

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

ELISA PAULA MARQUES

**A Loucura Engarrafada: relações alcoolismo-loucura em Florianópolis nas
décadas de 1930 a 1960.**

Florianópolis

2007

ELISA PAULA MARQUES

**A Loucura Engarrafada: relações alcoolismo-loucura em Florianópolis nas
décadas de 1930 a 1960.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em História.

Orientadora: Prof.^a Dra Renata Palandri Sigolo

Florianópolis

2007

*Para André, amor de uma vida inteira e
companheiro na nossa melhor idéia e maior
aventura: o Ângelo.*

AGRADECIMENTOS

Com certeza, esta é uma parte importante da Dissertação. Afinal, quando colocamos no papel as últimas linhas, elas não ficaram prontas devido apenas ao nosso esforço. Um conjunto de pessoas, de formas diversas, tornou viável a realização do que antes era apenas um projeto.

Quero agradecer principalmente à minha orientadora, Professora Dra. Renata Palandri Sigolo. Obrigada pelo respeito as minhas idéias e pela atenção a mim dedicada, não apenas durante desta escrita, mas durante toda minha trajetória dentro da UFSC. Agradeço a você por tudo e por sua amizade.

Aos professores que cruzaram meu caminho durante esta jornada, que considero ter se iniciado no primeiro dia da graduação. Suas aulas, seus ensinamentos e sua paixão pela História foram responsáveis pela minha determinação em seguir adiante no Mestrado. Neste agradecimento; quero ressaltar a presença do Prof. Dr. Valmir Francisco Muraro, que sempre se mostrou solícito para conversar comigo e ajudar no que eu precisasse. Sua presença na banca de qualificação foi de inestimável ajuda. Também agradeço a presença do Prof. Dr. Adriano Luiz Duarte no exame de qualificação que forneceu bibliografia e comentou com propriedade este trabalho.

Agradeço a instigante e animadora presença de Vera Regina Beltrão Marques e Sandra Caponi na banca de defesa.

Aos funcionários dos arquivos consultados: Biblioteca Pública do Estado de Santa Catarina, Arquivo Público do Estado de Santa Catarina e Casa da Memória da Assembléia Legislativa. À Nazaré, secretária do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC, sempre atenciosa e bem-humorada.

Um muito obrigada aos Alcoólicos Anônimos que concederam entrevistas para esta Dissertação e às famílias de ex-pacientes da Colônia Santana. Não é fácil recordar as mazelas da vida, muito menos dividi-las com uma pessoa estranha. Obrigado pela confiança na seriedade do meu trabalho.

Muito devo à Lisiane Mirna de Vargas, a Tetê, por ter cuidado do Ângelo nos momentos em que eu não podia lhe dar a atenção devida. Você é minha grande incentivadora.

Finalmente, um agradecimento muito especial ao Gungum e a Dodó pelo amor incondicional que fez de mim a pessoa que sou hoje. Sem vocês eu nada seria.

Ao CNPq, pelo financiamento desta pesquisa.

A todos que cruzaram o meu caminho e que ajudaram de alguma forma, seja; com uma palavra de incentivo ou uma troca de idéias, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Este trabalho analisa a internação de pacientes alcoólicos na Colônia Santana desde sua fundação, na década de 40, até o início dos anos 60 do século XX, assim como a influência no discurso médico das campanhas antialcoólicas empreendidas pela Liga Brasileira de Higiene Mental. Aspectos como a construção da imagem do trabalhador ideal propagada pelo governo Vargas e resquícios de teorias eugênicas sobre os efeitos do álcool na degenerescência foram levantados para formar o panorama no qual se inseria o alcoolismo como fator de debilidade moral e social. Realizaram-se entrevistas com familiares e ex-pacientes da Colônia, nas quais se percebeu que a doença interferia nas relações familiares e sociais dos internos. A análise de casos a partir dos prontuários médicos tornou possível demonstrar os tipos de tratamento oferecidos pela instituição e suas conseqüências.

Palavras-chave: Alcoolismo; Loucura; Colônia Santana; Santa Catarina.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyse the admission of alcoholic patients in *Colônia Santana* since its foundation in the 1940's until the beginning of the 1960's, as well as the influence made in medical discourse by the antialcoholic campaigns done for the *Liga Brasileira de Higiene Mental*. Certain aspects such as the construction of the image of the ideal worker in the *Vargas's* government, and the Eugenic theories about the alcoholic effects in the degeneration, were the starting point to an exploration about the formation of a view in which alcoholism was seen as a factor of moral and social debility. In interviews done with relatives and ex-patients of *Colônia*, we realized that the illness interfered in the patients' familiar and social relationships. The case study, based in the medical charts made it possible to show the kinds of therapy applied by the institution, as well as its consequences.

Keywords: Alcoholism, Madness, Colônia Santana, Santa Catarina.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Deitando-se com Porcos	38
Figura 2	– O Vício da Embriaguez	46
Figura 3	– Bêbado Cambaleando	47
Figura 4	– Violência Doméstica	48
Figura 5	– Salas de Exames	58
Figura 6	– Dormitórios	58
Figura 7	– Quincas Berro D'Água	109

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. ALCOOL DOCE VENENO	8
2.1 EUGENIA VERDE AMARELA	8
2.2 OS SALVADORES DA PÁTRIA: PSIQUIATRAS DA LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL E SEU IDEAL EUGÊNICO.	10
2.3 O COMBATE AO ALCOOLISMO	15
2.4 A BANDEIRA ANTIALCOÓLICA DURANTE O GOVERNO VARGAS	22
2.5 PROCURA-SE: OBREIRO, SUPERIOR E ABSTÊMIO	31
2.6 SE...MAN...A ANTI-BÁC...CHICA	37
2.7 COISAS PARA A MOCIDADE NÃO FAZER	44
3. O ÚLTIMO GOLE	49
3.1 AS MARCAS DO ALCOOLISMO	49
3.2 POLÍCIA PARA QUEM PRECISA	51
3.3 XADREZ, HOSPITAL OU HOSPÍCIO?	52
3.4 O PRINCÍPIO DO FIM	55
3.5 E AS PORTAS SE ABREM...	57
3.5.1 O caso “prontuário 3251”	63
3.5.2 O caso do condutor embriagado	64
3.5.3 A “síndrome de Otelo”	67
3.5.4 Os “bons pacientes”	70
3.5.5 “Doutor, eu não me lembro!!”	75
3.6 DEPRESSÃO E ALCOOLISMO	77
4. A CURA DA LOUCURA OU A LOUCURA DA CURA	80
4.1 O TRATAMENTO ESPIRITUOSO	81
4.2 O TRATAMENTO APAIXONADO	90
4.3 VIVENDO E APRENDENDO	100
4.4 O ÉBRIO DA VEZ...	107
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
FONTES	119
REFERÊNCIAS	121
ANEXOS	126

1. INTRODUÇÃO

Durante a graduação participei de uma pesquisa intitulada "**De médico e de louco...**": *alguns olhares sobre a Colônia Santana*, na condição de bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a coordenação de dois professores do quadro da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), do Departamento de História, Renata Palandri Sigolo e Valmir Francisco Muraro. Através dessa pesquisa, fiquei conhecendo a Colônia Santana, o primeiro hospício público de Santa Catarina, localizada na Grande Florianópolis, no município de São José.

Nas visitas realizadas semanalmente à instituição, procurávamos transcrever o maior número possível de prontuários médicos. Ao todo, o hospital dispõe em seus arquivos de algo em torno de setenta mil prontuários, todos em bom estado de conservação. Eles estão armazenados em duas salas: uma contém do período entre a década de 40 e meados da de 70 do século XX e a outra os dos últimos 30 anos. Dada a grande quantidade de material disponível para estudo, fizemos uma seleção. Foram privilegiados os prontuários que ofereciam uma quantidade maior de observações. Essa triagem se tornou necessária não apenas para acelerar o processo de transcrição, mas também porque notamos que com o passar dos anos diminuía as informações contidas por esses documentos.

As primeiras fichas médicas estavam recheadas de notas sobre a vida dos pacientes dentro e fora do hospital, a terapêutica utilizada e os exames realizados. Com o passar do tempo, houve um decréscimo de informações nesses prontuários. Eles se tornaram, com exceções, repetitivos e com muitos espaços em branco.

Muitas questões podem ser levantadas se observarmos a criação da Colônia Santana e transferência de pacientes para ela. Alguns trabalhos já se encarregaram de mostrar diferentes aspectos envolvendo a instituição¹. Em meu TCC², dediquei-me a pesquisar a relação entre doentes mentais, familiares e comunidade. Em virtude disso, aprofundei-me no estudo dos prontuários e percebi que, desde a inauguração, a Colônia esteve povoada de pacientes que tinham um diagnóstico que hoje não os classificaria como doentes mentais: os alcoólatras. Voltando, no Mestrado, minha atenção para essa categoria de pacientes, reparei que em toda a documentação produzida pela instituição, nos relatórios, nas cartas e nos ofícios, esses pacientes estavam presentes. Entretanto, o discurso médico não os diferia do restante dos internos. Apenas os doentes classificados como “loucos-criminosos” mereceram atenção e insistentes pedidos para que fosse criado um local específico para seu tratamento. Em relação aos pacientes com distúrbios alcoólicos antes de 1970, nenhum local especial, sequer uma enfermaria foi destinada exclusivamente para os seus cuidados.

Ingressei no Mestrado da UFSC com um projeto visando, justamente, entender esse personagem, o paciente alcoólico, e qual era seu espaço, ou melhor, por que a Colônia Santana era seu lugar. Dentre as muitas possibilidades de se escrever uma história acerca de um determinado tema, optei, nesta dissertação, pela análise do discurso médico. O foco principal estava me problematizar de que modo esse discurso medicalizado sobre o alcoolismo interferia nas ações políticas e sociais no que tangia um comportamento, ato e/ou efeito de beber, transformado em doença.

¹ MELO, Marcos Costa. **O estado e a loucura**: da trajetória à concretização da Colônia Santana. Florianópolis, Trabalho de Conclusão de Curso em História, UFSC, 2002.

² MARQUES, Elisa Paula. **Vozes veladas**: a relação entre os pacientes da Colônia Santana com os familiares e sua comunidade durante as décadas de 1940-1960. Florianópolis, Trabalho de Conclusão de Curso em História, UFSC, 2003. Os TCCs citados nesta dissertação podem ser encontrados na BU da UFSC ou no LABHISS, Departamento de História-CFH/UFSC.

Nos prontuários, nas entrevistas e em literatura específica sobre o abuso de álcool, encontramos três palavras para definir o indivíduo que consumia exageradamente bebidas: **alcoólatra**, **alcoólico** e **alcoologista**. Essas palavras, embora sejam sinônimas, contêm pequenas diferenças em sua etimologia. **Alcoólatra** é a mais conhecida e hoje a mais utilizada, e contém o sufixo “latra”, que significa “adorador”. Alcoólatra, então, seria o indivíduo adorador do álcool. **Alcoólico**, por sua vez, quer dizer “que contém álcool”. O termo é bastante utilizado pelos grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos. Já a denominação **alcoologista** é a mais usada pelos profissionais da área da saúde e aparece com freqüência nos prontuários examinados. Seu significado, a nosso ver, também não explica perfeitamente a idéia de pessoa que sofre da doença chamada alcoolismo, pois é formada com o sufixo “ista”, que se traduz por “partidário ou sectário de doutrina”. Portanto, **alcoologista** poderia ser o “especialista, defensor do álcool”³. Nenhuma das três definições transmite a idéia do doente como vítima e agente de sua doença. Optamos, entretanto, por utilizar no texto os três termos para evitar a repetição de uma única palavra.

A presença de bebidas alcoólicas no cotidiano da humanidade é muito antiga. Descrições de festas regadas a vinho são comuns na Grécia e em Roma, apenas para citar o mundo clássico. A expressão “*in vino veritas*” é reveladora. O vinho teria o poder de agir como um espelho da alma, pois a franqueza da língua, a transparência dos sentimentos, a revelação das emoções são encorajadas pelo álcool. Mas, juntamente com os prazeres das bebidas, teve início a perturbação da ordem devido ao seu consumo excessivo.

em Fedra, Platão adverte que havia quatro formas de loucuras (atês), inspiradas por distintos deuses: a de Eros, o amor, é a melhor; mas

³ SILVA, Maria de Lourdes et al. **Alcoolismo**: um problema com o qual muitos convivem, porém poucos conhecem. São Paulo: Edicom, 1986.

também há a de Apolo, a loucura profética do transe da pitonisa, a das Musas, que é a poesia, finalmente a de Dionísio, a embriaguez.⁴

A distinção entre beber moderadamente e a embriaguez reprovável foi marcada por atitudes morais desde a Antigüidade. Na Bíblia, após o Dilúvio, o primeiro ato de Noé foi plantar uma vinha e logo embriagar-se. Sua ruína foi marcada pela bebida, pois, alcoolizado, se pôs nu dentro de sua tenda⁵. Outro personagem bíblico, Ló⁶, sobrinho de Abraão, embebedou-se e coabitou com suas duas filhas, engravidando-as. A embriaguez obscena, tanto no caso de Noé, como no de Ló, nas palavras de Henrique Carneiro, serviu de exemplo para que o protestantismo radical excluísse a possibilidade de beber socialmente⁷. Muito antes da condenação médica às bebidas, existia a condenação religiosa. Muitas crenças proibiam (e ainda proibem) o consumo de álcool devido ao seu efeito perturbador da razão e do juízo crítico.

Nos Estados Unidos, a “Lei Seca” foi fruto de campanhas maciças, encabeçadas por grupos femininos e evangélicos, que culpavam principalmente os destilados pelos problemas sociais do país. No Brasil, embora a Igreja Católica tenha ficado ao lado das campanhas antialcoólicas, o bom uso do álcool não era totalmente desaprovado pelos sacerdotes. A presença do vinho na celebração católica como encarnação de Cristo favorecia essa posição.

O que mais chamou a atenção durante a pesquisa com os prontuários de alcoolistas foi a existência de uma tênue linha separando o beber aceitável do reprovável, tido como doença. Essa linha foi delimitada pelos médicos psiquiatras com base em teorias eugênicas que classificavam o álcool como fator de debilidade

⁴ CARNEIRO, Henrique. **Pequena Enciclopédia da História das Drogas e Bebidas**. Rio de Janeiro: Elsevir, 2005, p. 21-22.

⁵ GÊNESIS, 9:21.

⁶ Idem, 9:22.

⁷ Op.cit.22.

racial. Isso fez com que se tornasse necessário investigar as campanhas antialcoólicas que ocorreram nas duas décadas anteriores à construção da Colônia Santana, as quais foram responsáveis pela aceitação, por parte da sociedade, de que um determinado conjunto de sintomas associados ao consumo de álcool representava uma doença perigosíssima.

Para esclarecer a presença de alcoólatras conjuntamente com doentes mentais, durante tanto tempo, na Colônia Santana foi necessário estruturar esta dissertação em três capítulos, que são os seguintes; “Álcool Doce Veneno”; “O Último Gole” e “A Cura da Loucura ou a Loucura da Cura”.

No primeiro capítulo, Álcool Doce Veneno, apresenta-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBMH) e sua ação em Santa Catarina, mais especificamente em Florianópolis, através de campanhas antialcoólicas.

As campanhas antialcoólicas da Liga instituíram paradigmas sobre o alcoolismo que acabaram por se constituir em permeâncias culturais na memória coletiva da sociedade por muitos anos após o fim da instituição. A nosso ver, somente foi possível para os psiquiatras da Liga proclamar aos quatro cantos do país seu “perfeito modo de pensar” por serem eles portadores do discurso competente, isto é ao se investirem e serem investidos do que Bourdieu chamou de “porta-voz autorizado”. Com base na convicção de que falavam em nome da verdade e da ciência, desempenhando seus papéis de especialistas/cientistas, nomearam-se os únicos com plenos direitos de propor uma intervenção eugênica na sociedade, com o objetivo de livrá-la moral e racialmente do alcoolismo. Como fontes para as análises dos discursos da LBHM, utilizamos as reportagens dos jornais: **O Estado**; **República** e **A Pátria**. Na transcrição dos artigos, optamos por manter a grafia original da fonte.

