava" mas havia, sim uma ameaça, não no sentido de morte dos pais, dela mesma ou algo do tipo, porém mais sutil, associada ao corte de um prazer proibido em sua casa, o doce: "só pedia pra eu não contar, senão não teria doce". A interpretação equivocada quanto ao abuso sofrido na infância aparece como um dos reflexos sobre a elaboração da própria identidade que, segundo Pollack (1992, p.205), "é um fenômeno que se produz em referência aos outros, em referência aos critérios de aceitabilidade, e que se faz por meio da negociação direta com os outros".

Ela rememora os episódios de abusos sexuais como se fosse, de alguma maneira, culpada por não conseguir sair daquelas situações de violência: "Eu feito uma besta, caí". Outro fato importante para destacar é em relação ao sofrimento com que narra a associação do carinho com o abuso e, ao mesmo tempo, questionar se era manifestação de afeto ou não:

De acordo com a senhora Cássia, o medo se relacionou com as crises psicológicas por ela vivenciadas

> – O medo teve a ver com suas crises psicológicas?
> – Ah sim... sim. Eu passei a ter crises de pânico, mas eu não sabia que era pânico na época. Meu coração não parava de bater fortemente, as mãos tremiam. Comecei a ouvir barulho de passos, quando eu abria a porta do quarto, não tinha ninguém. Comecei a ouvir batidos na porta

> do banheiro quando eu estava tomando banho. Aí eu fechava o chuveiro e perguntava quem era e ninguém respondia. Me enrolava na toalha, saía do banheiro e não tinha ninguém em casa. Era horrível.
> – Foi aí que você procurou ajuda especializada?
> – Foi. Porque eu falei pra minha mãe que eu estava sentindo todas essas coisas e daí ela contou ao meu pai [choro] meu pai fez um espetáculo. Chamou membros da igre...[choro] desculpa. Chamou membros da igreja e fez uma sessão de exorcismo em mim... [choro e gritos] na frente de todo mundo, dizendo que eu estava com o demônio [choro] minha irmã bem mais velha que eu, já tinha saído de casa e sabia que eu não tinha demônio algum, que era problema psicológico... ela que me levou em Dr.[40] A partir daí que fui melhorando.
> – Você tinha quantos anos?
> – Quando fui no psiquiatra? Uns 9 pra 10.
> – Você sabe o seu diagnóstico?
> – Sei sim. Depressão grave. Na época, com episódios de psicose.
> – Você já frequentou algum serviço público de saúde mental, aqui, em Vitória da Conquista?
> – Não. Só particular". Você conhece o Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto e o CAPS? O que você sabe desses locais?
> – Conheço assim... de falar. Nunca precisei passar por eles não. Sei que eles tratam gente doida que nem eu [gargalhada].

A senhora Cássia traz uma memória muito sofrida, dolorosa, em que os afetos considerados como mais importantes da vida pela cultura ocidental como mãe, pai, família e Deus foram afetados de modo negativo na vida da participante. Ela carrega dores existenciais que marcaram sua infância através de traumas que violentaram não só seu corpo orgânico, mas sua força de criança, sua potência, suas fantasias, enfim, sua ludicidade. A produção de seu adoecimento psíquico se deu no núcleo familiar tanto do ponto de vista do abuso sexual, quanto da negligência materna e da truculência por parte do progenitor. Ela não era uma criança cuidada pelos pais, reivindica desde o início da entrevista um olhar de cuidado para com o sofrimento que manifestava e até mesmo a ausência de repressão por parte destes quanto a comportamentos infantis que refletissem descuido ou falta de zelo para com si própria: "ninguém prestava atenção em mim, digo meus pais. Tanto fazia se eu saísse sem escovar os dentes, sem tomar banho, sem fazer a tarefa, eles não estavam nem aí pros filhos".

Neste sentido, é importante destacar que, para a psicanálise, o abuso sexual constitui um trauma:

> Para Ferenczi (1992), nas situações de abuso sexual, ocorre uma distorção da linguagem entre adultos e crianças. O trauma é entendido

[40] Psiquiatra da rede privada. Por questões éticas, mantemos em sigilo o seu nome e local de atuação.

> como uma situação excessiva, vivida pelo sujeito, que, no momento, é incapaz de dar vazão a tal carga energética (LAPLANCHE; PONTALIS, 1979; MARIN, 2002). Para Laplanche e Pontalis (1979), o trauma psíquico provoca efeitos patológicos duradouros.
> (ARPINI *et alii*, 2012, p. 89

Outro fato importante foram as crises psicóticas, com alucinações e delírios, serem tratadas pelo genitor como fenômenos demoníacos. Ou seja, Cássia foi percebida pelo pai, tocada, através de um acontecimento traumático para ela, uma vez que os sintomas do seu sofrimento mental foram negligenciados e reduzidos à falta de Deus e à posse do demônio sobre seu corpo.

Pode-se perceber, durante as narrativas, que a senhora Cássia não teve contato com os equipamentos públicos de saúde mental por conta da condição financeira de sua família quando criança e, posteriormente por sua capacidade própria de manter o seu tratamento na rede privada, com o auxílio de profissionais das áreas de psiquiatria e psicologia.

Participante 04 – Senhora Ana

As participantes 04 e 05, não tiveram suas crises psíquicas na infância, mas contribuíram para o debate acerca das políticas de saúde mental infantil em Vitória da Conquista.

Ana tem 40 anos de idade, se declara de cor branca. É casada e tem uma filha. Natural de Vitória da Conquista, possui o 2º grau completo. Atualmente, está desempregada e a renda familiar é de um salário mínimo, fruto do trabalho do marido. É uma mulher de fala acelerada, em diversas vezes interrompida pelos choros que ocorreram durante quase toda a entrevistas, intercalados com alguns episódios de risadas.

Ao ser indagada a respeito da infância, relatou:

> – Como foi a sua infância?
> – Minha infância foi muito tranquila até determinado ponto. Eu brincava na porta da rua lá no bairro Brasil, sabe? Naquela época parecia que Conquista era uma cidade pequena, tranquila. Ia na venda comprar doces, cigarro pra mainha, coisas de comer pra minha vó e... e... éh... poxa vida [emocionada] ia no bar que tinha lá na rua, sabe? Quase todo dia eu ia buscar meu pai bêbado [Choro].Quando nós chegava em casa era um terror. Minha mãe brigava com ele e ele

> ficava muito nervoso xingando um monte de palavrão... vai tomar no cú sua puta, vagabunda [Choro] E ela respondia... ela respondia também do mesmo jeito, sabe? É muito ruim uma criança ouvir isso. Não sei te dizer quantas vezes eu, minha irmã e minha mãe saímos tarde da noite andando pra casa do meu avô por parte de mãe. Até que teve um dia que eles se separaram [Choro mais forte]. Foi muito duro... [Choro] Eu era muito apegada ao meu pai e depois que eles se separaram, minha mãe proibiu ele de ver a gente, mas eu não sabia disso. Eu nunca mais vi meu pai [Choro] Só depois de adulta. Minha mãe sempre falava mal dele, sempre. Até hoje. Pensei a vida inteira que ele tinha me abandonado ou morrido ou sei lá... simplesmente sumiu. Quer dizer! Não é simplesmente, mas pra mim foi assim que eu me senti.