Enquanto seguíamos os vestígios das campanhas antialcoólicas da Liga Brasileira de Higiene Mental, foi de grata ajuda a Dissertação de Mestrado de José Roberto Franco Reis⁸ que analisa os projetos da LBHM durante os anos 20 e 30 do século XX. Embora não esteja focada nas campanhas antialcoólicas⁹, essa pesquisa problematiza a LBHM como uma entidade central da psiquiatria, que ajudou na formulação de um projeto ampliado de intervenção social fundamentado no princípio da prevenção via eugenia e higiene mental.

O segundo capítulo, O Último Gole, retrata as transformações ocorridas em Florianópolis no início do século XX. Espaços e hábitos tiveram que ser remodelados numa cidade que aspirava à modernidade. Diante disso, encontramos condenações ao consumo de bebidas anteriores às campanhas antialcoólicas. Quem fosse encontrado perambulando embriagado pelas ruas da Capital era detido e encarcerado. Mas colocar todo tipo de comportamento desviante na prisão não era a melhor solução. Destaca-se aí a inauguração da Colônia Santana, seus problemas de superlotação e o exame de casos de pacientes alcoolistas. A análise da Colônia e do cotidiano de seus internos teve como base teórica os escritos de Erving Goffman¹⁰, que classifica os hospitais para doentes mentais como instituições totais. O aspecto central de uma instituição total, para esse autor, reside no fato que ela rompe as disposições básicas da sociedade moderna, ou seja, um indivíduo tem a opção de dormir, trabalhar e se divertir em diferentes lugares, com diferentes grupos de pessoas e sem um plano geral que oriente todos os seus passos. O ingresso em uma instituição total como a Colônia Santana dilui as barreiras que separam essas três esferas da vida¹¹. Nesse

⁸ REIS, José Roberto Franco. **Higiene mental e eugenia; o projeto de regeneração nacional da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)**. Campinas/SP, 1994.

⁹ A bandeira mais popular da LBHM foram as campanhas antialcoólicas, mas essa era apenas uma das propostas da instituição. A temática racial, com ênfase no controle imigratório, teve um peso expressivo nos programas da Liga desde seus primórdios, assim como a questão infantil e os conselhos para orientar e cuidar das crianças desde a mais tenra idade.

¹⁰ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005, p.17-22.

¹¹ *Ibidem*.

capítulo, abordam-se, também, alguns casos, partindo dos principais sintomas do alcoolismo descritos nos prontuários. Com o auxílio de Sandra Scivoletto e Arthur Guerra Andrada, ambos psiquiatras, procuramos desvendar esses sintomas e compreender de que modo eles influenciavam na escolha do tratamento a ser empregado.

Por fim, no terceiro capítulo, "A cura da loucura ou a loucura da cura", procede-se ao exame dos tipos de tratamentos utilizados nos alcoolistas durante sua permanência na Colônia Santana. Nos prontuários observamos que quando um paciente recebia o diagnóstico de alcoolismo podia receber dois tipos de tratamentos diferentes. Em um deles apenas eram ministrados medicamentos e praxiterapia; no outro, procedimentos como eletrochoque, insulino-terapia e convulsoterapia pelo Cardiozal. O número de prontuários em que se registra que os doentes receberam o segundo tipo de tratamento é o maior. Procuramos historicizar os procedimentos utilizados, bem como dar voz, através das entrevistas¹², aos ex-pacientes que passaram por eles.

A figura do "ébrio" não permaneceu intocada nos anos que se seguiram ao fim das campanhas antialcoólicas. Isso pode ser verificado através da literatura. De Monteiro Lobato, no início dos anos 30, com seu Jeca Tatu, a Jorge Amado, com Quincas Berro D'Água, em 1959, verificamos uma modificação na interpretação desse personagem, que reflete as transformações nacionais. Os quase trinta anos que separam a publicação destas duas obras, representam também um divisor de águas no que se refere ao discurso médico sobre o alcoolismo. E isso conseguimos verificar na forma como os alcoólatras eram tratados na Colônia Santana. Pequenos e lentos passos rumo a uma nova interpretação dessa doença.

¹² Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma limpeza nos diálogos para não sobrecarregar o texto. As autorizações dos entrevistados, bem como os originais, foram doadas ao LABHISS.

2. ÁLCOOL DOCE VENENO

2.1 EUGENIA VERDE E AMARELA

A ciência do aprimoramento racial, mais conhecida por eugenia, exerceu uma forte atração sobre a elite médica e política do Brasil. Convencidos do poder da ciência para criar “ordem e progresso” (lema da República), médicos e políticos esperavam encontrar soluções para a perturbadora composição racial do país¹³.

Examinando a eugenia adotada por esses intelectuais brasileiros, verificamos que o movimento no Brasil esteve mais próximo da derivação francesa do que da anglo-saxônica e alemã¹⁴. Isso se deveu, segundo Nancy Stepan, ao fato de aprendermos, por tradição cultural, a ciência com a França¹⁵. Sendo assim, os cientistas nacionais da década de 20 empregaram uma eugenia de fundamentos neolamarckianos, ou seja, concentraram-se na herança de caracteres adquiridos através do meio.

As leis de hereditariedade de Mendel¹⁶ logo apareceriam no cenário mundial colocando à prova os conceitos de Lamarck¹⁷. Mesmo assim, os eugenistas brasileiros

¹³ STEPAN, Nancy. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS Diego (orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, p. 339.

¹⁴ Ibid. ,p. 347.

¹⁵ Idem.

¹⁶ As leis da hereditariedade foram descobertas por Gregor Mendel. Ele propõe, com base em seus estudos com ervilhas, que a existência de características como as cores das flores deve-se a ocorrência de um par de unidades elementares de hereditariedade, hoje conhecidas como genes. Essas características são transmitidas igualmente por cada um dos pais e, ao invés de se misturarem, se mantêm separadas. Isto é, cada uma delas é gerada por um par de instruções, com as instruções “dominantes” determinam a aparência da prole e as “recessivas” permanecem latentes. E só aparecem quando ambos os fatores em um par são recessivos. Além disso, a contribuição de cada pai com um fator é algo governado pelas leis da probabilidade, ou seja, fatores dominantes não têm maior probabilidade de serem passados adiante do que os recessivos. Características herdadas também são independentes: as instruções para altura não têm relação com as instruções para a cor. Para saber mais procurar em: (GREGOR, Mendel. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/gregor_mendel>. Acesso em: 02.06.2006.)

¹⁷ Lamarck no século XIX introduziu duas leis: Lei do Uso e Desuso (Nos animais o uso mais freqüente e contínuo de um órgão fortalece, desenvolve e aumenta gradualmente esse órgão, ao passo que a não-utilização permanente de qualquer órgão causa o seu enfraquecimento e deterioração e diminui progressivamente a sua capacidade para funcionar, até que finalmente desaparece) e Lei das Características Adquiridas (Todas as características são adquiridas ou perdidas por imposição da natureza aos indivíduos, através da influência do ambiente no qual este vive. Por isso, através da influência do uso predominante ou desuso permanente de qualquer órgão, todas as características são preservadas pela reprodução e transferidas para os novos indivíduos, desde que as modificações adquiridas sejam comuns a ambos os sexos, ou pelo menos tenham ocorrido no indivíduo que produz os novos). Para saber mais procurar em: (LAMARCK, Jean-Baptiste. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Lamarck>>. Acesso em 02.06.2006)

acreditavam que de alguma forma a influência do meio poderia alterar permanentemente o plasma germinativo¹⁸. Um exemplo da adoção do neolamarckismo estava na teoria sobre blastophoria¹⁹, utilizada pelo médico Renato Kehl²⁰ para explicar os tóxicos, as doenças venéreas e a tuberculose como causadores de decadência hereditária. De acordo com Stepan, a matriz neolamarckiana da eugenia brasileira desenvolveu-se pelo fato de que a maioria dos eugenistas era formada de médicos, não de cientistas pesquisadores praticantes. Afirmava ela que “como médicos, a maior parte estava atuando na prática clínica; poucos tinha conhecimento de genética²¹, ou liam alemão e inglês fluentemente”²². Seus esforços em defender as teorias neolamarckianas provinham das observações decorrentes da atuação em consultórios e não de resultados obtidos nos laboratórios.

Contudo, o neolamarckianismo dos brasileiros não seguiu sem questionamentos. No final dos anos 20, uma nova geração de cientistas/biólogos começou a discutir as opiniões de fundo lamarckiano. Para eles, o meio ambiente não seria capaz de influenciar as características hereditárias, mas modificaria apenas “o somatoplasma, a parte dos seres vivos que não se incorpora à herança genética”²³. Para esses defensores de Mendel, os esforços para provar as noções neolamarckistas haviam fracassado e as crenças de “vários eugenistas de que um ambiente favorável,

¹⁸ O conceito de plasma germinativo evoluiria até o que hoje se conhece por DNA. (STEPAN, op.cit, p. 200.)

¹⁹ Blastophoria: Hipotética degeneração das células germinativas provocada por envenenamento crônico, como aquele causado pelo alcoolismo, ou outras doenças. OXFORD English Dictionary 2. ed. CD-ROM.

²⁰ O médico Renato Kehl foi o principal propagandista da eugenia no Brasil e o organizador da Sociedade Eugênica de São Paulo, fundada em 1918. De concepções neolamarckianas, reviu alguns de seus conceitos no início da década de 30, chegando a admitir que a sífilis e a tuberculose não causavam condicionamento hereditário, provocando apenas dano congênito limitado a uma única geração. Mas sua insistência em afirmar que o antialcoolismo seria essencial para a eugenia, porque o álcool podia afetar não apenas a fisiologia das células reprodutivas como também a própria hereditariedade, confirmam sua continuada confiança nos conceitos neolamarckianos ainda em 1937. (cf. STEPAN, op.cit., p. 366).

²¹ De acordo com Nancy Stepan, (op.cit.,p.337), nos anos 20, ainda não havia nenhum departamento de ciência nas universidades brasileiras, e o trabalho biológico restringia-se às escolas de medicina, aos institutos agrícolas (que eram poucos) e ao Instituto Oswaldo Cruz, que foi fundado em 1902 como escola de medicina tropical e que era o centro de pesquisa mais conhecido da América Latina.

²² Ibidem, p. 361.

²³ Ibidem, p. 362.

boa alimentação e instrução seriam capazes de influenciar o patrimônio hereditário tiveram, infelizmente, de ser abandonadas”²⁴.

A crítica científica ao neolamarckianismo e a negação da transmissão de caracteres adquiridos colocaram em xeque o maior esforço dos eugenistas, que foram as campanhas antialcoólicas. Talvez não seja de surpreender, como veremos a seguir, que por isso tenham sido ignoradas pelos membros da Liga Brasileira de Higiene Mental. A persistência na crença de transmissão de caracteres adquiridos, segundo Stepan, pode ser observada até 1945²⁵.

2.2 OS SALVADORES DA PÁTRIA: PSIQUIATRAS DA LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL E SEU IDEAL EUGÊNICO.

Por iniciativa de Gustavo Riedel, foi fundada, em janeiro de 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). No mesmo ano de sua fundação, ela foi reconhecida por decreto-lei²⁶ como sendo de utilidade pública, passando a receber uma subvenção do Governo Federal para o desempenho de suas atividades. Dessa entidade faziam parte, além da elite da psiquiatria nacional, diversos médicos, educadores, juristas, intelectuais, políticos e empresários nacionais²⁷. Para a divulgação de seus postulados, utilizavam variados meios de comunicação, como artigos na imprensa, folhetos de propaganda, palestras, debates no rádio e

²⁴ *Ibidem*, p. 364.

²⁵ *Idem*.

²⁶ Decreto n. 4778, de dezembro de 1923.

²⁷ Entre os colaboradores estão nomes como: Juliano Moreira, Miguel Couto, Fernando Magalhães, Carlos Chagas, Roquette Pinto, Renato Kehl, Afrânio Peixoto, Plínio Olinto e Ernani Lopes.

principalmente a veiculação de uma revista própria chamada **Archivos Brasileiros de higiene Mental**²⁸.

Como medidas práticas em relação aos princípios que professavam, ofereciam vários serviços à população²⁹. Durante os anos de sua existência, a LBHM montou laboratórios de Psicologia Aplicada, ambulatórios de Psiquiatria, consultório gratuito de Psicanálise, aplicou testes psicológicos em escolas públicas e em fábricas, organizou diversas semanas antialcoólicas, montou uma clínica de eufrenia³⁰ infantil, e estabeleceu contratos de assistência psiquiátrica com a prefeitura do Rio de Janeiro.³¹

Os objetivos da LBHM, conforme expressos nos estatutos de sua fundação, eram os seguintes:

- 1) prevenção das doenças mentais pela observação dos princípios de higiene geral e especial do sistema nervoso; 2) proteção e amparo no meio social dos egressos dos manicômios e aos doentes mentais passíveis de internação; 3) melhoria progressiva dos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos, particulares ou fora deles; 4) realização de um programa de higiene mental e eugenia no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social³².

Podemos observar uma clara conjugação de objetivos, que se consolidam no último deles. Trata-se de medidas que pretendiam atingir um amplo raio de ação, abarcando todos os aspectos da vida (atividades individuais, escolares, profissionais e sociais). Para os psiquiatras, esse era “um programa completo de higiene mental”³³.

²⁸ A revista da LBHM começou a ser publicada em 1925. Ficou 3 anos fora de circulação devido ao corte da subvenção federal. Em 1929 retornou, permanecendo regular até 1935 e interrompendo a publicação, novamente, entre 1936 e 1937. Voltou a ser editada no ano de 1938 e circulou até 1947.

²⁹ A sede da LBHM ficava na cidade do Rio de Janeiro e esses serviços eram destinados prioritariamente à população carioca.

³⁰ Em 1932 inaugurou-se a Clínica da Eufrenia, destinada a prevenir as doenças nervosas da infância, corrigir as reações psíquicas anormais e sublimar o caráter da juventude. O termo **eufrenia** foi sugerido por Mirandolino Caldas, diretor da clínica, e aprovado pelo corpo executivo da LBHM. Significava uma espécie de eugenia mental ou psíquica, mais vinculada à questão hereditária, acrescida dos princípios da higiene mental, que priorizava os fatores do meio. (cf. REIS, José Roberto Franco. De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. **História, Ciência, Saúde** .v. VIII. São Paulo, mar.-jun. de 2000).

³¹ REIS, José Roberto Franco. **Higiene mental e eugenia**; o projeto de regeneração nacional da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930). São Paulo, Dissertação de Mestrado, Unicamp, 1994.

³² ESTATUTO da Liga Brasileira de Higiene Mental. In: ABHM, ano I, n. 1, mar. de 1925, p. 223-234.

³³ *Ibidem.*, p. 50.

O surgimento da LBHM nos anos 20 não se constitui como um fenômeno isolado. O meio intelectual médico já se mobilizava em associações, como a Liga Pró-Saneamento (1918)³⁴ e a Ação Social Nacionalista (1920). Eles exigiam a intervenção do Estado para solucionar a precária situação da saúde pública no Brasil, condição indispensável, conforme a ótica médica, para a construção da nação.

A questão do saneamento contagiou os psiquiatras eugenistas desse período. Segundo Nancy Stepan, o movimento eugênico brasileiro era claramente congruente com as teses higiênicas ligadas ao tema do saneamento³⁵. Por isso, a fórmula “sanear é eugenizar” era insistentemente repetida pelos eugenistas nacionais, particularmente por Riedel, que, em relatório de 1923, afirmava ser a questão do saneamento e da eugenia um desejo da população, com a qual ele se identificava na espera da profilaxia mental³⁶.