Ana traz nesse primeiro trecho da entrevista, uma situação de violência psicológica cuja ocorrência é muito comum nas famílias, sobretudo, após as separações, mas de pouca discussão na sociedade, que é a alienação parental: "depois que eles se separaram, minha mãe proibiu ele de ver a gente, mas eu não sabia disso". A lei º 12.318[41], de 26 de agosto de 2010, sancionada pelo então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, no art. 2º, considera ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança, induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos cuidadores que tenham a criança sob sua guarda, para que despreze o outro genitor/cuidador e cause prejuízo à manutenção do vínculo com ele. A ideia de que Ana sofreu alienação parental, é reforçada na seguinte narrativa:

> – Minha mãe sempre falava mal dele, sempre. Até hoje. Pensei a vida inteira que ele tinha me abandonado ou morrido ou sei lá.
> – Com quantos anos você foi pela primeira vez no médico e/ou psicóloga(o)?
> – Ah... eu fui com uns 18 pra 19 anos viu, Marx? Foi com Dr.[42] Lá no Ofrânio Pexôto. Não tinha CAPS, essas coisas não... ih... antes tivesse. E eu também não tinha condições de pagar um psiquiatra... eu era estudante. Minha mãe também não tinha como pagar. Mas, não fiquei internada lá não, tá? [Risos] Deus me livra! Fui lá e fui medicada depois de algumas horas fui pra casa. Fiz isso algumas vezes viu? Era quase anos 2000 ou coisa assim.

Apesar de não ter adoecido psicologicamente no período da infância, Ana teve várias passagens pelo Afrânio Peixoto ainda bem jovem. Ela deixa de modo explícito, o seu temor em ficar internada no Afrânio e lamenta não existir a política dos Centros de

---

[41] Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12318.htm
[42] Psiquiatra do Afrânio Peixoto nos anos de 1990.

Atenção Psicossociais como alternativa ao modelo hospitalar à época em que iniciou o tratamento de seus problemas:

> – Como foi saber do seu diagnóstico?
> – Foi muito difícil. Eu tenho dois diagnósticos: Pânico e Depressão. Fui fichada [Risos]. Sou F41[43] e F32.3[44] como eles dizem lá no Ofrânio. Até hoje eu vou lá, você sabe disso, pra passar pela psiquiatra e pegar as receitas. Mas, naquela época eu era muito nova, fiquei assustada com a ambiente do Ofrânio, as pessoas lá tudo louca. Aí eu pensava: Meu Deus, não me deixe ficar assim pra sempre.
> – Assim como?
> – Porque eu estava louca mesmo, sabe Marx? Eu travei a primeira vez, quando eu estava no estacionamento do supermerca... não pera aí. Vou do começo. A primeira vez que eu pirei mesmo, foi no velório do meu vô. Eu era muito apegada a ele, foi como se ele ficasse no lugar do meu pai, entende? Aí quando ele morreu de câncer e era eu que acompanhava ele no tratamento, eu não conseguia enxergá-lo no caixão, sabe? [Choro] eu simplesmente não via, Marx. Eu gritava pra o povo calar a boca e parar de rezar alto pra não acordar meu... [Choro mais forte] pra não acordar meu vô, que eu achava que estava no quarto dormindo... Eu gritava tanto que eles me levaram pro São Vicente e me medicaram e eu dormir uns dois dias seguidos. Depois que caiu a ficha e eu chorei muito, mas muito... durante dias, Marx. Aí eu fiquei indo pro hospital todos... Ô! Pro hospital não, fiquei indo pro cemitério toda semana andando escondia de todos, de madrugada. Naquele cemitério lá da pista de ilhéus, sabe? Então... a partir daí nunca mais fui a mesma. Melhorei uns meses e depois caí de novo.
> – E por qual motivo você passou pelo Afrânio Peixoto a primeira vez?
> – Ah tá! Voltando... tá vendo? Falo tanto que me perco. Aí, tempo depois, uns 8 meses eu estava dentro do carro de um namorado num estacionamento do Superlar e travei. Mas, travei mesmo, sabe? E meu namorado na época não entendeu nada e nem eu [risos]Eu simplesmente não consegui saí do carro. Já te contei isso. As pernas endureceram e eu não conseguia me mover da cintura pra baixo. Aí me levaram no Ofrânio e eu recebi esse diagnóstico de pânico.

As narrativas até aqui, evidenciam a ausência dos equipamentos de saúde mental na esfera pública para que Ana fosse acompanhada adequadamente, que o Afrânio Peixoto aparece como um dispositivo psiquiátrico reprodutor de receitas médicas, sem um acompanhamento multiprofissional à Ana: “Até hoje eu vou lá, você sabe disso, pra passar pela psiquiatra e pegar as receitas”.

Antes de passar pelo Afrânio, Ana foi levada ao Hospital São Vicente de Paula, quando teve uma crise psicótica no velório do seu avô, reforçando a tradicional imagem

[43] Esses números se referem aos códigos da CID-10. F.41, diz respeito ao Transtorno de Pânico.
[44] Depressão Grave com Sintomas Psicóticos, ou seja, Depressão grave acompanhada por alucinações e delírios.

da Santa Casa como lugar emergencial das diversas enfermidades, incluindo, o sofrimento mental, como fora abordado na presente seção, no item em que contamos a história da Santa Casa/Hospital São Vicente de Paulo em Vitória da Conquista:

> – Como foi o tratamento, neste período?
> Como eu disse, eu nunca cheguei a ficar internada, mas tinha crises de pânico frequentemente... tipo, todo mês. Então eu ia pro Ofrânio e era medicada e voltava pra casa e dormia, dormia, dormia... minha vida virou um inferno. Parou tudo. Tive que ficar sem fazer nada, só em casa.
> – Você chegou a passar por algum psicólogo ou psicóloga?
> – Que...! Passei nada. Até participei de algumas oficinas de grupo, mas não gostei de nenhuma. Eu vim passar pelo psicólogo mesmo aqui com tu, no ano passado... não... retrasado, quando piorei de novo e entrei na depressão depois que minha filha nasceu. Lá no Ofrânio era só medicamento mesmo. Já chegou uma vez, que eu nem fui lá. Minha mãe foi e pegou a receita, acredita? Uma vez não, mais de uma nesses anos todos.

A gravidade explanada nessa parte da entrevista salienta a medicalização da vida das pessoas em sofrimento mental, no tocante ao desprezo pelo encontro com a paciente, não o encontro no sentido literal da palavra, mas na definição de encontrar modos de vida, memórias, dores, alguma coisa que produza e dê sentido aos sintomas. Uma instituição de atendimento especializado em transtornos mentais que se limita a medicar pacientes, sem ao menos examiná-los, repetindo receitas antigas, é atestar a cronificação do sofrimento mental, ou seja, é não acreditar de fato numa perspectiva de melhora na condição de vida dos pacientes.