A fundação da LBHM estava de acordo com a ampla tarefa a que se lançaram os setores médicos brasileiros. A instituição estava voltada especificamente para a saúde psíquica, individual e coletiva. Seus membros estavam, convencidos de sua grande contribuição na tarefa de regeneração nacional. Imbuída do espírito de “missão” nacionalista e regeneradora, a LBHM definiu alguns temas como prioritários: combate ao alcoolismo; controle da imigração; controle dos casamentos (para prevenir as uniões indesejáveis e incentivar as eugenicamente desejáveis) e esterilização compulsória dos ditos “degenerados”.

Todos os temas elencados como prioritários pela Liga derivavam daquela que gerava a maior preocupação, tanto dos psiquiatras e médicos brasileiros, como dos

³⁴ Muitos dos membros dessa Liga, na maioria médicos, passaram a fazer parte da LBHM, como Juliano Moreira, Renato Khel, Antonio Austregésilo, Afrânio Peixoto e J. P. Fontanelle, entre outros.

³⁵ STEPAN, op.cit., p. 345.

³⁶ Idem.

intelectuais do período: o melhoramento da raça. Essa questão era vista como fundamental para a transformação do Brasil numa nação forte e poderosa.

As antigas premissas, que definiam o Brasil como condenado ao fracasso devido à mistura do elemento branco com o negro e o indígena deveriam ser esquecidas. Em seu lugar, surgiram propostas de exaltação da particularidade racial brasileira. Mas, de acordo com Reis, convém sublinhar que essa perspectiva, a qual procurava ver traços positivos na miscigenação, só era possível através de uma concepção ideológica, travestida de científica, segundo a qual a população brasileira embranqueceria³⁷. Somente a partir dessa convicção era possível exaltar a mistura racial e ver nela atributos positivos. Os defensores dessa idéia acreditavam que, pela superioridade biológica dos brancos, estes, em sucessivos cruzamentos com mestiços, fariam com que surgissem “mulatos superiores, arianos pelo caráter e pela inteligência ou pelo menos, suscetíveis de arianização”³⁸.

Esta teoria do embranquecimento natural da população não só ganhou força nos meios médicos e psiquiátricos, como foi alvo de importantes discussões no âmbito da intelectualidade e da elite brasileira do período. Mas, para afastar qualquer incerteza, no processo de branqueamento, era preciso intervir no processo de seleção natural através do instrumento racional da eugenia. No caso brasileiro, a tarefa eugênica se tornava prioritária frente ao estigma da miscigenação. Os psiquiatras estavam convencidos de que entre a população de “estirpe inferior” era maior a ocorrência de doenças mentais. Diante dessa conclusão, construíram um quadro no qual a humanidade caminharia para a degeneração caso não se recorresse à eugenia. Em certa medida, “essa imagem de um mundo atormentado pelo espectro da loucura, que os levava a identificarem um novo desequilibrado potencial a cada esquina, era

³⁷ Ibidem, p. 58.

³⁸ LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. Campinas: Papyrus, 1986, p. 124.

reforçada com o objetivo de exigir das autoridades políticas uma atenção maior aos destinos da saúde mental”³⁹.

Vislumbrando um cenário repleto de inquietações frente ao futuro racial brasileiro e constatando a importância da integridade psíquica dos indivíduos para a prosperidade nacional, os psiquiatras da Liga atribuíra a si a tarefa obstinada, quase religiosa, de regenerar a população, e evitar a degeneração mental brasileira através da higiene mental e de medidas preventivas de caráter eugênico.

Dessa forma, todo um conjunto de propostas ganha um sentido articulado entre si: imigração selecionada⁴⁰; combate sem trégua ao alcoolismo; esterilização compulsória de degenerados; exames pré-nupciais; segregação por motivo eugênico; higiene mental e eugenia infantil; seleção e orientação profissionais com vistas à racionalização do trabalho⁴¹.

De todas as propostas, certamente o combate ao alcoolismo foi a principal bandeira da LBHM, que organizou anualmente, a partir de 1927, as “semanas anti-alcoólicas”. Tão forte foi o envolvimento com o tema do alcoolismo que a Liga passou a ser conhecida como Liga Anti-Alcoólica, precisando esclarecer, no editorial dos **Arquivos** que seu objetivo não era exclusivamente acabar com o consumo de álcool⁴².

³⁹ Ibid., p. 61.

⁴⁰ Entre os vários setores da sociedade brasileira preocupados com o problema imigratório a medicina psiquiátrica teve papel importante, pois segundo os médicos não bastava uma política imigratória eugenista que bloqueasse a entrada de negros, judeus e asiáticos, mas deveria-se dar especial atenção aos grupos indesejáveis, como os portadores de moléstias mentais. Ver LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. Unicamp: Papirus, 1986

⁴¹ LENHARO, Ibidem, p. 67.

⁴² O exemplar n. 03 do ano VI da ABHM de julho-setembro de 1933, tinha o seguinte título em seu editorial: **Liga de Higiene Mental não é Sinônimo de Liga antialcoólica**.

2.3 O COMBATE AO ALCOOLISMO

As campanhas antialcoólicas eram realizadas em todo o país no mês de outubro e tinham a duração de uma semana. Os principais Estados brasileiros da época⁴³ possuíam delegados regionais encarregados de organizar as atividades a serem desenvolvidas pela campanha. Em Santa Catarina, o delegado regional era o professor Laércio Caldeira de Andrada, que, desde o início, apareceu à frente das campanhas no Estado. Seu objetivo era proporcionar debates, conferências e palestras envolvendo toda a sociedade e o poder público catarinense na semana de combate ao uso de bebidas alcoólicas. Um de seus principais apoios foi o jornal **O Estado**, que, durante os dias destinados à campanha, publicava artigos dos membros da LBHM, noticiava a programação da semana e fazia a cobertura dos eventos que ocorriam pela cidade.

O início da campanha de 1928 foi descrito desta forma:

Graças aos esforços do sr.prof. Laércio Caldeira, começou hoje nesta capital, a campanha patriótica, humanitária, da semana anti-alcoolica. A cidade amanheceu com u\ a multidão de cartazes affixados ao rebordo da escadaria da cathedral, das calçadas das praças, ruas, etc. Muitos automóveis de praça ostentavam também cartazes idênticos nos seus parabrisas.⁴⁴

Podemos observar através deste artigo que a pretensão da campanha era causar um impacto na população, pois mesmo que o número de automóveis que trafegavam na década de 20 não fosse tão grande quanto hoje, o local onde foram colocados os cartazes era uma região estratégica. Na época, ao redor da catedral se concentrava

⁴³ Os Estados que possuíam delegados regionais eram: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Amazonas e Pará.

⁴⁴ A SEMANA antialcoólica. **O Estado**. Ano XVI, n. 4325. Florianópolis, 15 out. de 1928, p. 2.

toda a administração pública da cidade. Esse era, também, um local de grande fluxo de pessoas⁴⁵.

Para iniciar as atividades da segunda semana antialcoólica no Estado, o delegado regional da LBHM estabeleceu uma parceria inédita com as principais lideranças da cidade: líderes religiosos, diretores de institutos de ensino, presidentes de corporações e membros da administração pública. O programa incluía palestras em comunidades com crenças religiosas antagônicas, mas que se uniram sob a bandeira da luta antialcoólica. O forte apelo para que todas as pessoas se unissem em nome da causa defendida pela LBHM, foi o responsável pela mobilização de indivíduos que professavam dogmas distintos. Assim, a união de diversos corpos sociais, tornou possível a existência de palestras em vários locais da cidade.

Na Igreja Católica, domingo 21

Na Igreja Presbiteriana, quinta-feira 18 e domingo 21.

Na Igreja Luterana, domingo 21.

Na Sociedade Espiritual amor e humildade do Apóstolo, quarta-feira, 17 e sábado 20.

Nas lojas maçônicas, quarta-feira, 17 às 20 horas, as lojas 'Regeneração' e 'Ordem e Trabalho', conjuntamente, realizarão uma reunião de caráter conselheirista.

Nos Institutos de Ensino, primário, intermediário, secundário e acadêmico, oficiais e particulares, os diretores e professores dirão palavras de combate ao álcool.

Na imprensa, os jornais diários, semanários e mensários publicarão artigos e informações de caráter antialcoólico, durante os dias da 'Semana'.⁴⁶

Além desses locais, haveriam conferências no quartel da 3ª Bateria, no Lyceu de Artes e Ofícios, na Escola de Artífices, no Ginásio José Brasilício, no Instituto Comercial, no Instituto Politécnico, na Escola de Aprendizes Marinheiros, no ginásio Catarinense, no quartel da Força Pública, no quartel do 14º Batalhão Central, nos grupos Lauro Muller e Silveira de Souza, na Escola Normal, nos colégios São José e Sagrado Coração de Jesus e em todas as escolas municipais⁴⁷. A pretensão dos

⁴⁵ SARDÁ, Juliana. **Na contramão da lei**: a repressão policial e os desviantes da ordem em Florianópolis nas primeiras décadas do século XX. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: UFSC, 2005.

⁴⁶ SEMANA Antialcoólica. As comemorações nesta capital. **República**. Ano II, n. 614. Florianópolis, 14 de out. 1928, p. 2.

⁴⁷ Idem.

organizadores da semana era que “a juventude, que fará no futuro o esteio da nacionalidade, aprenda nesses dias da bocca de seus mestres a belleza dessa campanha de ataque ao alcool, afim de que ella mesma se torne propagandista efficaz da guerra contra o tóxico que infama e que destroe”⁴⁸.

Para o sucesso da campanha, professavam que era necessária “uma propaganda em todos os pontos do país, propaganda que deve ir ao banco das escolas, ao púlpito das igrejas de todos os credos, da tribuna das associações de fins sociais às colunas dos jornais, do exemplo do pai, do mestre, do amigo, do chefe, ao exemplo da coletividade”⁴⁹.

Interessante observar que os principais credos da cidade, na época, estavam contemplados no cronograma de palestras. Além da maçonaria, que sendo uma sociedade filantrópica secreta, tinha entre seus membros uma parcela significativa da população com melhores recursos financeiros, temos a presença de: católicos, luteranos e espíritas. Estes grupos, embora separados por convicções e doutrinas religiosas uniram-se na “cruzada” que a LBHM implementou “pela melhoria da raça ameaçada de agonia pelos efeitos desastrosos das bebidas alcoolizadas”⁵⁰.

Nancy Stepan comenta que, por ser congruente com a moralidade tradicional o estilo neolamarckiano da eugenia, tornava-se mais atraente aos diferentes setores da sociedade brasileira. A eugenia neolamarckiana mantinha abertas as possibilidades de regeneração e um lugar para a ação moralizadora, encaixando-se bem na doutrina cristã. Permitia, desse modo, a fusão das linguagens moral e científica. Devido a essa compatibilidade, foi possível a integração entre diferentes crenças nas campanhas em

⁴⁸ CAMPANHA Antialcoólica. **O Estado**. Ano XIV, n. 4322. Florianópolis, 11 de out. 1928, p. 1.

⁴⁹ Idem.

⁵⁰ SEMANA anti-alcoólica. **O Estado**. Ano XIV, n. 4327. Florianópolis, 17 de out. 1928, p. 1.

Santa Catarina. Pobreza, doenças venéreas e alcoolismo podiam ser vistos como produtos tanto das condições sociais como de escolha moral⁵¹.

Todavia, os setores participantes das campanhas deveriam aceitar os métodos de propaganda utilizados pela Liga, o que nem sempre ocorreu de modo pacífico, como no caso dos cartazes afixados nas escadarias da Catedral.

A campanha contra o alcool, que sob o nome de “Semana Anti-alcoólica”, se vem fazendo cada anno em nosso pais, deve congrega todos os homens de boa vontade em seu objetivo superior, tenham que credo tiverem, sejam de que nacionalidade forem. Isto que affirmamos parece que assim não foi compreendido por algumas das pessoas desta capital. Como todos tiveram ocasião de apreciar, nos pontos da cidade em que maior é o movimento foram affixados cartazes de propaganda ao combate do alcoolismo, cartazes cujos dísticos, escriptos em nobre portugêus, não poderão offender nem a moral, nem religião de espécie alguma, e que, apenas, poderão desgostar os ébrios e os amigos dos ébrios. Entre os diversos lugares em que appareceram esses cartazes, avultava, por sua posição excellente, a escadaria da cathedral. Collados aos degrãos, os boletins da campanha ao álcool eram lidos por quantos passavam em frente ou subiam a escadaria do templo. Pois o cura da cathedral foi queixar-se disso à Policia, para que esta mandasse retirar dali os cartazes. O procedimento desse sacerdote merece bem acerbos commentarios, que deixaremos ao leitor sensato, estranhando, todavia que sejam permittidos naquelle local os cartazes dos cinemas que podem de algum modo offender a moral dos catholicos, e não no sejam os de guerra a um dos piores inimigos do gênero humano.⁵²

Em todas as reportagens que faziam menção à campanha anti-alcoólica, convocava-se a população catarinense a participar do evento, independentemente do credo, da posição social ou da escolaridade. A participação de todo cidadão era vista como de fundamental importância para o sucesso da campanha e conseqüente melhoramento da nação. Por outro lado, a não-adesão ao programa merecia severas críticas. O autor da reportagem é bem sutil ao criticar o cura da catedral. Na verdade, ele expõe o fato, maximizando a importância estratégica da posição dos cartazes nas escadarias da diocese. Conforme suas palavras, fixados nos degraus do templo, somente os ébrios ou seus amigos, ficariam incomodados com sua presença⁵³.
Todavia o cura havia se queixado a polícia. Esse comportamento denotava total falta

⁵¹ STEPAN, op.cit., p. 349.

⁵² ECOS e novas. **O Estado**. Ano XIV, n. 4325. Florianópolis, 15 de out. 1928, p. 2.

⁵³ *Ibidem*.

de engajamento na luta contra o álcool. O autor termina o texto comentando que no mesmo local onde “inofensivos” cartazes contra bebidas alcoólicas, eram proibidos, permitia-se que cartazes de cinema fossem afixados. Estes últimos, podendo ofender a moral de alguns católicos. O autor, estranhava este fato e instigava o leitor a tomar suas próprias conclusões. A principal diferença nos cartazes pode não ter sido o intuito da propaganda, mas sim a remuneração para a igreja. Filmes sempre precisaram gastar com divulgação e uma verba destinada ao marketing pode ter ido parar na mãos do templo cristão. Mas durante a pesquisa não encontramos menção a nenhum tipo de pagamento para divulgação das campanhas antialcoólicas. Jornais, oradores e palestrantes são nomeados como contribuintes voluntários na luta contra as bebidas alcoólicas. A LBHM esperava o livre empenho de toda a sociedade, tanto pela importância que consideravam possuir a causa, mas também pela falta de recursos financeiros que a instituição possuía.

Nas conferências que ocorriam durante a Semana Antialcoólica, os convidados como oradores eram pessoas que possuíam prestígio dentro de suas comunidades, como o reverendo Annibal Nóra⁵⁴, o diretor do Lyceu de Artes e Offícios, Sr. Eduardo Luz, o professor Laércio Caldeira, delegado da Liga, e o Sr. Rodolpho Bosco, presidente da União dos Trabalhadores.

Os discursos dessas pessoas sobre os efeitos nocivos do álcool ganhavam força por serem eles membros importantes dentro de suas comunidades. Eles representam o que Bordieu chamou de “porta-voz autorizado”, ou seja, aquele que concentra o “capital simbólico” acumulado pelo grupo do qual faz parte e que possui a delegação

⁵⁴ O Reverendo Annibal Nóra estava à frente da Igreja Presbiteriana na Capital e além de ser um conferencista freqüente, escrevia artigos sobre os malefícios do uso do álcool para o jornal **O Estado**.

desse grupo, agindo como seu procurador. Suas palavras dessa forma, possuem um campo de ação maior do que se proferidas por um agente externo⁵⁵.

Mas o mais freqüente era que os conferencistas fossem médicos, como os doutores Achilles Gallotti, Affonso Wanderley Junior, Alfredo Araújo e Raymundo da Silva, entre outros, todos conhecidos e atuantes na cidade. Sendo um médico quem proferia o discurso este ficava duplamente reforçado, pois, segundo Bourdieu, as condições a serem preenchidas para que um enunciado performativo obtenha êxito se reduzem à adequação do locutor (ou melhor, de sua função social) e do discurso que ele pronuncia. Um discurso estaria condenado ao fracasso quando pronunciado por alguém que não dispõe de “poder” para pronunciá-lo, ou seja, quando o locutor não tem autoridade para emitir as palavras que profere⁵⁶.

Como a figura do médico está ligada (dentro do senso comum) com a justiça e o bem estar das pessoas, durante os anos das campanhas antialcoólicas, eles se promoveram como os mais capazes (e às vezes os únicos capazes) de tratar desse assunto. Isso porque conviviam de perto, nos consultórios e nos hospitais, com “os idiotas, os aleijados, os surdo-mudos, os epiléticos. Toda essa legião doentia que se arrasta como autômato, sem vontade, ao acaso, sem ideal e sem destino, constituída de vítimas do alcoolismo”⁵⁷. Esses médicos consideravam que nenhum serviço mais digno poderiam prestar à nação do que impedir que os “fracos”⁵⁸ fossem arrastados para o alcoolismo, e assim, corroessem “os alicerces básicos da família, do município, do estado e da pátria”⁵⁹. Promovendo, com isso o abastardamento do vigor racial do povo⁶⁰.

⁵⁵ BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas lingüísticas**: o que falar quer dizer. São Paulo: EDUSP, 1996, p. 89.

⁵⁶ BOURDIEU, op.cit., p.89.

⁵⁷ SEMANA antialcoólica. **República**. Ano II, n. 612. Florianópolis, 11 de out. 1928. p. 2.

⁵⁸ Fraco foi utilizado pelos médicos no sentido moral e não físico.

⁵⁹ SEMANA. op.cit.,p.2.

⁶⁰ Idem.

O tom da 3ª Semana Antialcoólica, realizada em outubro de 1929, não era tanto de nomear as desgraças que acometiam os usuários de bebidas embriagantes, mas sim de cobrar do poder público uma legislação mais severa tanto para os consumidores, como para os produtores e comerciantes dessas bebidas. Em artigo intitulado **A lei e o álcool**, a LBHM conclama o presidente Washington Luís e os membros do Senado e Câmara dos Deputados a dotarem o Brasil de “uma lei sabia, que pelo menos, promova a temperança de amanhã e ponha limites à alcoolização libérrima de hoje em dia”⁶¹. Mas o grande objetivo da Liga não era apenas obter uma lei que restringisse o consumo do álcool, mas sim adotar a “Lei Seca”⁶², nos mesmos moldes que esta vigorava nos Estados Unidos.

O rei álcool

Vários países, por meio de seus legisladores, estão tomando medidas repressivas contra este mal terrível que o distinto clínico Dr. Belisário Penna, tem denominado ‘o demônio da humanidade’.

No Brasil, felizmente, já se vai engrosando uma corrente contra este pernicioso vício e um número considerável de intelectuais está congregando forças para levantar barreiras ao duro senhor que pretende domínio universal. **Nos Estados Unidos está vigorando há annos a lei sêcca, lei benéfica que tem concorrido grandemente para o bem daquelle grande povo** [grifos meus]. Os alcoólatras e os interessados no maldito commercio têm procurado por todos os meios burlar a lei e estão empenhados vivamente em abrogá-la.

Os verdadeiros patriotas devem trabalhar para que possamos ver em breve, a lei sêcca promulgada entre nós, para o bem dos nossos compatriotas e para a felicidade da nação.⁶³

⁶¹ A LEI e o álcool. **República**. Ano IV, n. 913. Florianópolis, 16 de out. 1929, p. 1.

⁶² Durante a primeira metade do século XIX, nos Estados Unidos, desenvolveu-se um movimento chamado Temperança. Sua preocupação era coibir o consumo das chamadas bebidas fortes, como o gim e o whisky, que possuíam uma concentração de álcool muito superior a do vinho e da cerveja. Em torno de 1830, o movimento se separou em duas correntes, sendo uma mais tolerante ao consumo de álcool e outra mais radical, pregando a abstinência total. O partido da proibição e a W.C.T.U. (Women’s Cristian Temperance Union), entre outras organizações, dedicaram seus esforços à proibição nacional do álcool. Promoveram uma ampla propaganda contra a indústria de bebidas e colocaram os problemas produzidos pelo álcool como sendo responsáveis pela corrupção política e a prostituição. A W.C.T.U. conseguiu que fossem aprovadas leis que obrigavam a educação sobre os perigos do álcool nas escolas públicas e fornecia material didático sobre o tema. Em 1920, o Congresso aprovou a Emenda à Constituição que proibia em todo o país a fabricação e venda de bebidas alcoólicas, iniciando, assim, o período conhecido por “Proibition” ou “Lei Seca”. Este período, se estendeu de 1920 até 1933, ao invés de abolir os problemas relacionados ao álcool, tornou-se ele próprio um problema social, pois, pararam de beber justamente as pessoas para as quais o álcool não representava um problema. Para elas não valia a pena procurar bebida no mercado negro. No entanto, uma grande parcela da população se valeu de toda a rede organizada de traficantes que se formou. Infringir a lei se tornou obsessão nacional. Fabricava-se qualquer tipo de bebida, independentemente da qualidade, pois não existia mais fiscalização. Usava-se até álcool metílico (as bebidas usam álcool etílico) extremamente tóxico e que pode levar à cegueira. Casas de café eram apenas fachada para dissimular a venda de bebidas alcoólicas, ou seja, quem desejasse encontrava álcool para comprar. Isso sem falar na lucratividade do fabrico e comércio clandestinos. Em 1933, a lei foi revogada, e cada Estado americano passou a lidar com o problema de forma diferente. Alguns permaneceram secos enquanto outros liberaram o consumo. (MASUR, Jandira. **O que é alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1991, p. 60-73).

⁶³ O REI Álcool. **O Estado**. Ano XIV, n. 4314. Florianópolis, 02 de out. 1928, p. 1.

A adoção da “Lei Seca” pelos Estados Unidos tornou-se o paradigma de todas as discussões sobre o tema realizadas no Brasil. Enquanto a tão almejada proibição do consumo e do comércio de bebidas alcoólicas não vinha, devia-se exigir do governo e da sociedade um acirrado combate não apenas aos consumidores, como aos fabricantes da bebidas. No artigo citado anteriormente o autor afirma que o comércio do álcool, como todo comércio de tóxicos, era muito lucrativo, e devido a isso havia adversários a sua repressão. Mas o que mais o chocava era o fato de esse vício obscurecer a razão e os nobres sentimentos, de modo que suas próprias vítimas o defendiam ardorosamente.⁶⁴ Não era desconhecido, a lucratividade do comércio do álcool e isto, juntamente com a perda da receita financeira obtida através dos impostos sobre este produto, representavam um entrave à adoção de medidas repressivas propostas pelo anti-alcoolismo. Sendo assim, o incessante trabalho de propaganda educativa se transformava na principal arma que os psiquiatras possuíam para incutir princípios abstêmios na população.

2.4 A BANDEIRA ANTIALCOÓLICA DURANTE O GOVERNO VARGAS

Com a entrada no cenário nacional do governo provisório de Getúlio Vargas, elevaram-se as esperanças de que uma legislação de combate ao vício da embriaguez fosse finalmente adotada no Brasil⁶⁵. Reis afirma que embora a República Velha tenha apoiado a causa antialcoólica, inclusive patrocinando a campanha de 1929, a vantagem que os psiquiatras viam no governo de Vargas era a “ausência de corpos legislativos que permitiam a infiltração fácil dos interesses pró-álcool”⁶⁶. Sem o entrave de grupos ligados às bebidas alcoólicas, seria necessária apenas a anuência

⁶⁴ O REI álcool, op.cit., p. 1.

⁶⁵ STEPAN, op.cit., p. 373.

⁶⁶ REIS, op. cit., p. 81.

do governo para que uma lei entrasse em vigor. Na prática, não foi bem isso o que se verificou. O projeto de lei apresentado foi impugnado pelo Ministério da Fazenda, sob a alegação de ir de encontro aos interesses do fisco.⁶⁷

Os números que representavam o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil e receita dele decorrente aparecem em nota da quinta Semana Antialcoólica

Tenha-se horror às bebidas alcoólicas.

O dr. Severino Lessa provou pelas suas estatísticas que se está bebendo no Brasil cerca de 150 milhões de litros de aguardente, 200 milhões de mistelas nacionais, além de 40 milhões de origem estrangeira, o que importa elevadíssima somma de um milhão de contos.⁶⁸

Diante da dificuldade de se extinguir um importante gerador de receita para o país, os psiquiatras tiveram de enfrentar “uma boa dose de frustração, tendo em vista que medidas antialcoólicas na direção de algum proibicionismo mais decidido nunca chegaram a ser implementadas pelo governo Vargas, o que na ótica deles, representava a vitória do que chamavam ‘alcool-capital’”⁶⁹.

Para os membros da Liga, seu triunfo provinha do que consideravam uma diminuição no quadro de hospitalizações, graças ao sucesso das campanhas nacionais. A relação álcool/loucura era tamanha que alguns se referiam ao álcool como sendo a “loucura engarrafada”⁷⁰.

Ninguém – salvo os psychiatras, os alienistas e os fabricantes de camisas de força – imagina o que é a loucura no Brasil (...) tal é a nossa disseminação, abarcando e tresvairando o território, que aos diversos problemas sanitários e hygienicos, que já nos atormentam, mais esse se adiciona com uma gravidade positivamente alarmante. A perda da razão é assaz freqüente com factores novos, entre os quaes se inclue o abuso das bebidas alcoólicas, (...) seus congeneres, vieram enriquecer o acervo de motivos para dessarranjos cerebraes. Basta saber-se que é insignificante o numero de asylos e hospitaes para segregação e tratamento de doidos, em todo o Brasil; e dos que existem raríssimos são os em condições de satisfazer as exigências sanitárias e humanas da sciencia psychopathica.⁷¹

⁶⁷ Ibidem, p. 82.

⁶⁸ QUINTA Semana Antialcoólica. **O Estado**. Ano XVIII, n. 5710, Florianópolis, 7 out. 1932, p. 6.

⁶⁹ REIS, op.cit., p. 83.

⁷⁰ Expressão empregada por Faustino Esponsel. In: ABHM. Ano IV, n. 02. Rio de Janeiro, dez. 1931, p. 214.(apud REIS, op.cit., p. 84).

⁷¹ MALUCOLANDIA. **O Estado**. Ano XVII, n. 5454. Florianópolis, 25 de nov. 1931, p. 3.

As justificativas para o recalcitrante tema da luta antialcoólica provinham do elevado número de internações nos hospícios por abuso de álcool. Este e a sífilis⁷² constituíam-se, segundo a LBHM, nos maiores problemas dos hospitais. Os dois elementos, conjuntamente foram tema da reportagem **O álcool na syphilis**

É de velha data conhecida a ação nociva do álcool na syphilis e esse papel malerico é mais commum nos tempos atuais devido à disseminação cada vez mais progressiva dos hábitos ethylicos.(...) Outra particularidade de syphilis alliada ao alcoolismo, é a sucessão ininterrupta dos acessos: os syntomas específicos mostram-se múltiplos, incessantes, simplesmente entrecoretados por pequenas acalmias; apenas um acesso terminou um outro aparece. Concebe-se que tais syphilis esgotam os doentes e a terminação comum em tais casos é a morte.⁷³

O binômio álcool/sífilis representava, segundo Henrique Roxo, 80% dos casos de internações psiquiátricas. Desse total, 50% eram pacientes sifilíticos e 30% alcoólatras⁷⁴. Não seria lógico, então, que a LBHM declarasse guerra à sífilis ao invés do álcool?

A preferência da Liga pelo tema do alcoolismo, em detrimento da sífilis, segundo Reis, deveu-se ao fato de o último já receber atenção dos poderes públicos e contar com dispensários gratuitos, onde além de se tratar a doença, ensinava-se como evitá-la. Já em relação ao álcool, consideravam que praticamente tudo estava por fazer.⁷⁵

A preocupação dos psiquiatras com o alcoolismo decorria do fato de ele ser considerado um impulsionador da degenerescência. Morel⁷⁶, em seu *Traité des dégénérescences*, citou a bebida como fator crucial de debilidade racial.⁷⁷ No Brasil,

⁷² Sífilo, um belo e jovem pastor recebeu um terrível punição por insultar o deus Apolo: uma nefasta doença que passaria a se chamar sífilis. Para os médicos brasileiros dos anos 30, o efeito mais avassalador da doença seria a destruição da raça, pois, segundo Renato Kehl, a transmissão hereditária da sífilis era uma das principais causas da existência de desequilibrados, aleijados e anormais. (cf. MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A espécie em risco**: sífilis em Curitiba nos anos 20).

⁷³ O Álcool na syphilis. **O Estado**. Ano XVII, n. 5424. Florianópolis, 20 de out. 1931, p. 1.

⁷⁴ ROXO, Henrique. *Hygiene Mental*. In: ABHM. Ano VIII, jan-set. de 1935, p.152. (apud REIS, op.cit., p. 84).

⁷⁵ REIS, op.cit., p. 86.

⁷⁶ Benedict A. Morel foi um psiquiatra francês do século XIX, autor dos conceitos de “degenerescência” e de “degenerado hereditário”. O conceito moreliano de degenerescência permitia supor que a loucura de uma pessoa podia resultar até da vida sexual desregrada de algum bisavô ou da meningite de alguma avó. PESSOTTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed. 34, 1999, p. 82-87.

⁷⁷ HARRIS, Ruth. **Assassinato e loucura**: medicina, leis e sociedade no *fin de Siécle*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993, p. 267.

o combate ao álcool era assunto eugênico ligado à defesa nacional contra esse “inimigo da raça”.

O álcool também era apontado pelo Dr. Moraes Melo como o fator de maior relevância nos casos de crimes violentos. Dos 1400 criminosos que passaram pelo serviço médico da Penitenciária de São Paulo em 1929, 1388 eram consumidores de bebidas alcoólicas. Dos 924 acusados de homicídio 916 eram alcoólatras, sendo que 414 assassinatos foram cometidos em estado de embriaguez aguda⁷⁸.

Para acabar com esse “triste quadro”, Fernando Magalhães voltou a defender a proibição total de bebidas alcoólicas no país: “eu só entendo uma lei que acabe com o álcool. Penso que os americanos tiveram razão no que fizeram. Os resultados são extraordinários. Basta ver como decresceu o coeficiente de criminalidade”.⁷⁹ Mas nem todos se mostravam tão inocentes em relação aos benefícios da ‘Lei Seca’. Passados alguns anos da proibição de bebidas nos Estados Unidos, um exame atento da sociedade americana seria suficiente para desencorajar a lei seca. Os reais motivos que levaram a implantação desta lei continuavam a existir, e novos problemas, como contrabando e falsificações perigosas passaram a assombrar os americanos.

O deputado Araújo Lima, como médico, defendia a abstinência, mas afirmava, como sociólogo, que acreditava ser possível impedir um único indivíduo de ingerir bebidas alcoólicas, mas que era inconcebível fiscalizar uma cidade inteira. Ele argumentava que

Por mais que os adeptos da lei seca, digam o contrario, a verdade é que ela faliu nos seus efeitos. Hoje nos Estados Unidos, bebe-se muito mais, e a bebida é mais cara, peor e infinitamente muito mais nociva. Tornando ilegal e criminoso o commercio do álcool, a lei creou uma classe poderosíssima: – a dos contrabandistas, e fabricantes clandestinos. Encarecendo o produto, animou as contrafacções de modo que, si o álcool puro já era perigoso à saúde, muito mais o é, agora a sua falsificação. As classes pobres, impossibilitadas de fazer libações com bebidas finas, substituem-nas pelo alcool methylico e essências ruinosas. As estatísticas demonstram uma

⁷⁸ O ALCOOLISMO em São Paulo. **A Pátria**. Ano I, n. 250. Florianópolis, 21 de out. 1931, p. 2.