Ao responder sobre a frequência ao CAPS neste período, a entrevistada relatou:

> – Você chegou a frequentar o CAPS?
> – Olha, na época não tinha, né? Aí eu melhorei um pouco quando chegou o CAPS aqui em Conquista. Depois, quando eu recaí, fiquei com medo de ir pra lá porque me disseram que lá só tem o povo barra pesada, né? Um monte de gente sofrendo muito, muito grave. Eu não ia dar conta. No Ofrânio eu fazia de conta que nem via ninguém. Aí depois, quando eu resolvi ir mesmo, ano retrasado, disseram pra mim lá no atendimento que meu caso não era grave e que eu não tinha perfil pra lá. Pra eu ir pro CEMAE[45], eu acho. Aí meu pai disse que pagaria um psicólogo e eu vim pra cá.

[45] Centro de Atenção Especializada, localizado em Vitória da Conquista. Neste Centro, encontra-se o Ambulatório de Saúde Mental, destinados a pacientes com sofrimento mental considerado moderado. O atendimento é gratuito através do SUS, com profissionais nas áreas de psiquiatria e psicologia.

> – Hoje, você frequenta algum local para cuidar do seu sofrimento mental?
> – Aqui contigo e lá no Ofrânio. Só esses. De vez em quando eu vou na UPA, né? Quando o coração acelera demais.

Ana recorre ao acompanhamento psicoterápico particular depois de anos sendo tratada apenas por medicamentos. A falta de recursso financeiros delongou a busca pela psicoterapia como inclusão metodológica na busca de saúde psíquica.

Participante 05 – Luiza

A derradeira entrevistada, ao contrário de Ana, não passou por aparelhos públicos para tratamento do sofrimento mental. Luiza tem 28 anos, declara-se negra, possui o ensino médio completo, é casada e não tem filhos. A renda familiar é de um salário mínimo e recebe ajuda financeira da mãe, que tem uma renda mensal de 05 salários mínimos.

A entrevistada teve sua primeira crise psíquica no início da adolescência. É uma mulher de poucas palavras e de respostas mais diretas. Ao questionarmos como foi a sua infância, Luiza traz o termo normalidade mais de uma vez, no sentido de uma padronização dos arranjos familiares tradicionais heterossexuais, associados à ausência de grandes problemas:

> – Minha infância foi normal, assim... normal que eu quero dizer é... como outra qualquer, sem muitos problemas. Tipo assim, morávamos eu, meu pai, minha mãe e minha irmã. Na infância, éramos quase pobres, sabe? [risos] Meus pais ganhavam muito pouco, só depois que minha mãe passou no concurso[46] e começou a dar aula, aí as coisas melhoraram e muito. Assim... tipo assim, do ponto de vista financeiro, porque do ponto de vista de estrutura de família, não.
>
> – Como assim? O que aconteceu?
>
> Assim... Pô véi, é tão difícil falar disso. Tão difícil [fala emocionada seguida de um silêncio] enfim... ui [suspiro] Vamo lá. Depois que minha mãe passou no concurso, eu ainda era criança com uns 10 anos, eu acho. Deixa eu ver... é, por aí. Eu sei que depois que ela passou lá, não durou muito tempo meus pais separam [Choro mais forte].Acho que

[46] Por questões de sigilo, não nomearemos a instituição pública em que a genitora da entrevistada trabalha.

> meu pai não se adaptou, sei lá, a nova vida. Mudamos pra cá pro Candeias, pra um condomínio da hora, chique, sabe? [risos]. Acho que meu pai não suportou ganhar bem menos que ela. Ele é empacotador de supermercado até hoje. Eu sei que foi duro e foi a partir daí que eu comecei a ficar assim, triste, chorosa.

Podemos observar até aqui que Luiza coloca como ponto de corte para seu adoecimento, a separação dos pais. Em nenhum momento, no decorrer da entrevista, Luiza relata ter havido alienação parental como no caso de Ana. O que a marcou como motivo central da separação foi a questão de o pai não suportar ganhar menos dinheiro que a sua mãe. Ainda que não seja o objetivo da nossa pesquisa, não podemos deixar de destacar o aspecto machista do pai de Luiza, no que se refere à tradição patriarcal em sustentar e "manter" a família. Luiza faz questão de frisar que a "organização" da sua casa se altera negativamente após sua mãe passar em um concurso público de um bom salário:

> – Você tinha quantos anos quando começou a apresentar esses sintomas?
> – Deixa eu ver... hum... 14 anos. 15, sei lá [risos] Pera ainda! [contando nos dedos]. É, 14 anos.
> – Com quantos anos você foi pela primeira vez no médico ou outro profissional para avaliar esses sintomas? Nessa época mesmo.
> – Você lembra onde foi que você procurou ajuda?
> – Lembro. Foi com Dr.[47] lá clínica... não lembro mais o endereço, mas era lá no centro [risos].

Questionada sobre como foi o tratamento neste período, a entrevistada mencionou muitas dificuldades decorrentes da medicação prescrita:

> – Foi muito difícil, porque eu nunca tinha tomado remédio psiquiátrico na minha vida. Eu fiquei muito tonta e dormia o dia inteiro. Aí voltei lá com minha mãe e ele trocou a medicação. Melhorou muito pouco, até hoje é um "pega pra capar" esse negócio de remédio em minha vida, não serve nenhum, aff. Mas, enfim, ele me diagnosticou com depressão e depois como bipolar. Disse que eu sou bipolar. Fiquei algum tempo com e depois fui pra outros psiquiatras...acho que já rodei quase todos da cidade [risos].Triste, ne? E todos me diagnosticaram com bipolaridade... acho que sou "mermo". Tu acha o quê?

[47] Psiquiatra da rede privada. Por questões de sigilo não utilizaremos seu nome no decorrer da entrevista e nem dos demais profissionais.

De todas as participantes, Luiza é que mais enfatiza a questão do seu diagnóstico e a que mais está capturada por esse saber e poder psiquiátrico. Desta forma, ela diz ter passado por vários psiquiatras e todos deram o mesmo diagnóstico. Não exultante, ainda pergunta ao entrevistador sobre o que ele acha sobre ela mesma: "acho que já rodei quase todos da cidade [risos] Triste, ne? E todos me diagnosticaram com bipolaridade... acho que sou mermo. Tu acha o quê?":

> – Como foi saber do seu diagnóstico?
>
> – Confuso. Até hoje. Às vezes eu acho que não vou melhorar nunca. Tem dias que me sinto super bem, tipo assim, tem dias que fico na merda, bem pra baixo mesmo. Já pensei em me matar várias vezes. Ainda penso de vez em quando. Por isso que acho que sou bipolar mesmo. Tem dias que quero mudar o mundo, outros dias quero abandoná-lo [pausa e silêncio]

Mais uma vez, Luiza reforça a ideia que, de fato ela se trata de uma pessoa Bipolar[48]: "Por isso que acho que sou bipolar mesmo". Foucault (2006), postula que o diagnóstico em psiquiatria não é constituído pelo leque das espécies nosográficas[49] e sim por um domínio binário entre o que é loucura e o que não é loucura. Luiza se encontra presa a esse binário, por isso aceita a categoria bipolar, ou seja, às vezes se sente bem (normal) e, às vezes, não: "Tem dias que me sinto super bem, tipo assim, tem dias que fico na merda, bem pra baixo mesmo".

Ao ser questionada se já frequentou algum serviço de saúde mental no município, respondeu:

> – Só particular mesmo. Ah... teve uma vez lá em Recife que eu tive uma crise de choro tão forte, que minha tia me levou pra um... acho que é ambulatório que fala, né? Uma dessas coisas aí que tem psiquiatra e que não precisa marcar antes. Só teve essa vez? É... só essa.
> – Você conhece o Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto e o CAPS? O que você sabe desses locais?
> – Só conheço de nome, graças a Deus. Já tive medo de ir parar no Afrânio. Aquela coisa, né? Eu sei que às vezes entro em crise e fico meia doida mesmo, mas nunca precisei ficar internada. O CAPS seria tranquilo se minha mãe não tivesse condições. Conheço pessoas que se tratam lá e são bem cuidadas, pra lá eu iria "de boas".
> –Quando você entrava em crise na adolescência, qual procedimento você e sua mãe fazia? Onde vocês iam? Como eram ou são suas crises?

[48] Transtorno Afetivo do Humor. Alterna fases entre a mania (humor elevado) e a depressão.
[49] Classificação e descrição das doenças mentais em classes, sistemas, ordens e espécies.

> – Minha mãe me levava pro SAMUR[50] quando a crise era forte. Mas, era raro. Quando eu era adolescente minhas crises eram bem piores, nem se compara. Eu sumia, me escondia no condomínio, pegava o carro e saia dirigindo em alta velocidade na estrada da UESB, sei lá... fazia altas loucuras e voltava de manhã. Todo mundo doido atrás de mim. Aí minha mãe me levava pro hospital. Depois eu ia para os psiquiatras da vida [risos]. Foi uma adolescência trash. Hoje estou mais de boas.

Mesmo não havendo passado pela rede pública de saúde mental em Vitória da Conquista, Luiza nos apresenta uma representação do Afrânio como uma instituição estigmatizada pelos maus tratos e pelo enfoque da loucura como uma dimensão negativa da existência humana: "Só conheço de nome, graças a Deus. Já tive medo de ir parar no Afrânio. Aquela coisa, né? Eu sei que às vezes entro em crise e fico meia doida mesmo".

Em contrapartida, possui uma imagem do CAPS II como um espaço sem temeridade no tocante a possibilidade de tratamento caso não tivesse condições financeiras de optar pela rede privada de saúde mental: "o CAPS seria tranquilo se minha mãe não tivesse condições. Conheço pessoas que se tratam lá e são bem cuidadas, pra lá eu iria de boas".

As cinco pessoas entrevistadas, em que pesem as suas peculiaridades, experimentam efeitos decorrentes da falta de assistência adequada às situações de sofrimento psíquico por elas vivenciadas. Este cenário não se restringe somente a pessoas provenientes de segmentos sociais menos favorecidos, visto que mesmo a existência de possibilidades financeiras para o acesso a tratamentos médicos ou psicológicos não se mostrou como um empecilho diante de situações de preconceito ou maus-tratos por parte das entrevistadas.

Foi possível identificar a partir das entrevistas um processo de negação por parte das famílias em relação ao sofrimento vivenciado pelas entrevistadas, bem como o sentimento pejorativo para com a instituição que, anteriormente ao CAPs, realizava de modo mais extensivo o tratamento destas patologias e, por assim dizer, com a própria patologia. De modo geral, todas destacam as mudanças proporcionadas a partir da assistência prestada pelo CAPs e destacam a importância a ele inerente em suas vidas.

---

[50] Hospital Particular da rede privada em Vitória da Conquista.

CONCLUSÃO

Com o intuito de analisar como eram facultadas as políticas públicas de saúde destinadas às crianças com sofrimento mental antes da implantação do CAPSia no município de Vitória da Conquista – BA, bem como analisar as memórias das pessoas adultas que adoeceram psicologicamente quando ainda eram crianças e que também não passaram pelo CAPSia realizamos, inicialmente, uma construção histórica da formação da criança e da infância no Brasil, a partir do período colonial até o início do século XXI.

Para darmos conta de explanar acerca da história da criança no Brasil, da colônia à República, utilizamos na segunda seção, autoras e autores fundamentais como Priore (2006), Rizzini (1997; 2009; 2010), Passetti (2006), Foucault (1997), Mott (2010), Ramos (2006), Ariès (2017) e documentos do século XIX (as primeiras leis relativas aos menores de idade). Trouxemos questões importantes como a punição sob a forma de dispositivo pedagógico trazido pelos Jesuítas no período colonial, o Império e o surgimento da Assistência à criança, com leis importantes à época em relação aos menores de idade como passaram a ser chamados e concluímos a seção com o nascimento dos hospitais psiquiátricos no Brasil no final do século XIX.

Na terceira seção, trouxemos a psiquiatrização da infância através da criança chamada idiota no fim do século XIX, em que apresentamos mediante os postulados de Foucault (2006), o surgimento dos diagnósticos psiquiátricos a partir da criança. Apresentamos, ainda, uma psiquiatria racista no início do século XX, a qual forneceu bases para a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental. Ainda na terceira seção, expusemos os códigos de menores do século XX e a criança institucionalizada, a criança nos manicômios e a importância da Reforma Psiquiátrica na criação de novos modelos de tratamento do sofrimento mental enquanto políticas públicas.

Na quarta seção, discorremos sobre as teorias da memória: Memória Coletiva em Halbwachs (2017), Memória Social em Fentress e Wickham (1992) e Memória, Esquecimento, Silêncio em Pollak (1989), articulando com Matéria e Memória em Bergson (2011) para darmos conta das dimensões coletivas, sociais e individuais da memória. Apresentamos a história da saúde mental em Vitória da Conquista, a partir da fundação da Santa Casa de Misericórdia (Hospital São Vicente de Paulo), no início do século XX, passando pela fundação do Hospital Psiquiátrico na cidade, além do caso

Cafezinho (primeira ação municipal no que se refere à saúde mental), até chegarmos à implantação dos CAPS, além de trazermos um recorte da rede de saúde mental do município, o que interessa ao objeto da pesquisa. Finalizamos a seção, analisando as narrativas das pessoas entrevistadas, intercalando-as às teorias da memória.