⁷⁹ MAGALHAES, Fernando. Quinta semana antialcoólica. **O Estado**. Ano XVIII, n. 5711. Florianópolis, 8 out. 1932, p. 6.

elevação apreciável na criminalidade, na loucura, e nos suicídios, depois do actual regimen. Esse quadro, por certo não o desejamos ver no Brasil. Com o exemplo expressivo da América do Norte, seria uma experiência dolorosa e inútil... Procuremos a todo panno combater o alcoolismo, mas não percamos nunca de vista que o fruto prohibido é sempre mais desejado... e mais caro.⁸⁰

O autor do artigo citado, em sua crítica à ‘Lei Seca’ destoa de todos os outros textos encontrados nos periódicos analisados desse período. Mesmo sendo médico, Araújo Lima encara o problema da proibição ao consumo de álcool de maneira sociológica. Verifica que, embora se apregoasse o sucesso da lei americana, ela na realidade aumentou o perigo representado por essa droga. Se antes da proibição existia uma fiscalização que controlava o fabrico de bebidas, após a implementação da lei os contraventores ficaram livres para utilizar as mais perigosas combinações. As bebidas com misturas falsificadas eram muitas vezes fatais. Além disso, o comércio de álcool, tornado clandestino, fez surgir uma perigosa classe de bandidos, que elevaram os índices de criminalidade. Araújo Lima aponta que o combate ao alcoolismo não deveria ser feito através de medidas ingênuas, como simplesmente copiar o que haviam feito os Estados Unidos.

Mas, para os mais ferozes defensores do modelo norte-americano de combate ao alcoolismo, a lei brasileira deveria ser mais severa. O que vigorava no Brasil era a lei 4294, de 06 de julho de 1922, que “criava estabelecimentos especiais com tratamento e regimen de trabalho para os ébrios habituais e para os intoxicados pelo ópio, cocaína, morphina e seus derivados”⁸¹ e estabelecia penalidades para os que vendessem bebidas aos indivíduos já alcoolizados. Para os membros da Liga essa lei era ineficiente e não coibia nem o consumo, nem a venda de bebidas alcoólicas. Mas, a partir de 1933, com a revogação da Lei Seca nos Estados Unidos, o clamor pela

⁸⁰ LIMA, Araújo. O Combate ao alcoolismo. **O Estado**. n. 5050. Florianópolis, 26 jul. 1930, p. 1.

⁸¹ REIS, op.cit., p. 87.

proibição total ao consumo de álcool foi deixado de lado. Passou-se a exortar a educação como o melhor remédio contra o alcoolismo.

A preocupação com a educação, embora destinada a toda a sociedade tinha seu foco principal nas chamadas “classes trabalhadoras”, pois as estatísticas mostravam que o “consumo per capto no Brasil era de 2,4 litros por pessoa. Desse oceano de álcool 82 por cento ingeridos, sob forma de aguardente, 18 por cento para todas as outras formas.”⁸² A aguardente, bastante popular e barata, aos olhos dos psiquiatras, transformava os trabalhadores em elementos incapacitados e inúteis no processo de fortalecimento da economia nacional.

O foco da Liga nos trabalhadores, a partir de 1930, ia ao encontro dos interesses do governo Vargas, que desejava “supervisionar a saúde da população, não só visar ao bem estar dos indivíduos, mas à prosperidade e à segurança do Estado”⁸³. Dentro dessa ótica, o indivíduo alcoólatra atrasava o desenvolvimento do país, na medida em que era péssimo operário, com rendimento inferior no trabalho, e formaria uma prole degenerada. Essa preocupação com a economia não está apenas na saúde de quem produz, uma vez que o doente representa gastos por parte do Estado. A perda de um corpo saudável representava prejuízos para a nação, pois este deixava de produzir e gastava dinheiro público no período da doença.

O vício do álcool tornava-se mais perigoso entre os trabalhadores, pois estes, segundo os psiquiatras, eram incapazes de adotar padrões culturais e hábitos morais conforme a ética burguesa, já que deixavam de “comprar o pão para os filhos e a roupa para a esposa”, transformando-se em um ‘peso morto’ para economia do país. Conforme Reis, “para assegurar a produtividade do operário no trabalho era preciso mais do que conformá-lo à submissão no ambiente da fábrica [...]. Daí a necessidade

⁸² O Alcoolismo em São Paulo. *A Pátria*. Ano I, n. 250. Florianópolis, 21 out. 1931, p. 2.

⁸³ MACHADO, Roberto. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 253.

de se criar mecanismos extra-fábrica que exerçam uma coerção moral e psicológica sobre o tempo integral de vida dos trabalhadores”⁸⁴.

Essa coerção viria através da educação, mas também de medidas que proibissem a venda de bebidas alcoólicas nos domingos e feriados⁸⁵, pois apontavam que nos dias de folga o trabalhador se entregava ao hábito da bebedeira, aumentando a relação álcool-violência. A preocupação com o operário em seus dias de folga, demonstra a crença no binômio operário mais folga igual a crime. Essa relação era denunciada em artigos jornalísticos que apresentavam estatísticas apontando a estreita ligação entre crime e alcoolismo.

A criminologia prepondera nos dias de folga, nos quais as libações alcoólicas são numerosas; 147 crimes sábados e domingos 283. Numa investigação realizada pelo Dr. Pacheco Silva, diretor do Hospital do Juquery foram encontradas os seguintes dados, naquele hospital de dementes, em 348 homens, 130 faziam uso do álcool; em 156 mulheres, 13 ingeriam habitualmente substâncias alcoólicas. Temos, portanto, 504 indivíduos dos quais 143 se entregavam ao uso desse tóxico, o que dá uma porcentagem de 28,95 por cento de alienados, contando o alcoolismo nos seus antecedentes.⁸⁶

Apesar do empenho dos psiquiatras da LBHM, suas campanhas pouca influencia tiveram na diminuição do consumo de álcool ou mesmo nas internações por alcoolismo nos hospícios. Segundo Jurandir Freire Costa, os membros da Liga, “limitados pela abordagem organicista de um fenômeno de natureza psicológica e sociológica, terminavam por sustentar opiniões incongruentes sobre o assunto”⁸⁷. O fato é que embora os psiquiatras afirmassem que o alcoolismo era uma doença que afetava a sociedade, não conseguiam ver com clareza que as condições de

⁸⁴ REIS, op.cit., p. 93-94.

⁸⁵ O deputado e médico Plínio Marques no ano de 1929 havia apresentado ao Congresso Nacional um projeto de lei proibindo a venda de bebidas alcoólicas nos domingos e feriados. No editorial dos **Archivos**, do mesmo ano, ele assim se justificou: “é de observação ampla e freqüente que justamente nesses dias é que as classes menos cultas se embriaguem. Houve aqui, na semana antialcoólica do anno passado, a apresentação de uma estatística elaborada por distinto collega da Penitenciária de São Paulo, pelo qual se demonstrava insophismamente, que a facilidade de aquisição das bebidas alcoólicas nesses dias era a principal responsável pelos crimes praticados [...]. Um operário, que não pode avaliar até onde vae a acção nefasta, prejudicial do álcool, não podendo abandonar o trabalho, nos dias úteis, para adquirir-o, d'elle não faz uso. Mas, num dia de folga, passando pelas tendas, pelas vendinhas levado um pouco por si mesmo mas grande número de vezes arrastado pelos viciosos, não pode resistir.”(MARQUES, Plínio apud REIS,. Idem..)

⁸⁶ O Alcoolismo, op.cit., p. 2.

⁸⁷ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Documentário, 1993, p. 74.

desigualdade, miséria e exclusão social da maior parte do povo brasileiro eram responsáveis pelo consumo de álcool, e não o contrário.

O álcool fazia parte dos hábitos diários de consumo de uma parcela da população. Sidney Chaloub lembra que os botequins no Rio de Janeiro eram “a principal opção de lazer dos pobres do sexo masculino, onde eles, sorvendo goles de café, cachaça, cerveja ou algum vinho barato, afogavam suas mágoas da luta da vida”⁸⁸. Esses estabelecimentos tinham uma função maior do que simplesmente fornecer bebidas alcoólicas: eram utilizados como centros de sociabilidade operária. Ruth Harris ressalta a importância que os cafés da França (comparáveis aos botequins) tinham como elementos de socialização dos trabalhadores franceses, onde eles podiam “ler jornais, discutir política, comer e beber sem interferência”⁸⁹. Da mesma forma, Chaloub chama atenção para o fato de que os conflitos ocorridos em botequins e quiosques no começo do século XX mostram, entre outras coisas, que os trabalhadores freqüentavam esses locais até “nos interstícios da jornada de trabalho”⁹⁰. Esses locais funcionavam como uma espécie de “centro aglutinador e difusor de informação entre os populares”⁹¹.

Os médicos e psiquiatras não levavam em consideração esses aspectos, observando no álcool sempre algum tipo de degeneração ou perversão moral. Se em alguns momentos vislumbravam a relação alcoolismo-pobreza ou reconheciam que o consumo de bebidas alcoólicas pudesse fazer parte do cotidiano cultural da população, a visão que tinham era marcada por formulações higienistas e eugênicas de caráter fundamentalmente biológico e moral. Por isso, concentravam suas

⁸⁸ CHALOUB, Sidney. **Trabalho, lar e botequim**. São Paulo: Brasiliense, 1986, p. 172-173.

⁸⁹ HARRIS, op.cit., p. 290.

⁹⁰ CHALOUB, op.cit., p. 174.

⁹¹ *Ibidem*, p. 213.

campanhas em propagandas moralizantes ou formulavam propostas repressivas aos consumidores e produtores de álcool.

Esse enfoque exclusivamente biológico e moral minava as chances de êxito de suas campanhas. Dados de Jurandir Freire Costa revelam que em 1927, ano de início das campanhas, o número de internações na cidade do Recife devido à bebida era de 94 casos. Três anos depois, em 1930, este número subiu para 105 casos.⁹² O autor, ao observar esses dados afirma ser possível acreditar que depois do começo das campanhas antialcoólicas, o alcoolismo tendia a aumentar, mas “na verdade a LBHM influenciava pouco na resolução de um problema que os psiquiatras eram incapazes de compreender”⁹³.

Seria de esperar que os membros da Liga repensassem suas formas de ação e que admitissem o fracasso da influência das campanhas na redução do vício alcoólico. Mas é exatamente o contrário que se verifica: a partir de 1930, apregoam a vitória das campanhas antialcoólicas, como mostra o seguinte artigo :

Um ébrio chegou, assentou e pediu um copo de Paraty. O garçom imediatamente o atendeu e, no momento em que derramava o líquido no copo, sob o olhar ávido do freguez, o patrão atalhou e não consentiu que fosse servida a bebida. Estamos certos que o milagre se operou sem nenhuma intervenção do Cod. Penal, que applica pena àquelle que fornece álcool aos que estejam já embriagados. Esse dispositivo nunca foi observado e cahiu no esquecimento pelo desuso.

Não poderia agora exercer nenhuma influencia sobre o ânimo do vendeiro, conduzindo-o a praticar um acto de grande alcance moral.

Somos inclinados a acreditar que a campanha contra o alcoolismo em que as varias classes sociais estão empenhadas nesses últimos tempos, já está produzindo resultados, independente de qualquer medida de carácter coercitivo [grifos meus]. Vae se operando suavemente a redução popular e no fim de algum tempo, é possível que possamos apresentar uma mentalidade completamente renovada graças à persuasão partida das classes mais representativas da sociedade, pela força contaminadora do exemplo, de que deve ser reflexo a attitude expressiva desse dono de botequim.⁹⁴

O autor desse artigo credita exclusivamente aos efeitos da campanha antialcoólica a atitude do vendeiro, que não serviu álcool a um freguês já

⁹² COSTA, Jurandir. op.cit., p. 79.

⁹³ Idem.

⁹⁴ ÁLCOOL ao ébrio. **O Estado**. n. 4882. Florianópolis, 6 jan. 1930, p. 4.

embriagado. Refuta a hipótese de que a lei existente pudesse ter contribuído para o ocorrido, que denomina “milagre”, haja vista os interesses econômicos envolvidos no comércio de bebidas. Somente o resultado positivo das campanhas poderia ter convencido o proprietário do botequim a “praticar um ato de alcance moral”. Essa mudança de atitude seria alcançada “pela persuasão partida das classes mais representativas da sociedade, pela força do exemplo”. Os indivíduos provenientes das classes trabalhadoras por certo não fariam parte desse “seleto grupo” de pessoas capazes de fornecer “exemplos equilibrados” à sociedade.

A expectativa era de que nos meios de maior educação e “cultura”, os métodos de propaganda encontrassem terreno mais fértil e que ao adotar os preceitos da Liga servissem de modelo para o restante da população.

2.5 PROCURA-SE: OBREIRO, SUPERIOR E ABSTÊMIO.

No mesmo período de que ora tratamos, é interessante observar que o argumento de anarquistas e comunistas sobre o consumo de bebidas alcoólicas se aproximava do moralismo das campanhas da LBHM. Nos meios operários, a condenação ao consumo de álcool devia-se ao fato de as lideranças considerarem-no fator de degradação da classe trabalhadora. Para eles, o trabalhador, ao ingerir bebidas alcoólicas, embrutecia e perdia a força necessária para lutar pela emancipação social. Os motivos políticos que condenavam o bar e a bebida eram acompanhados do argumento de que esses eram meios utilizados pelas classes dominantes para “enfraquecer e entorpecer a classe operária desviando-a do cumprimento de sua função histórica revolucionária”⁹⁵. Analisando o discurso

⁹⁵ RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985, p. 111.

médico e o anarquista, encontramos uma convergência, na medida que ambos consideravam “necessários homens fortes e sadios para construir a riqueza da nação”⁹⁶.

Para Margaret Rago, no “discurso anarquista ou operário em geral a causa do alcoolismo nos meios populares encontra-se no tipo de sociedade em que vivemos, onde a bebida, o fumo, o jogo surgem como válvula de escape diante de um cotidiano massacrante”⁹⁷. A solução, para eles, estaria na mudança da forma de governo. Obviamente, a percepção da Liga não era a mesma. Na ótica dos psiquiatras, a questão do alcoolismo estava ligada “à falta de educação e cultura dos pobres”. O que estes necessitariam era uma política realmente repressiva, visto que as poucas leis destinadas ao controle do álcool eram incapazes de, sozinhas, acabar com o problema, ou mesmo de minimizá-lo.

Com a entrada no cenário político do governo de Getúlio Vargas, os membros da Liga conseguem, com efeito, vislumbrar um Estado mais intervencionista, sendo que “a expectativa dos psiquiatras era de franco otimismo com relação a medidas repressivas, até radicais, chegando em alguns casos a buscar estreita colaboração com a polícia”⁹⁸. Essa afirmação de Reis revela que a LBHM esperava um “gesto forte” por parte do presidente e que o desejo de seus membros era pautar sua atuação em propostas que contassem com o apoio do poder estatal.

Dessa forma, notamos que, desde a criação da Liga, ela se posicionou a favor de medidas que impunham a presença de um Estado forte e interventor, capaz de dotar os militantes da higiene mental das condições necessárias para enfrentar os graves problemas de saúde pública no Brasil. A historiadora Maria Clementina Pereira Cunha aponta que, pouco antes da Revolução de 30, a eugenia e a medicina

⁹⁶ Ibid., p. 113.

⁹⁷ Idem.

⁹⁸ REIS, op.cit., p. 103.

mental vinham articulando uma “representação orgânica da sociedade, imagem biológica de harmonia e complementaridade entre partes de um mesmo corpo social”⁹⁹. Nessa representação, acrescenta a autora, ao Estado cabia lugar de destaque, de cérebro que compatibilizaria e coordenaria as funções do organismo social.