Apesar de constatarmos diferenças entre as narrativas das entrevistas, como contextos sociais e econômicos distintos, singularidades e significantes acerca dos seus diagnósticos, alguns pontos em comum nos chamam atenção no que se refere ao não tratamento especializado quando eram crianças, ou mesmo jovens adultas, quando os primeiros sintomas psíquicos surgiram. Todas elas trazem memórias um modo de vida na fase infantil marcadas não só em virtude das dificuldades causadas pelo sofrimento mental e situações vividas, mas pela violência exercida pelo do Estado caracterizada pela ausência de políticas especializadas e pela demora histórica da sociedade ocidental em reconhecer a infância como uma fase de produção de vida, de pensamento e de subjetividade da existência humana.

As narrativas trazem, ainda, questões como violência sexual na infância e as consequências traumáticas a partir deste brutal acontecimento, violência familiar, violência de Estado no que se refere à extemporaneidade das políticas públicas especializadas no atendimento às pessoas em sofrimento mental, sobretudo, as crianças e adolescentes que só recentemente (2011), tiveram direito ao tratamento adequado. As narrativas demostram as graves consequências de não existirem tais políticas, como no caso da entrevistada (Ive) que ficou em um quarto escuro na APAE quando era criança, como método de educação a partir da punição ou, como no caso da senhora Laura, que foi atendida diversas vezes em pronto atendimento de hospitais gerais e que só melhorou dos seus sintomas e crises quando mais tarde, já adulta, se cadastrou no CAPS II.

Outro caso semelhante, é o da entrevistada Ana, que também adoeceu na infância,mas por falta de equipamento público específico ficou sendo levada a emergências de hospitais gerais quando tinha crises e chegou até ser atendida pelo Hospital Psiquiátrico depois que completou 18 anos. As entrevistadas Senhora Cássia e Luiza, apesar de serem de outra realidade econômica, com recursos financeiros para tratamentos particulares (psicólogos e psiquiatras), também apontaram para o fato de não haver anteriormente uma assistência direcionada aos cuidados para com a saúde mental infantil. Sabemos que políticas públicas trazem essas discussões para a sociedade e ampliam os níveis de conhecimento com relação a determinadas situações.

Além disso, não é somente no âmbito da saúde (SUS, CAPSia), mas também no SUAS (CREAS): por exemplo, a entrevistada Senhora Cássia teve os seus direitos violados quando abusada sexualmente. O CREAS é um equipamento que lida com essa triste realidade da violência sexual na infância e/ou na adolescência, contando com profissionais especializados, como psicólogos (as), advogados (as) e assistentes sociais, em parceria com o SUS, Ministério Público, Conselho Tutelar, dentre outros.

Concluímos que, desde as embarcações em que os adultos eram priorizados em relação às crianças, como nos casos dos naufrágios, passando pela Constituição de 1988 que veio antes do ECA, até chegar aos CAPS, a morosidade em relação às políticas de direitos às crianças é histórica no Brasil, em especial, no âmbito da saúde mental. Apesar da lei 10.216/2001 determinar a implantação de todos os CAPS nas cidades brasileiras, em Vitória da Conquista, a instituição só foi inaugurada nove anos após a inauguração dos CAPS destinados aos adultos.

É fato que há uma ineficiência e ineficácia do Estado em grande parte do mundo, principalmente no Brasil, quando se trata da criação de políticas públicas realmente transformadoras no campo da saúde mental infantil. “No contexto de diferentes países, é evidente uma marcada defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela” (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 390). A saúde mental sempre foi um tema complicado para o Estado no que diz respeito aos cuidados adequados e à necessidade de criação de políticas públicas para atender à demanda daqueles que, no seio do senso comum, são *tratados* como loucos. Segundo Foucault, “certos loucos, antes mesmo que construam casas especiais para eles, são recebidos e tratados nos hospitais como loucos” (FOUCAULT, 2012, p.10).

A infância pode ser compreendida como a própria definição de memória. É onde toda nossa composição enquanto sujeitos começa. É a espreita do acontecimento. É a existência que convida a lembrança para um passeio ao instante do encontro com as coisas, os afetos, os cheiros, os signos, os códigos culturais, enfim, o mundo e suas características de modo geral. Ela envolve o movimento diário para a composição da vida, uma luta contra o ressentimento e uma insistência em busca da repetição dos instantes de alegria e potência. Quando os encontros são bons, alegres, afirmativos, a criança não quer que tenham fim. O problema é quando esses afetos potentes são capturados por dispositivos psiquiátricos que excluem a memória, mundo e contexto social em que vivem as crianças e universaliza comportamentos. Quando se trata de

relatos de memória antes do saber médico, o afeto se apresenta como um resgate da verdade sobre a própria existência, uma busca de se livrar das amarras que as Casas de Orates[51] impuseram ao longo do tempo em que a frieza da ciência psiquiátrica anulou o afeto como um sofrimento ético e político.

A partir do diagnóstico, o sujeito perde a verdade sobre seu próprio corpo e sua subjetividade é capturada por um saber oficial que o classifica em categorias comportamentais e sintomatológicas e insere a sua existência numa espécie de "destino", determina o presente e o futuro dentro de um tratamento que o mantem com movimentos e singularidades minimizados. Uma espécie de *essência da loucura*, como se todo adoecimento psíquico levasse o sujeito a uma equação definida. "A loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante, a loucura está exilada" (FOUCAULT, 2012, p.47). Destarte, a criança louca é tida como uma desmaliciosa existência destinada ao fracasso social, intelectual e ao mesmo tempo, isolada e excluída de exercer a força vital que produz o entendimento sobre si mesma: o pensamento. "Vai-se continuar, portanto a fazer valer, para esse doente, fonte de lucro, o princípio do isolamento" (FOUCAULT, 2006, p. 140). Ou seja, a loucura infantil passa a ser espólio de um saber oficial e a criança louca passa a não ter a verdade sobre si, transfigura-se à uma categoria sintomatológica.

Sendo assim, existe uma invenção de modos de existência da infância. Uma infância capturada por sistemas de dominação e de uma cultura que a nega como fase afirmativa e potente do desenvolvimento humano. Na verdade, uma cultura que repudia a vida e o que ela pode. Ao nascer, o bebê não sabe ainda dos códigos culturais, como amor, ódio, feio e belo, negro e branco, pênis e vagina, bem e mal, assim como o tempo cronológico. São todos valores criados e diversamente internalizados pelas culturas e singularidades dos sujeitos. Corsaro (2011) nos aponta que a criança é sujeito neste processo de aprendizado dos códigos culturais e sociais.

Não há razão para um valor de verdade universal que não seja criado por algum interesse em determinado momento da história. Ele surge para negar outras verdades e uma verdade é criada para sobrepor a outra, ainda que no discurso, na tentativa de imposição de um saber sobre outro. Essa é a lógica que alimenta o Poder Psiquiátrico, tendo em vista que se trata de um saber oficial acerca de um conjunto de sintomas que

[51] Palavra de origem espanhola, "orates" quer dizer indivíduo louco, sem juízo, tresloucado, doido, idiota. A Casa de Orates refere-se, portanto, a um manicômio (ASSIS, 2014).

passa a ser patológico ou normal, por vias de regras e normas universais e não subjetivas. Desaparece assim, o sujeito.

Faz-se necessária a afirmação de políticas públicas de saúde mental infantil que amplie a compreensão do sofrimento mental, para além das burocracias tecnicistas e de heranças hospitalares e que dê voz às essas crianças. Mas, para isso, é preciso saber escutar. Escutar é diferente de ouvir. Ouvir é uma faculdade biológica. Escutar é um tipo de sensibilidade, por isso é imprescindível escutar suas memórias, suas demandas, linguagens, queixas e estratégias de produção de saúde.

Importante salientar que é proposta por Tanaka e Ribeiro (2009) a ampliação da integralidade das ações em saúde mental na atenção básica. Um novo olhar , segundo Tanaka; Ribeiro (2009, p.478), “permite a ruptura dos limites do setor de saúde, incorporando, desta forma, a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersetorialidade como campo de prática”.

As discussões acerca da saúde mental, devem correr por este território das ações que atravessam os diversos saberes e práticas na busca de criação de novas estratégias de intervenção social no cuidado com crianças em sofrimento psíquico.

É preciso criar novos mundos, inovadores modos de vida. Os seres vivos são compostos de forças que só acabam com a morte, assim como as tensões. Vida é tensão de forças. As forças dominantes são qualidades ativas e as dominadas são as reativas. Forças ativas são destrutivas e criativas, por isso o ato de destruir velhos valores para criar novos modos de vida ativa (AUTERIVES, 2017) afirma a necessidade de uma Destruição ativa para liberar a vida, romper com tudo aquilo que a transforma em uma prisão. A função do pensador não é representar, mas sim criar, transvalorar, criar novos valores e inventar o novo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Oswald de. O manifesto antropófago. In: TELES, Gilberto Mendonça. **Vanguarda Européia e Modernismo Brasileiro**: apresentação e crítica dos principais manifestos vanguardistas. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; Brasília: INL, 1976

ARIÈS, Philippe**. História Social da Criança e da Família**. Trad. Dora Flaksman. – 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

ARPINI, Dorian Mônica; SIQUEIRA, Aline Cardoso; SAVEGNAGO, Sabrina Dal Ongaro. Trauma psíquico e abuso sexual: o olhar de meninas em situação de vulnerabilidade. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88-101, ago. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2019.

ASSIS, Machado de. **O Alienista**. Rio de Janeiro: Penguin e Companhia das Letras, 2014.

AUTERIVES, Maciel Jr**. O Todo-Aberto**: Duração e Subjetividade em Henri Bergson. Rio de Janeiro: Arquimedes Edições, 2017.

APAE. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória da Conquista. **Histórico.** http://site.siteargus.com.br/22/institucional/22 – Acesso em: 12 de junho de 2018.

_____. **Movimento Apaeano:** A maior Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. http://vitoriadaconquista.apaeba.org.br/page/2 – Acesso em: 12 de junho de 2018.

BARLOW, Davis H. DURAND, Mark V. **Psicopatologia**: uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BERGSON, Henry. **Matéria e Memória**: Ensaio sobre a relação do corpo com o espírito. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

_____. Spinoza. In: LECERF, Eric; BORBA, Siomara; KOHAN, Walter. **Imagens da Imanência**: Escritos em memória de H. Bergson. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

BITENCOURT, Kueyla de Andrade. **Passando dos limites***:* Processos de Subjetivação de Alunos em Situação de Risco. Dissertação de Mestrado. Salvador, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Lei de 16 de Dezembro de 1830.** Código Criminal do Império do Brasil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm – Acesso em: 2017.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 2.040/1871.** Declara de condição livre os filhos de mulher escrava que nascerem desde a data desta lei, libertos os escravos da Nação e outros, e providencia sobre a criação e tratamento daquelles filhos menores e sobre a libertação annaul de escravos. 28 de setembro de 1871.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM2040.htm – Acesso em: Agosto de 2018.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 10.216/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03//LEIS/LEIS_2001/L10216.htm - Acesso em 01 de agosto de 2018.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 4.513/1964**. Fundação do Bem Estar do Menor (FEBEM). Brasília, DF: Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1º de dezembro de 1964. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/1950-1969/L4513.htm - Acesso em 19 de agosto de 2018.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 08.742/1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. 7 de dezembro de 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm - Acesso em 19 de agosto de 2018.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 12.435/2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF: Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. 06 de julho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm#art1 – Acesso em 05 de junho 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *DAPE*. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica Nº 11/2019**-CGMAD/DAPES/SAS/MS – 2019. Disponível em: file:///E:/Downloads/0656ad6e.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 30.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 26 de Janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html - Acesso em: 10 de janeiro, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental:** O que é, doenças, tratamentos e direitos. http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental - acesso em: 10 de jan. 2019.

_____. Senado Federal. **Consulta aos arquivos eletrônicos do Jornal do Senado**, Rio de Janeiro, sábado, 16 de Novembro de 1889. Disponível em: http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/arquivos_jornal/arquivosPdf/encarteRepublica.pdf - Acesso em 10 de julho de 2018.

_____. Câmera dos Deputados. **Decreto Nº 1.077/1852.** Approva e manda executar os Estatutos do Hospicio de Pedro Segundo. 4 de Dezembro de 1852. https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html - Acesso em: 2017.

_____. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista-BA. **Lei Nº 258/1981.** O Caso Cafezinho. 03 de Dezembro de 1981. Arquivo Municipal de Vitória da Conquista-BA. Pesquisa documental realizada entre novembro de 2017 e março de 2018.

_____. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista-BA. **Lei Nº 279/1982.** Fica o Executivo Municipal autorizado a conceder pensão mensal, a partir de 1º de janeiro de 1982, ao doente mental Létisson Aragão Silva, conhecido pelo epíteto de "Cafezinho". 21 de maio de 1982. Arquivo Municipal de Vitória da Conquista-BA. Pesquisa documental realizada entre novembro de 2017 e março de 2018.

_____. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista-BA. **Rede de Atenção Psicossocial.**http://www.pmvc.ba.gov.br/tag/rede-de-atencao-psicossocial-raps/- Acesso de setembro de 2017 à agosto de 2018.

_____. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista-BA. **CAPS AD completa 16 anos de existência em Vitória da Conquista.** http://www.pmvc.ba.gov.br/caps-ad-completa-16-anos-de-existencia-em-vitoria-da-conquista/ - Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

_____. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista-BA. **Centro Integrado dos Direitos da Criança e do Adolescente.** http://www.pmvc.ba.gov.br/centro-integrado-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente/ - Acesso em: Agosto de 2018.

CHAMBOULEYRON, Rafael. Jesuítas e as Crianças no Brasil Quinhentista. In: PRIORE, Mary Del. **História das Crianças no Brasil**. Org. Mary Del Priore. São Paulo: Editora Contexto, 2006.

CHAVES, Cleide de Lima. A Assistência à Saúde no Sertão Baiano: as origens da Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista 91913-1932). In: **História da Saúde e das Doenças no Interior da Bahia**: séculos XIX e XX. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013.