O Estado Novo se ajustou perfeitamente aos anseios dos membros da Liga, já que colocou “o corpo na ordem do dia e sobre ele se voltaram às atenções de médicos, educadores, engenheiros, professores e instituições como o exército, a igreja, a escola, os hospitais”¹⁰⁰. A utilização do corpo como metáfora promoveu a identificação do país com o corpo humano, que necessita do funcionamento harmonioso de todos os órgãos para executar suas funções. O Estado brasileiro teria como governante a cabeça (Getúlio Vargas), dirigindo o corpo, idealizado como sociedade sem conflitos¹⁰¹. O presidente Vargas, como dirigente da nação, teria a missão de zelar pela saúde do país e, assim como se extirpa um órgão doente para o bem de todo o organismo, era seu dever extinguir todo o foco de discórdia na sociedade.

Nesse discurso racionalizador dos conflitos sociais, a medicina mental teve um papel central. Lançou mão de uma estratégia de “psiquiatrização” dos conflitos oriundos do mundo do trabalho, acusando com frequência os movimentos reivindicativos de indisciplina resultante de algum tipo de distúrbio mental. Reis nos dá um exemplo: um psiquiatra da LBHM chegou ao extremo de patologizar toda uma categoria de trabalhadores como possuidores de um estado de morbidade nervosa. Resenhando, para a revista da Liga, um livro intitulado **Higiene Mental do**

⁹⁹ CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo – Juquery a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, p. 177.

¹⁰⁰ LENHARO, op.cit., p. 75.

¹⁰¹ Idem.

Operário, Ernani Lopes, ao observar o trabalho incessante dos gráficos, julgou-os propensos a sofrerem de distúrbios psíquicos. Essa seria “a explicação das fáceis revoltas e da adoção impulsiva das doutrinas extremistas”¹⁰² por parte dessa categoria de trabalhadores.

Encarando os movimentos de reivindicações não como luta política e social, mas como desequilíbrio mental, apenas eles, os especialistas em higiene mental, seriam capazes “de esclarecer as razões dessa situação, e, portanto, os únicos que se encontrariam instrumentalizados para oferecer as soluções higiênicas e psicotécnicas necessárias à resolução dessa patologia trabalhista”¹⁰³.

Nos planos do governo, o operário tinha um papel importante. Era ele quem deveria conduzir, através de seu trabalho, o país a um patamar de destaque na economia mundial, e que, em anos de guerra, daria seu sangue pela pátria¹⁰⁴. Segundo o historiador Adriano Luiz Duarte, o trabalho durante o Estado Novo ganhou uma “centralidade” tão grande que passou a definir a noção de cidadania, “somente o trabalho pode ser o critério para a distribuição da justiça social e único definidor dos contornos e limites da cidadania; portanto, é somente pelo trabalho que se obtém a cidadania”¹⁰⁵. O trabalho era mais do que ocupação ou forma de sobrevivência era, principalmente, um dever moral e patriótico. Aquele que, independente do motivo, não tivesse uma ocupação dentro do que era estabelecido pelo Estado, estava fadado a permanecer à margem da convivência social.¹⁰⁶ Dentro dessa ótica, era essencial o trabalho dos psiquiatras na produção de trabalhadores fortes e dóceis: fortes devido aos genes sadios, livres da degenerescência, livres do

¹⁰² REIS, op.cit., p. 105.

¹⁰³ Ibidem, p. 106.

¹⁰⁴ LENHARO, op.cit, p. 86.

¹⁰⁵ DUARTE, Adriano Luiz. **Cidadania e Exclusão: Brasil 1937-1945**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999, p.103.

¹⁰⁶ Ibidem, p.104.

alcoolismo que ameaçava, segundo as previsões, “corromper os povos e destruir a vida”¹⁰⁷; dóceis para que pudessem contribuir efetivamente para o crescimento da nação.

Para impactar a população sobre os riscos para a saúde que corriam os apreciadores de “bebidas espirituosas”, durante as semanas antialcoólicas, vários artigos de jornal ligavam o álcool a diversas doenças, como gripe, febre tifóide, bronquite, diabete, escorbuto¹⁰⁸, úlceras estomacais, icterícia, litíase biliar e dispnéia¹⁰⁹. Mas a tuberculose era a doença que aparecia com maior destaque, como no artigo intitulado, **O Álcool e a Tuberculose:**

O álcool prepara o terreno para o bacillo de Kock- Triboulet.
O alcoolismo é a maior causa dos casos de tuberculose interna, mal de Pott, carie dos ossos, etc.
O maior número de casos de tuberculose infantil....reconhece por causa o alcoolismo dos paes- Fernet
80 por cento dos tuberculosos são alcoólatras ou descendentes destes.¹¹⁰

Para exemplificar de que modo o álcool influenciava no desenvolvimento da tuberculose, a Associação Catarinense de Farmacêuticos colaborou com a semana antialcoólica com uma história familiar, supostamente ocorrida na França e observada pelo médico Brunon em uma família composta de pai, mãe e onze filhos.

O pai bebe entre 7 e 8 absintos¹¹¹ por dia, o que o torna como louco. Mãe lavadeira. Tiveram 11 filhos dos quais 5 somente são vivos. O primeiro morre com 4 anos e ½ de meningite Tuberculosa. O segundo morre com 2 anos e ½, de bronco-pneumonia. O terceiro vive. O quarto morre com 3 anos de sarampo. O quinto nasce morto. O sexto tem 18 anos, entrou no hospital TUBERCULOSO PULMONAR. O sétimo foi também tratado por TUBERCULOSE PULMONAR. O oitavo tem 11 anos e é normal. O nono nasceu morto. O décimo acha-se tomado de escarlatina e tem sinais de TUBERCULOSE. O décimo primeiro morreu com 11 meses de difteria.¹¹²

¹⁰⁷ MAFRA, Agenor. Um grande mal em nosso país. **O Estado**. Ano XVII, n. 5427. Florianópolis, 23 out. 1931, p. 6.

¹⁰⁸ L.B.M.H. Semana antialcoólica. **A Pátria**. Ano I, n. 251. Florianópolis 23 out. 1931, p. 2.

¹⁰⁹ O ÁLCOOL produz. **A Pátria**. Ano I, n. 282. Florianópolis 23 out. 1931, p. 2.

¹¹⁰ O ÁLCOOL e a Tuberculose. **O Estado**. Ano XVII, n. 5427. Florianópolis, 23 out. 1931, p. 1.

¹¹¹ A “fada verde”, como era chamado o absinto, esteve no centro do debate sobre o alcoolismo na França do início do século. Essa bebida representava a mudança do vinho e da sidra, associados à agricultura e aos rituais do beber em família, para as bebidas manufaturadas cuja artificialidade e potência eram perigosas. O absinto podia ter um teor alcoólico acima de 70 por cento, bastando um ou dois copos para o indivíduo estar completamente embriagado. Ver sobre o assunto HARRIS, op.cit., p. 271-273.

¹¹² ALCOOLISMO e tuberculose. **A Pátria**. Ano I, n. 251. Florianópolis 22 out. 1931, p. 2.

O autor deste artigo afirma que dos onze filhos do casal, entre os que estavam vivos "dois são tuberculosos declarados e um provável, e sobre os sete mortos, três eram tuberculosos prováveis"¹¹³. Ele conclui que a observação desse caso "é preciosa pelos ensinamentos que traz. Pois deixa bem evidente a ação incontestável da hereditariedade alcoólica na tuberculose"¹¹⁴. O fator determinante para demonstrar que a tuberculose transmitiu-se hereditariamente caiu exclusivamente sobre os ombros do progenitor, considerado alcoólatra. Nada mais foi levado em consideração: condições financeiras, materiais ou local de moradia da numerosa família, supostamente sustentada por uma mãe lavadeira.

A nefasta associação entre álcool e tuberculose aumentava muito o perigo do consumo de bebidas para o organismo. Na década de 30, receber o diagnóstico de tuberculoso, segundo Susan Sontag, equivalia a ouvir uma sentença de morte¹¹⁵. Embora a incidência da doença¹¹⁶ tenha diminuído após 1900, a taxa de mortalidade entre os que a contraíam permaneceu altíssima. O mito em torno dessa enfermidade só se dissipou com a descoberta da estreptomina¹¹⁷ em 1944 e com a introdução da isoniazida¹¹⁸ em 1952, que permitiram o desenvolvimento de um tratamento eficiente¹¹⁹.

¹¹³ Idem.

¹¹⁴ Idem.

¹¹⁵ SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1997, p. 11.

¹¹⁶ Susan Sontag em seu **A doença como metáfora**, desenvolve a idéia de que a tuberculose foi envolvida em um manto de metáforas. A mitologia em torno dessa doença, ajudada pela existência de diversos personagens literários que a contraíram, construiu a imagem de uma moléstia que acometia as pessoas suscetíveis às paixões. O tuberculoso era alguém consumido por uma paixão excessiva que atacava as pessoas descuidadas e sensuais. Mas a tuberculose também era imaginada como uma doença da pobreza e da privação – falta de roupa quentes, corpos magros, alimentação inadequada, falta de higiene.

¹¹⁷ A estreptomina foi o primeiro agente específico efetivo no tratamento da tuberculose. Foi descoberta pela equipe liderada pelo bioquímico norte-americano Selman Abraham Waksman, em 1943, a partir do fungo *Streptomyces griseus*, revelando-se um antibiótico relativamente inócuo para o homem. Waksman, pela descoberta, ganhou o Prêmio Nobel de Medicina em 1952. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Estreptomina>. Acesso em : 10.01.2007.

¹¹⁸ A Isoniazida é um derivado sintético do ácido isonicotínico, com ação inibidora da síntese do ácido micótico, componente importante da parede celular da micobactéria. É considerado um fármaco primário para tratar todas as formas de tuberculose causadas por bacilos sensíveis a ela. Disponível em: <<http://www.lafepe.pe.gov.br/medicamentos/tuberculostaticos/isoniazida>>. Acesso em 10.01.2007.

¹¹⁹ SONTAG, op cit., p. 46-47.

2.6 SE...MAN...A ANTI-BÁC...CHICA¹²⁰

Em um dia de sol, um trabalhador rural está deitado preguiçosamente no campo. A seu lado estão uma foice e um balaio de palha. Num primeiro momento, ele parece estar simplesmente dormindo após uma jornada exaustiva de trabalho. Mas há algo de errado na cena. O balaio está vazio, a foice aparece cuidadosamente posicionada, como se não tivesse sido usada. Olhando mais atentamente esse trabalhador, vemos sua condição de extrema pobreza: pés descalços, roupa rasgada. O aspecto de seu rosto, com os olhos fechados, não parece saudável. Cabelos desgrenhados, barba por fazer. Mas, o mais interessante em toda a cena é que ele adormeceu agarrado a um leitão. Seria cômico se, a seu lado, posicionada discretamente, não estivesse uma garrafa. Diante desse dado todo o quadro ganha novo sentido.

A cena descrita é uma charge produzida para uma das campanhas antialcoólicas¹²¹. Nela, o autor retrata algumas das representações construídas pelas classes dirigentes a respeito do comportamento das classes trabalhadoras, destacando o problema da alcoolização.

¹²⁰ Título de um verso publicado no jornal **O Estado** por ocasião da Semana Antialcoólica de 1928.

¹²¹ Essa charge foi retirada do livro **O drama do alcoolismo: causas, conseqüências e soluções**, de Ajax C. da Silveira, em edição da Casa Publicadora Brasileira do ano de 1980.



Figura 1 - Deitando-se com Porcos

Fonte: SILVEIRA, Ájax C. da. **O drama do alcoolismo:** causas, conseqüências e soluções. Rio de Janeiro, Casa Publicadora Brasileira, 1980.

Os costumes populares, o modo de vida da população mais pobre e o imaginário em torno de seu viver, causavam forte impacto nas classes dominantes. A pressão sobre os hábitos cotidianos dos setores populares trouxe consigo uma concepção negativa sobre eles. Mesmo que as classes trabalhadoras não abdicassem do botequim como espaço de lazer¹²², agiam de forma a legitimar a condenação do hábito e do espaço, incorporando ao senso comum as noções burguesas sobre essa questão.

Essas noções estão explícitas na charge citada. O balaio vazio denuncia o trabalhador: ele entregou-se à bebida durante o expediente, de trabalho, ou pior, nem ao menos começou a trabalhar. Sua pobreza e péssima condição de saúde são frutos desse vício que o faz descer a um nível tão baixo quanto se deitar com porcos.

¹²² Sobre o assunto, ver: S. CHALHOUB. **Trabalho, lar e Botequim**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1986.

Novamente, o alvo da propaganda antialcoólica é a população pobre. A vinculação estreita entre miséria social e alcoolização dominava o pensamento de todos os setores. O trabalho era visto como o único elemento regenerador da raça humana. De acordo com Fernando Santos, Belisário Penna comparava o efeito causado pelo consumo de álcool com a senilidade e levava essa comparação para o campo das relações de produção, advertindo existir uma “esclerose que invadia a economia”¹²³. Ele compreende a sociedade como um organismo funcional, no qual a bebida alcoólica representaria um agente depredador de suas funções.

Urgia completar o processo de normatização da sociedade e com este objetivo em mente, utilizar todo o aparato médico, jurídico e moral para pôr em prática os códigos de comportamento que vinham sendo estabelecidos. Somente assim o país poderia desenvolver totalmente seu potencial produtivo e equiparar-se às maiores potências capitalistas.

Como ressalta Foucault, “relacionar os atos, os desempenhos, os comportamentos singulares a um conjunto, que é ao mesmo tempo campo de comparação, espaço de diferenciação e princípio de uma regra a seguir é uma das operações observadas no regime do poder disciplinar”¹²⁴. Nesse sentido, uma conduta ilibada das classes dirigentes tornava-se condição primeira para alcançar o espírito civilizado do capitalismo. Não vendo esses modelos, as classes “menos educadas” se entregariam aos seus “baixos instintos”, daí resultando o vício e a miséria. O desejo de controlar os “instintos negativos” da população impelia Belisário Penna a criticar seus pares que porventura pudessem ser maus exemplos.

Penna definia como “degenerados superiores” aqueles que, mesmo possuindo faculdades mentais brilhantes e distinta posição social, apresentavam desvios de

¹²³ SANTOS, Fernando Sérgio Dumas. Alcoolismo: algumas reflexões acerca do imaginário de uma doença. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva. v. 3, n. 2. Rio de Janeiro, 1993.

¹²⁴ FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1977, p. 163.

conduta surpreendentes. Ele afirmava que um alcoólico hereditário podia ser encontrado atuando como um sábio, um magistrado distinto, um matemático eminente, um político sagaz ou um administrador hábil, e mesmo assim, graças ao desfalecimento da vontade, ser impelido a cometer os atos mais extravagantes e por vezes mais perigosos¹²⁵.

A informação de que existiam indivíduos nas camadas mais altas da sociedade acometidos pelo alcoolismo aparece no artigo **O Livro e o Álcool**, por ocasião da quinta Semana Antialcoólica:

Se é verdade que no Brasil o alcoolismo é uma conseqüência do analfabetismo, se é bem certo que quem bebe não lê, se a falta de cultura intelectual das gente do interior tem como resultados as libações com que pretendem preencher as horas de ócio, a recíproca infelizmente não é exata: não se pode afirmar que quem lê não bebe[...]Não são apenas os ébrios que merecem combate. Nas classes cultas o alcoolismo faz muitas victimas. Não é raro ver-se o homem intelectual penetrar no seu gabinete de trabalho armado de livro, cálice e garrafa¹²⁶.

O artigo citado revela que o problema da dependência alcoólica, não estava vinculado apenas aos pobres ou operários. Mesmo que as campanhas fossem dirigidas especialmente para essas duas categorias, o vício, na verdade, não escolhia classe social. Admitir que o alcoolismo desconhecia barreiras sociais causaria outro problema. Pois os médicos advertiam que, não vendo bons exemplos, as classes “menos educadas” sucumbiriam à conduta nociva.