CHIAVERINI, Dulce Helena. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** et al. (Org.). Brasília, DF**:** Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CORRÊA, Mariza. A cidade de menores: uma utopia doas anos 30. In: FREITAS, Marcos Cezar de. **História Social da Infância no Brasil**. Org. Marcos Cesar de Freitas. São Paulo: Cortez, 2003.

CORSARO, Willian A. **Sociologia da Infância.** São Paulo: Artmed, 2011.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil:** um recorte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Crianças e Adolescentes na Agenda da Saúde Mental Brasileira:** inclusão tardia, desafios atuais. Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015.

COUTO; DUARTE; DELGADO. **A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira**: situação atual e desafios. *Rev. Bras. de Psiquiatria*, 2008.

DANELON; OLIVEIRA; RITCHER. **A Infância e Educação em De Pueris de Erasmo de Rotterdan**. Olhar de Professor, Ponta Grossa, 15(1): 157-165, 2012. Disponível em: http://www.revistas2.uepg.br/index.php/olhardeprofessor - Acesso de 15 de agosto de 2018.

DELEUZE, Gilles. **Bergsonismo**. Trad. Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Editora 34, 2012.

_____. **Espinosa e o Problema da Expressão**. Trad. GT Deleuze – 12; Coord. Luiz B. Orlandi. São Paulo: Editora 34, 2017.

DESMUNDO. Direção: Alain Fresnot. Produção: Alain Fresnot. Filme baseado no Livro Desmundo de Ana Miranda. Brasil: Columbia Pictures do Brasil, 2003. 1 DVD (100 min.).

FENTRESS, James; WICKHAM, Chris. **Memória Social**. Lisboa: Editorial Teorema, LTDA, 1992.

FOUCAULT, Michel. Nietzsche, a Genealogia e a História. In: _____. **Microfísica do poder**. Org. e Trad. Roberto Machado. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2013. pp. 15-37.

_____. Genealogia e Poder. In: _____. **Microfísica do poder**. Org. e Trad. Roberto Machado. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2013. pp. 262-277.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. Curso dado no College de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **História da Loucura***:* na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2012.

_____. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Vigiar e Punir***:* História das Violências nas Prisões. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

FRANCO, Maria Laura P. B. **Análise do Conteúdo**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

FREUD, Sigmund. O Inconsciente. In: FREUD, Sigmund. **Introdução ao Narcisismo, Ensaios de Metapsicologia e Outros Textos**. Org. e Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FUGANTI, Luiz Antônio. **Onde existe presença o poder não cola**. Palestra proferida em 04 de maio de 2007 na Faculdade de Tecnologia e Ciências (campus de Vitória da Conquista, BA) durante o *1º CULPSI – Cultura & Psicologia*. Diretório Acadêmico de Psicologia Ruben Nascimento, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar um Projeto de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

_____, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GOES, José Roberto; FLORENTINO, Manolo. Crianças Escravas, Crianças dos Escravos. In: PRIORE, Mary Del. **História das Crianças no Brasil**. Org. Mary Del Priore. São Paulo: Editora Contexto, 2006.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Sueli. **Micropolítica***:* cartografias do desejo. 7. ed. revisitada. Petrópolis: Vozes, 2005.

HALBWACHS, Maurice. **A Memória Coletiva**. São Paulo: Centauro, 2017.

HUME, David. **Tratado sobre a Natureza Humana**: uma tentativa de introduzir o método experimental de raciocínio nos assuntos morais. Trad. Débora Danowski. – 2.ed. ver. E ampliada. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

KEHL, Maria Rita. **O Tempo e o Cão***:* a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2014.

LEITE, Miriam L. Moreira. A infância no século XIX segundo memórias e livros de viagem. In: FREITAS, Marcos Cezar de. **História Social da Infância no Br**asil. Org. Marcos Cesar de Freitas. São Paulo: Cortez, 2003.

LOBO, Lilia Ferreira. O Nascimento da Criança Anormal e a Expansão da Psiquiatria no Brasil. In: RESENDE, Haroldo de. **Michel Foucault**: o governo da infância. Org. Haroldo de Resende. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

MARCILIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil*:* 1726-1950. In: FREITAS, Marcos Cezar de**. História Social da Infância no Brasil**. Org. Marcos Cesar de Freitas. São Paulo: Cortez, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MLAM**. Movimento da Luta Antimanicomial.** Capítulo 02. http://esquerdadiario.com.br/Governo-prepara-medidas-de-desmonte-na-saude-mental-e-encontro-com-2-mil-discute-resistencia – Acesso em: 06 de agosto de 2017.

MOTT, Luiz. Tortura de Escravos e Heresias na Casa Da Torre. In: **Bahia***:* inquisição e sociedade [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 294p. ISBN 978-85-232-0580-5.

MOURA, Antônio. **Trair a Psiquiatria**. Vitória da Conquista, 2011.

NIETZSCHE, Friedrich. **Assim Falou Zaratustra**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

_____. **Genealogia da Moral**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

PASSETTI, Edson. Crianças Carentes e Políticas Públicas. In: PRIORE, Mary Del. **História das Crianças no Brasil**. Org. Mary Del Priore. São Paulo: Editora Contexto, 2006.

PETERS, Shirley Soares; MEDEIROS, Izabel Scarabelot; CORREA, Sonia Maria; THOMÉ, Ivanir Prá da Silva. **O Olhar de Universitários Sobre Transtorno Mental**. Criciúma-Santa Catarina: UNESC, *Revista Saúde*.com, 2012. http://www.uesb.br/revista/rsc/v8/v8n1a01.pdf - Acesso em 06 de agosto de 2018

PHILLIPS, Adam. **O Flerte**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

PIMENTEL, Alessandra. **O Método Da Análise Documental**: Seu uso numa pesquisa historiográfica. Departamento de psicologia social e institucional da universidade estadual de londrina PR - Cadernos de Pesquisa, n. 114, p. 179-195, novembro/ 2001. – Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf - acesso. 18 de janeiro 2019.

PIANA, Maria Cristina. **A construção da pesquisa documental***:* avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Disponível em - http://books.scielo.org. Acesso em 28 de janeiro de 2019.

POLLAK, Michael. **Memória, Esquecimento, Silencio.** Estudos Históricos, Rio de Janeiro: vol. 2, n. 3, 1989.

PRIORE, Mary Del. O Cotidiano da Criança Livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: PRIORE, Mary Del. **História das Crianças no Brasil**. Org. Mary Del Priore. São Paulo: Editora Contexto, 2006.

RAMOS, Fábio Pestana. A História Trágico-Marítima das Crianças nas Embarcações Portuguesas do Século XVI. In: PRIORE, Mary Del. **História das Crianças no Brasil**. Org. Mary Del Priore. São Paulo: Editora Contexto, 2006.

RIBEIRO, P, R M. **A História da Saúde Mental Infantil**: a criança brasileira da colônia à república velha. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

RIZZINI, Irma**. O século perdido**. Raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Amais, 1997.

RIZZINI, Irma. **Do confinamento ao acolhimento. Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência**: desafios e caminhos. Rio de Janeiro: CIESPI-PUC/RJ, 2010.

ROCHA, Altemar Amaral. **A Identidade Territorial de Vitória da Conquista em seu Processo de Formação Socioespacial e Urbanização.** UESB: 2013. Disponível em: http://periodicos.uesb.br/index.php/coloquiobaiano/article/viewFile/2857/pdf_84.

RODRIGUES, Nina. **Mestiçagem, Degenerescência e Crime.** Faculdade de Medicina da Bahia: v.15, n.4, p.1151-1182, out.-dez. 2008.

ROLNIK, Sueli. **Cartografia sentimental***:* transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2006.

SÁ, Celso. **Sobre o Campo de Estudo da Memória Social**: Uma Perspectiva Psicossocial. *Psicologia:* Reflexão e Crítica, *20* (2), 290-295, 2007.

SANTOS, João Diógenes. **Violência no Sertão da Ressaca**: a negação dos direitos da população infanto-juvenil em Vitória da Conquista (1997-2005). Tese de Doutorado. São Paulo: PUC-SP, 2007.

SANTOS, João Diógenes; SÁ, Marx Eduardo. "Vidas Condenadas": Subjetividade de Adolescentes Vítimas de Violência no Cenário Brasileiro. In: ALMEIDA, J.M; LIMA, F. C. (Org**.). Subjetividade, Filosofia e Cultura**. SP: Liber Ars, 2011, p. 231-248.

SAWAIA, Bader. O Sofrimento Ético-Político como Categoria de Análise da Dialética Exclusão/Inclusão. In: SAWAIA, Bader. **As Artimanhas da Exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade Social. Org. Bader Sawaia. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças**: cientistas, instituições e questão racial no brasil, 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA; HARTMANN; SCISLESKI; PIRES. **As patologias nos modos de ser criança e adolescente**: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. 2008.

SMOLKA, Ana Luiza Bustamante. A memória em questão: uma perspectiva histórico-cultural. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 21, n. 71, p. 166-193, Julho 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302000000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Oct. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302000000200008.

SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; LUIS, Margarita AntoniaVillar. **Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental**. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago.

2011.Disponível em: <www.portalseer.ufba.br/index.php/**enfermagem**/article/.../5**252**/4469>. Acesso em 11 out. 2015.

SOUZA, Josiane. **Devir-Criança na Poesia de Manoel de Barros**. Outubro, 2016. Disponível em: http://letraefilosofia.com.br/devir-crianca-na-poesia-de-manoel-de-barros/ - Acesso no dia 10 de agosto de 2018.

SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

TANAKA; RIBEIRO. **Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**: caminhos para a ampliação da integralidade da ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):477-486, 2009.

VERAS, Marcelo. **A Loucura de Ser Normal.** TEDxVoltaRedonda: 14 de março de 2017. https://www.youtube.com/watch?v=ruqr8TjUC8g&t=509s – 7:34min. – Acesso em: 2019.

APÊNDICE I

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Nome:	
Escolaridade:	Idade:
Raça ou cor:	Gênero: Orientação Sexual:
Estado Civil:	Onde Nasceu:
Tem filhos:	Quantos:
Em qual cidade e/ou bairro mora:	
Quais pessoas moram com você e relação de parentesco:	
Qual religião de sua família:	Sua religião:
Qual sua profissão/ ou profissão da (s) pessoa (s) da família que gera renda/ ou possui algum benefício do Estado?	
Renda Familiar: ( ) Até 01 salário mínimo ( ) De 1 a 3 salários mínimos ( ) De 3 a 6 salários mínimos ( ) De 6 a 9 salários mínimos ( ) Não sabe informar	
Identificação:	

Obs.: Com base na ética da pesquisa, os dados serão mantidos em sigilo para preservar a identidade dos entrevistados.

1- Fale sobre seu cotidiano?
2- Você mora com quem, como é sua família (falar dos principais integrantes da família)?
3- Como foi sua infância?
4- Com quantos anos você foi pela primeira vez no médico?
5- Como foi saber da sua doença (ou diagnóstico)? Ou, Você sabe o que você tem?
6- Ao saber do diagnóstico/ ou da doença o que mudou em sua vida, com seus familiares, amigas/amigos, na escola?
7- Como foi o tratamento, neste período?
8- Hoje, você frequenta algum local para cuidar de sua doença? Ou, hoje, você se trata em que local?

9- Em relação ao tratamento da sua doença mental, o que mudou da sua infância para hoje?

10- Você já frequentou algum serviço de saúde mental, aqui, em Vitória da Conquista?

11- Você conhece o Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto e o CAPS? O que você sabe desses locais?

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Esta pesquisa seguirá os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Eu_____
_____, CPF _____, RG_____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso do meu depoimento, especificado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, o pesquisador Marx Eduardo Magalhães Dias de Sá, do projeto de pesquisa intitulado **"A AURORA DA MENINEZ: MEMÓRIA E HISTÓRIA DA INSÂNIA INFANTIL EM VITÓRIA DA CONQUISTA-BA**" a realizar gravações de áudio que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destes depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências).

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 20 ____

_____

Assinatura do(a) responsável pelo sujeito da pesquisa

_____

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE III

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Esta pesquisa seguirá os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:
Nome do Participante_____
Documento de Identidade nº:_____
Data de Nascimento: ____/____/_____ Sexo: M ( ) F ( )
Endereço:_____
Complemento:_____Cidade:_____
CEP: _____Telefone: (_____) _____

EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO: O(A) Sr.(a) estão sendo convidados (as) para participar da pesquisa: "A Aurora da Meninez: Memória e História da Insânia Infantil em Vitória Da Conquista-BA", de responsabilidade do pesquisador Marx Eduardo Magalhães Dias de Sá, mestrando em Memória: Linguagem e Sociedade, pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. O presente estudo tem por objetivo delinear um estudo das políticas públicas de saúde mental infantil no município de Vitória da Conquista-BA, analisando as memórias das pessoas adultas em sofrimento mental quando tiveram seus adoecimentos psíquicos no período da infância. Para o estudo, preciso de sua autorização para gravar a entrevista em dispositivo eletrônico. A participação é voluntária e não apresenta gratificações financeiras aos participantes. A qualquer momento ou caso se sinta constrangido(a) e/ou inibido(a), o(a) Sr(a) poderá desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum problema. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidencias e asseguramos que as senhoras e senhores não serão identificados no trabalho. Ao concordar o(a) Sr.(a) receberá uma cópia deste documento onde consta o número do telefone e endereço da pesquisadora principal, que poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

Marx Eduardo Magalhães Dias de Sá. Rua Pôr do Sol, 255, Candeias. Condomínio Alpnia, bloco Alemanha, apartamento 002. CEP: 45028-425. Vitória da Conquista-BA. Telefone: 77 9 8106-4183.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa. Consinto, também, que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a identificação de meu(minha) filho(a) não seja realizada.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 20 ____

_____

Assinatura do(a) responsável pelo sujeito da pesquisa

_____

Assinatura do pesquisador