Para combater o problema foi criada a figura do “bom trabalhador, uma imagem originada a partir das auto-representações burguesas e apresentada à população como modelo ideal”¹²⁷. Esse trabalhador idealizado, tocado pela centelha das campanhas antialcoólicas, teria como lema a abstinência e dessa forma, preservaria a longevidade, a produtividade e a saúde. Imbuídos dos ideais burgueses,

¹²⁵ PENNA, Belisário, apud SANTOS, op.cit., p.82.

¹²⁶ OLINTO, Plínio. O livro e o álcool. **O Estado**. Ano XVIII, n. 5710. Florianópolis, 7 de out.1932, p. 3.

¹²⁷ SANTOS, op.cit., p. 83.

homem e trabalho formariam uma única e indivisível figura geradora de riqueza e de virtudes¹²⁸.

A realidade mostrava que o fantasma do alcoolismo não espreitava apenas o casebre do trabalhador, mas também assombrava o palacete do rico empresário. Para preservar as classes dirigentes dos escândalos que denunciavam os problemas do abuso de bebidas alcoólicas em seu seio, corria um conceito entre parte da intelectualidade e (não apenas brasileira) de que “nas classes superiores, a ação do álcool se revelava menos intensamente, em virtude da reação que lhe era oposta pela cultura, pela educação, pelo meio coletivo já sensível aos escândalos do alcoolismo”¹²⁹. Essa opinião revelava uma dicotomia entre público e privado. Assim, foi estabelecida uma diferença entre o modo de beber socialmente aceito, educado, sofisticado e principalmente bem relacionado, e a embriaguez pública, condenada, que era reprimida através da força policial. Nessa última se enquadravam os frequentadores dos bares, botecos e armazéns da cidade.

O olhar medicalizado encontrava o alcoolismo difundido por toda a sociedade, atacando e destruindo sua célula principal: a família. E era para “salvar a família” que, ao longo dos anos, através das inúmeras campanhas, foram sendo criados novos sentidos e reformulados alguns símbolos, visando coagir a maior parte da população (as classes populares) para que incorporasse as representações difundidas pela elite no que tangia ao consumo de bebidas alcoólicas.

A figura do “monstro” foi reeditada pelos médicos da LBHM, que colocaram o alcoolismo no epicentro de um quadro extremamente aterrador: a transformação do Brasil num país de degenerados¹³⁰. Este “monstro” forjado pelos psiquiatras tinha

¹²⁸ Ibidem, p. 81.

¹²⁹ Ibidem, p. 82.

¹³⁰ Belisário Penna, em seu livro **O Demônio da Humanidade** adverte que Morel, partindo da teoria da hereditariedade alcoólica apontava a possibilidade de extinção da raça na quarta geração de alcoolizados.

semelhanças muito visíveis com uma criatura mais conhecida: o “monstro da lepra”¹³¹. Mas, diferentemente do portador da doença que causava deformações físicas, o alcoólatra tinha sua deformação invisível no corpo, mas sedimentada no espírito. A monstrosidade que aparecia na vontade roubava das pessoas sua capacidade produtiva. Com a inserção no sistema produtivo comprometida, o homem, segundo os membros da Liga, perdia sua humanidade.

Susan Sontag, em **A doença como metáfora**, estabelece um comparativo entre tuberculose e câncer. Seu intuito é mostrar como, ao longo do tempo, essas duas doenças inspiraram fantasias sobre os aspectos psicológicos do paciente, o qual, segundo critérios de caráter, podia ser culpado da doença que possuía¹³². Assim, a cura passava a depender em grande parte do próprio paciente, que deveria responsabilizar-se por domar suas paixões em prol do restabelecimento de sua saúde. Podemos adicionar o alcoolismo ao topo da lista das doenças que foram consideradas fruto do comportamento do doente. Segundo Ítalo Tronca, “as representações e imagens em torno daquilo que se convencionou designar moléstia criam uma entidade nova, uma outra doença – efeito de linguagem que Michel Foucault chamou de ‘delirante’, quer dizer, as palavras que conferem existência aos seres se descolam do material e instituem outro real”.¹³³

Exatamente isso ocorreu com o alcoolismo. Ele foi transformado em algo mais que uma doença, e responsabilizado por incitar as piores desgraças que se abatiam no país. Qualificações como “demônio da humanidade”, “grande inimigo”, “gênio da degeneração”, “tóxico embrutecedor”, entre outras, fizeram parte do arsenal retórico utilizado pelos membros da LBHM na sua “cruzada antialcoólica”. As imagens que

¹³¹ Para conhecer mais sobre as representações sobre lepra ver **As Máscaras do Medo: Lepra/Aids** de Ítalo A. Tronca.

¹³² Segundo Susan Sontag a mitologia da tuberculose e do câncer, descreve estas doenças como provocadas pela paixão. O tuberculoso seria uma pessoa romântica em excesso e passional, enquanto que o doente de câncer seria reprimido, inibido e incapaz de demonstrar sentimentos fortes.

¹³³ TRONCA, Ítalo A. **As máscaras do medo: Lepra/Aids**. São Paulo: Unicamp, 1985, p. 15.

se formaram a partir das campanhas contribuíram para reforçar a visão de que o alcoólatra era responsável por sua doença no momento em que decidia beber. Como sua recuperação estava comprometida exatamente naquilo que necessitava de sua cooperação (a vontade, para os médicos), ele não poderia combater sua doença sozinho. Os discursos dos psiquiatras fincaram raízes tão profundas no imaginário da população que, em 1942, ano em que a Colônia Santana passou a funcionar, uma série de artigos¹³⁴ marcados por concepções da LBHM é publicada.

O autor dos artigos, intitulados **O Alcoolismo e seus Males**, foi o desembargador Paulo Américo Passalacqua, que continuou pregando ser o álcool instrumento de degenerescência e fator causador de moléstias que se estenderiam à descendência. Passalacqua considerava o alcoolismo a maior das pragas sociais e comentava o esforço antialcoólico empreendido pelo Dr. Adriano Marrey Junior (já falecido, mas entusiasta da LBHM) para coibir o uso e o abuso do álcool em suas variadas e atraentes fórmulas.

As referências utilizadas pelo Dr. Passalacqua já haviam sido postas em xeque na década de 40. Sua sobrevivência poderia ser fruto da proximidade com anos anteriores, nos quais as campanhas antialcoólicas arrebanhavam seguidores para sua causa. Mas essa explicação não se ajusta à presença de citações de Renato Kehl em um texto sobre o alcoolismo no final da década de 70 do século XX. O Dr. Ajax Silveira, autor do livro **O drama do alcoolismo**, analisa a doença sob o mesmo prisma da eugenia neolamarckiana. Sua preocupação estava ligada à improdutividade e à incapacidade do alcoólatra para o trabalho. Ele escreve: “entre nós o nefasto vício infiltra-se exuberantemente por todas as classes sociais, invade as diversas idades e alastra-se sem entraves de qualquer gênero, preparando o terreno para todas as

¹³⁴ A transcrição dos artigos de Paulo Américo Passalacqua pode ser encontrada no capítulo Vozes que Clamam, parte integrante do livro *O drama do alcoolismo* de autoria de Ajax C. da Silveira.

degenerações e para uma das mais típicas: a tuberculose”¹³⁵. Não estivesse impressa a data de publicação no livro, poder-se-ia pensar que se trata de mais uma contribuição às campanhas antialcoólicas da década de 30 do século XX. Silveira referenda Kehl ao compartilhar com ele a visão de que o ébrio era um ente desgraçado, digno de piedade, do hospício ou do “xadrez”¹³⁶.

Esse é um exemplo da permanência de conceitos utilizados pela LBHM, os quais mesmo defasados, continuaram a permear as visões sobre o alcoolismo. Outro exemplo pode ser verificado através da análise de uma publicação destinada aos jovens da década de quarenta do século XX.

2.7 COISAS PARA A MOCIDADE NÃO FAZER

No ano de 1942, uma publicação autorizada pelo Estado Maior do Exército, de autoria do capitão Micaldas Corrêa, foi distribuída em todo o país para as escolas públicas¹³⁷. **Cartilha da Mocidade** era o título do compêndio, que trazia noções de higiene, primeiros socorros, educação moral e civismo. O alcoolismo estava contemplado no livro nos mesmos moldes preconizados pela LBHM. Embora não apareçam as fontes nas quais o autor se baseou para escrever, destacamos um trecho do texto:

A maior parte dos casos de loucura provêm de viciados no álcool. E a tuberculose tem seu principal agente no alcoolismo. Como se não bastasse o amontoado de desgraças que atingem o indivíduo, os efeitos ainda se estendem nos filhos. Quem nunca viu um filho de bêbedo? Raquítico, degenerado, idiota, representa um castigo terrível para o pai.¹³⁸

A data de publicação da obra coincide com o ano em que a Colônia Santana efetivamente abriu suas portas. Notamos que as teorias de degenerescência

¹³⁵ SILVEIRA, Ájax C.op.cit., p. 147.

¹³⁶ Ibidem, p. 146.

¹³⁷ Na própria **Cartilha** constam a data de publicação e o público a que se destinava.

¹³⁸ CORRÊA, Micaldas. **Cartilha da mocidade**. Rio de Janeiro: Leuzinger, 1942, p. 18.

sobreviveram ao passar das décadas e às novas descobertas, e se mantiveram como arma instigadora de medo.

A cartilha tinha como objetivo incitar comportamentos patrióticos, respeito pelos símbolos e pelo governo nacional. Na mesma medida, procurava, através de textos e ilustrações, desenhar um cenário terrificantes sobre os destinos de um indivíduo entregue ao vício do álcool.

O autor afirma que, das desgraças do mundo, o alcoolismo era a mais terrível, pior do que guerras, pestes e fome reunidas¹³⁹. Esta afirmação, vinda de um membro das Forças Armadas, o qual, teoricamente, deveria ter, se não experiência pessoal em campo de batalha, pelo menos treinamento, reforçava a idéia do perigo do alcoolismo para a sociedade.

Observando o texto de Micaldas Corrêa, vemos que ele destaca o poder corrosivo do álcool no organismo, mesmo que suas afirmativas sejam inconsistentes, como quando destaca que “cem gramas de álcool matam uma criança de sete anos e um litro ingerido de uma vez, causa a morte de um adulto”¹⁴⁰.

Corrêa estava preocupado com a destruição lenta do homem, com a morte da vontade e o enfraquecimento do corpo. A Segunda Guerra Mundial era uma realidade no início dos anos 40. Ainda que a Força Expedicionária Brasileira só tenha sido enviada para lutar em agosto de 1944¹⁴¹, a juventude deveria estar saudável física e psicologicamente para resguardar a pátria. A insistência no patriotismo por parte de Corrêa passava necessariamente pelo crivo da psiquiatria antialcoólica.

Juntamente com o texto, ilustrações com legendas procuravam exemplificar os malefícios das bebidas. A primeira imagem mostra um homem, nitidamente bêbado, mal conseguindo apoiar-se numa mesa. A garrafa está caída, o líquido que dela

¹³⁹ Idem.

¹⁴⁰ Idem.

¹⁴¹ VIZENTINI, Paulo Fagundes. **História do século XX**. Porto Alegre: Novo Século, 2000.

escorre molha os braços do ébrio. O homem, com os olhos cerrados, tenta num último esforço, levar o copo mais uma vez à boca. Sua aparência é péssima: cabelos desgrenhados, roupas amassadas. No rodapé da reprodução, a frase derradeira: "Envenenando o corpo e o espírito, embrutecendo-se e inutilizando-se"¹⁴².



Envenenando o corpo e o espírito, embrutecendo-se e inutilizando-se

Figura 2 - O Vício da Embriaguez

Fonte: Cartilha da Mocidade, 1942.

O líquido que o homem da imagem está ingerindo é considerado mais do que um veneno para seu corpo, pois ele não está apenas inutilizando o seu ser. Esse homem tornado bruto pela bebida, estaria inutilizado para o trabalho, para o aperfeiçoamento da nação e para a guerra, pois seu espírito, além de seu organismo, era fraco.

A segunda figura liga a embriaguez a um espetáculo ridículo, pois o alcoólatra aparece cambaleando pela rua, tentando se equilibrar, amparando-se num poste. Dois

¹⁴² CORRÊA, op.cit., p. 19.

meninos zombam e debocham de sua situação. O homem dessa imagem traça terno e gravata, ao passo que um dos meninos está de pés descalços. A impressão é de que se trata de um trabalhador sendo ridicularizado por meninos de rua. A frase no final da imagem reforça o escárnio da cena, pois afirma que um ébrio é "Incapaz de reagir a qualquer insulto, podendo ser até esbofetado"¹⁴³.



Incapaz de reagir a qualquer insulto, pode ser até esbofetado

Figura 3 - Bêbado Cambaleando

Fonte: Cartilha da Mocidade, 1942.

A terceira representação faz a ligação do alcoolismo com a violência. Em primeiro plano, um homem com a face desfigurada pela bebida, parecia estar gritando impropérios. Num gesto bruto, ele se levanta da mesa, derrubando a cadeira. Suas mãos parecem garras e seu aspecto geral é de um animal contrariado. A esposa tenta contê-lo, segurando seu braço. O olhar da mulher não está no homem enfurecido à sua frente, mas na imagem de Jesus Cristo pendurada na parede. Seus lábios entreabertos parecem suplicar a ajuda do Senhor. No canto direito da imagem,

¹⁴³ Ibidem, p. 20.

ao fundo, vemos uma senhora bem idosa, arqueada, com xale sobre os ombros e coque de cabelo. A senhora tem as mãos cruzadas e o rosto envelhecido, cansado. Parece estar rezando para que algo superior interfira na cena, haja visto sua extrema fragilidade. A legenda desta imagem diz o seguinte: “Sem consciência, transforma covardemente a casa num inferno”¹⁴⁴.



Sem consciência, transforma covardemente a casa num inferno

Figura 4 - Violência Doméstica

Fonte: Cartilha da Mocidade, 1942.

Esta cena, é a mais chocante das três, pois esta ambientada no espaço familiar. Representa a destruição do lar, célula primordial da sociedade. Sua esposa e mãe a quem o homem deveria honrar e proteger, estavam sendo intimidadas por seu descontrole, causado pela bebida.

O texto de Micaldas procura dar um tom científico ao trato do alcoolismo, pois apresenta dados estatísticos e liga o vício às teorias médicas. Dessa forma, o problema adquire um caráter de doença que se propaga, principalmente ao ser relacionado com a loucura, a tuberculose e a degenerescência.

¹⁴⁴ Ibidem, p. 21.

3. O ÚLTIMO GOLE

3.1 AS MARCAS DO ALCOOLISMO

Florianópolis, Capital do Estado de Santa Catarina, muito antes do início das campanhas empreendidas pela LBHM, a cidade já vinha sendo alvo de medidas que tinham o intuito de alterar o comportamento e a maneira de viver de seus habitantes.

O início do século XX tornou urgente modificar não apenas o cenário físico da Capital, mas também os hábitos diários dos florianopolitanos. Segundo o Governo do Estado da época, a higienização do espaço urbano era prioritária para transformar Florianópolis em uma cidade “moderna” e “civilizada”, pois seu aspecto de vila antiga não condizia com a nova ordem política e social que se instaurava¹⁴⁵.

Na direção da modernidade, a doença representava um grande problema e um empecilho ao progresso da cidade. Segundo Roselane Neckel, as endemias que freqüentemente atacavam a população, como a ancilostomíase e o impaludismo, eram apontadas como produtoras da indolência da população. Esse clima doentio provocava um estado de morbidez e abatimento responsável pelo que consideravam a pior feição de um povo: a negação ao trabalho regular¹⁴⁶.

O debate sobre a falta de energia dos indivíduos para o trabalho ocasionou a intervenção médico-sanitarista nos hábitos tanto de higiene como cotidianos dos habitantes da cidade. Evidentemente, a parcela da população mais visada, como analisamos anteriormente, era a pertencente às camadas populares. Para essas, conjuntamente com o saneamento do espaço físico que habitavam, foram impostos

¹⁴⁵ Para maiores esclarecimentos sobre o processo de modernização de Florianópolis e suas conseqüências sociais, ver SARDÁ, Juliana. **Na contra-mão da lei**: a repressão policial e os desviantes da ordem em Florianópolis nas primeiras décadas do século XX. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 2005.

¹⁴⁶ NECKEL, Roselane. **A república em Santa Catarina**.: modernidade e exclusão (1889-1920). Florianópolis: UFSC, 2003, p. 60.

mecanismos de cultura e educação visando interferir sutilmente em seus hábitos costumeiros.

Toda a população deveria contribuir para elevar a Capital catarinense ao status de cidade “civilizada”. Para isso, além dos cuidados com o corpo, a alimentação e a limpeza, os vícios deveriam ser abandonados. Desse modo, é possível entender a presença de artigos na imprensa diária ou semanal, nos quais eram propagados os novos valores morais e sociais, de suma importância para o progresso da cidade e para a constituição de uma nova ordem social que priorizava o trabalho regular.¹⁴⁷

A forma escolhida para divulgar e informar sobre os comportamentos adequados e inadequados era o ataque aos vícios e hábitos anti-higiênicos que pudessem interferir na capacidade produtiva para o trabalho. O esperado do habitante de Florianópolis era que fosse honesto e trabalhador. Daí a presença de propagandas antialcoólicas muito antes das produzidas pela Liga Brasileira de Higiene Mental.

Conheceis-me?... sou o príncipe de todas as alegrias, o companheiro de todos os gozos mundanos, o mensageiro da morte, o rei que governa o mundo.

Compareço a todas as cerimônias e nada se realiza sem a minha presença. Forjo os crimes, faço nascer no coração dos homens maus pensamentos, mancho os lares sou pai dos filhos sem pai, enveneno as raças, promovo o envelhecimento, a depravação, os suicídios, a loucura, o crime em todas as formas imagináveis.

Extermino as famílias, persigo os avôs nos netos, faço perder a vergonha, a dignidade, a honra, a boa educação.[...].

Sou o vosso rei.

Sou... o álcool.¹⁴⁸

O consumo de álcool, conforme o artigo citado, deveria ser condenado moral e socialmente. Quem ingerisse bebidas alcoólicas estaria indo contra os padrões morais da época, pois em estado de embriaguez poderia entregar-se à luxúria e à devassidão. Socialmente, o alcoólatra também representava um problema, visto que seu corpo, envenenado pela bebida, não poderia responder ao chamado do mercado de trabalho. No futuro do alcoólatra estavam presentes apenas a loucura, o crime e a morte.

¹⁴⁷ Ibidem, p. 72.

¹⁴⁸ O ÁLCOOL. **A Opinião**. Ano I, n.69. Florianópolis, 08 jun. 1915, p. 1.

3.2 POLÍCIA PARA QUEM PRECISA

Das três possibilidades vislumbradas anteriormente para o futuro dos consumidores inveterados de bebidas alcoólicas, apenas o fim de sua existência não representava perigo para a sociedade. Embebedar-se nos bares e botequins da cidade atingia a comunidade, na medida que os cidadãos embriagados freqüentemente entravam em brigas, as quais podiam resultar em prejuízos materiais, ocasionados por depredações, ou em casos mais sérios, como danos pessoais e assassinatos¹⁴⁹.

Beber no aconchego do lar também não representava alívio dos problemas. Nesse caso, era a família que recebia a carga do “humor” do alcoólatra, que, tanto podia pender para uma soneca, como para ataques aos parentes mais próximos, como demonstra o artigo **Agrediu a Própria Mãe!!!!**¹⁵⁰.

O autor narra de que forma Mario Paiva, em estado de embriaguez, agrediu sua progenitora com uma cadeira. Esse ataque produziu um ferimento na cabeça dela. No título da reportagem, fica evidente a indignação com a atitude desse filho, pois o autor coroou o final da frase com cinco pontos de exclamação. Agredir a mãe foi considerado um ato totalmente imoral. O fato de o indivíduo estar embriagado não o livrou da culpa por seu ato; muito pelo contrário, serviu para reforçar o efeito nocivo da bebida, pois nem a figura materna foi poupada pela fúria alcoólica.

Em qualquer caso, sempre que ocorriam excessos nas atitudes dos alcoolizados, o procedimento mais comum era recorrer à polícia. Essa prática fica evidente ao analisarmos a coluna policial dos jornais.

Praticou desordens no Hospital

¹⁴⁹ Em um artigo intitulado **Desatino de um alcoólico**, narra-se a história de um indivíduo importunando uma exibição de cinema em Madri. Ao ser interpelado pela polícia, sacou uma arma e feriu gravemente um agente. Ao ser preso, justificou o ocorrido dizendo estar completamente bêbado. (**O Estado**. Ano XIV, n. 4327. Florianópolis, 17 out. 1928, p. 2).

¹⁵⁰ **AGREDIU a própria mãe!!!!**. **Diário da Tarde**. Ano I, n.68. Florianópolis 15 out. 1935, p. 6.

Foi preso e recolhido ao xadrez da Policia Civil, Cyrillo Jordão, por ter ontem à tarde armado de faca e em estado de embriaguez, praticado distúrbios no Hospital de Caridade.¹⁵¹

A força policial da Capital sofreu varias mudanças no início do século XX para se adaptar às novas exigências de uma cidade em transformação. Cada vez mais organizada, à policia cabia o papel de tutora da ordem. Mas a instituição não se limitava a lutar para abolir condutas indesejadas, punindo os infratores. Era necessário fazer um esforço para evitar o delito¹⁵². As ações policiais em relação aos bebedores compulsivos não se limitavam aos indivíduos que praticavam desordens. Quem fosse encontrado embriagado vagando pelas ruas podia ser recolhido ao “xadrez”, como método preventivo¹⁵³.

3.3 XADREZ, HOSPITAL OU HOSPÍCIO?

Todo comportamento considerado fora dos padrões, em maior ou menor grau, podia ser considerado caso de polícia. Não apenas os ébrios, mas também os doentes mentais, por muito tempo, foram encarcerados nas celas das delegacias e cadeias públicas. O problema de onde colocar e como tratar esses indivíduos já causava preocupação ao Governo do Estado, como demonstra o relatório de Joaquim David Ferreira Lima, inspetor de saúde de Santa Catarina.

O governo do estado, justa e generosamente impressionado com o facto de continuarem a ser recolhidos às cadeias publicas, os infelizes loucos e pretendendo dar um remédio a este lamentável estado de cousas, entendeu-se com o benemérito provedor do hospital de Azambuja, o padre Gabriel Lux, no sentido de se ampliar a seção para alienados, que já existe naquelle importante estabelecimento, de modo a ser satisfeito o magno problema da collocação e tratamento dos loucos do estado. Para este fim é que eu e o chefe de policia fomos ao Hospital de Azambuja.¹⁵⁴

¹⁵¹ PRATICOU desordens no hospital. **Diário da Tarde**. Ano I, n.108. Florianópolis 4 dez. 1935, p. 6.

¹⁵² NECKEL, op.cit., p. 75.

¹⁵³ Notas de jornal relatam prisões por embriaguez sem mencionar outra infração.

¹⁵⁴ LIMA, Joaquim David Ferreira. **Relatório do Inspetor de saúde do Estado de Santa Catarina ao secretario geral do Estado em 1913**. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina, 1913, p. 26-29.

Não podemos esquecer que, nesse momento, a medicina tratava o alcoolismo como um fator desencadeante de doença mental. Se o alcoólatra escapasse da prisão preventiva e sua família dispusesse de algum recurso financeiro, ele fatalmente acabaria sendo encaminhado para o Hospital de Azambuja ou o Hospital Oscar Schneider, de Joinville.

Essas instituições eram privadas, mas recebiam subvenções do Estado para se manter. Embora não prestassem exclusivamente serviços psiquiátricos, reservavam uma de suas alas para esses pacientes.

Os maiores problemas enfrentados por esses hospitais eram a superlotação e a falta de um tratamento restritamente destinado aos “psicopatas”. Em diversas mensagens ao Governador do Estado de Santa Catarina, verifica-se que, sem um local específico, os doentes mentais continuavam sendo encaminhados às prisões.

O Estado não tem serviço oficial de assistência aos alienados. O hospício de Azambuja é um instituto particular, subvencionado pelos cofres públicos, mas com capacidade para um pequeno número de doentes. O hospício de Joinville é municipal e também de proporções reduzidas. Dahi resulta que em todas as cadeias do Estado existem alienados em miseráveis condições sem tratamento médico, encarcerados, como nos tempos primitivos¹⁵⁵.

Não só o grupo médico, mas a sociedade catarinense estava convencida da necessidade de criação de um sanatório próprio para esses pacientes¹⁵⁶. Obviamente, os alienados a que se refere a mensagem citada, são os provenientes de famílias carentes, pois quem possuía recursos não necessitava de um Hospício Público.

Em 1941, foi criada a Colônia Santana, num local de difícil acesso, pois acreditava-se que o isolamento contribuía para a cura e o tratamento dos doentes. Em 1942, a Colônia começou a atender os “loucos” de todo o Estado, os quais tinham

¹⁵⁵ VIANA, Antônio Vicente Bulcão. **Mensagem apresentada ao congresso representativo em 21 de agosto de 1926, pelo presidente deste mesmo congresso no cargo de Governador em exercício**. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina, 1926, p. 19.

¹⁵⁶ Idem.

a sua disposição não apenas tratamento para cura da “loucura”, mas um especializado aparato médico-cirúrgico, serviços de raio-x e consultório dentário¹⁵⁷.

A administração do instituto, conforme pedido de Nereu Ramos, Governador do Estado naquele momento, ficou sob os cuidados das Irmãs da Divina Providência, por serem elas “organizadas e econômicas, além de manterem uma boa ordem e limpeza onde se faziam presentes”¹⁵⁸.

Nos primeiros anos de funcionamento, o que se verifica é um crescimento da Colônia Santana, com a ampliação do número de leitos e de prédios ao seu redor para abrigar os funcionários e também para auxiliar o funcionamento da instituição: moinho de trigo e milho, engenho de farinha, usina de açúcar, entre outros. A ampliação da Colônia se deveu cada vez mais ao elevado número de internações e também ao abandono dos doentes por parte dos familiares¹⁵⁹.

Desde seu nascimento, a Colônia Santana foi edificada dentro dos moldes de uma instituição total. Segundo Erving Goffman, “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho de um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo levando uma vida fechada e formalmente administrada”¹⁶⁰. As prisões seriam um exemplo clássico disso, mas suas características podem ser encontradas em locais que reúnem indivíduos os quais não praticaram nada ilegal. O caráter de “fechamento” desses agrupamentos, simbolizado por barreiras que impedem o contato com o mundo externo – por exemplo, portas trancadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos - corresponde ao que o autor

¹⁵⁷ FARIA, Agripa de Castro. **Ofício enviado ao Secretário de Justiça, Educação e Saúde, Dr. Armando Pereira, em 6 de outubro de 1947**. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina, s/d..

¹⁵⁸ PIAI, Aldecir José. **A presença das Irmãs da Divina Providência no hospital Colônia Santana de 1941 a 1994**. Brusque, Monografia de Graduação: Escola Superior de Estudos Sociais, 1997, p. 45.

¹⁵⁹ MURARO, Valmir Francisco. **De hospital a hospício: um pouco de história oral**. IX Encontro Estadual de História. Florianópolis, 2002.

¹⁶⁰ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005, p. 11.

denominou “instituições totais”. E será sob essa perspectiva que analisaremos a Colônia Santana.

Os pacientes da Colônia eram pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que, em alguns casos, representavam ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional. A ida para a instituição representava a ruptura com a vida anterior, na qual o indivíduo podia realizar diferentes tarefas em lugares diversos e conviver com personalidades várias. O aspecto central das instituições totais, segundo Goffman, seria a eliminação das múltiplas esferas da vida, pois, a partir da internação, tudo o que envolvia a vida do paciente passava a ser realizado num mesmo local e sob uma única autoridade¹⁶¹. Além disso, cada fase da atividade diária do interno era realizada na companhia imediata de um grupo grande de outras pessoas, com rigoroso controle de horário e sob a observação de funcionários e irmãs de caridade.

3.4 O PRINCÍPIO DO FIM

Com a inauguração da Colônia, todos os casos passíveis de ligação à doença mental para lá passaram a ser encaminhados. Toxicômanos e criminosos¹⁶², juntamente com os insanos de todo o Estado passavam pela instituição a qual tentava estabelecer seu diagnóstico e prescrever-lhes tratamento.

A presença de tantos pacientes trouxe problemas desde o início. Com o passar dos anos, só aumentaram os obstáculos para a realização do plano inicial da Colônia : dar tratamento eficiente e curar os pacientes. Seu primeiro diretor, doutor Agripa de

¹⁶¹ Ibidem, p. 17.

¹⁶² O Estado de Santa Catarina não possuía Manicômio Judiciário até a década de setenta do século XX. Quando o culpado por um crime era diagnosticado como portador de transtorno mental, este era encaminhado à Colônia Santana. A convivência entre os pacientes comuns e os criminosos sempre foi vista de forma negativa pela administração do hospital. Para maiores detalhes, ver MELO, Marcos Costa. **Ser ou não ser, "louco" é a questão**: relações crime-loucura. Dissertação de Mestrado em História. Florianópolis: UFSC, 2004.

Castro Faria, já em 1942, constatava que o hospital estava trabalhando com número de pacientes bem acima do desejado. Esse fato, somado ao excesso de casos crônicos que para lá eram enviados, contribuiu para que o local rapidamente se transformasse num asilo.

A dificuldade estrutural frente ao grande número de internos fez com que, nos primeiros anos da Colônia, os pedidos de aumento das verbas destinadas à ampliação das instalações e à compra de materiais fossem constantes.

“Inchada”, aos poucos a Colônia Santana passou a rejeitar internações, o que, perante os propósitos de sua criação, era inaceitável. O doutor Agripa esclarece a situação em que se encontrava o hospital em 1947:

Temos atualmente neste hospital 500 doentes e é assustador o número crescente de entradas, não mais comportando as nossas pequenas dependências e utensílios; mesmo assim, e embora com sacrifício, estamos continuando a receber doentes agudos.

Principalmente na seção masculina é enorme a falta de camas estando mesmo dormindo em 2 camas 3 doentes e em outras enfermarias dormindo sobre colchões. Nesta seção estão mais de 50 doentes e embora com graves prejuízos para nós estamos acomodando todos.

Pelo exposto, sr secretário, torna-se necessário sua providência no sentido de que sejam compradas 100 camas, pois estas são imprescindíveis para a continuação de nossos serviços.¹⁶³

O substituto do doutor Agripa foi o doutor Antônio Santaella, que assumiu a direção da Colônia em 1950, deparou-se com o mesmo problema de superlotação:

Diariamente nos chegam telegramas solicitando vagas para doentes e os temos atendido na medida do possível. Entretanto, é tal o aumento do problema, que se necessitará estudar uma solução imediata, afim de que se possa dar cumprimento ao humanitário programa de assistência aos psicopatas.¹⁶⁴

Para sanar esse problema, o relatório apresenta algumas medidas que precisavam ser e foram tomadas, como; “a intensificação da terapêutica psiquiátrica nas suas diversas modalidades, bem como os serviços clínicos”¹⁶⁵. Esse procedimento, segundo o relatório, teria sido o responsável por 253 altas entre as 287

¹⁶³ FARIA, op. cit., 1947.

¹⁶⁴ SANTAELLA, Antônio. **Considerações sobre a assistência hetero-familiar ao doente mental**. 1º Congresso Catarinense de Medicina. Florianópolis, 1952, p. 5.

¹⁶⁵ Ibidem, p. 8.

novas internações. A percentagem de 26,2% de curas representava o mais alto índice obtido pelo hospital até então.

A realidade da Colônia Santana transformou-se em algo bem diverso do que as propostas para a sua criação defendiam. O material contido nos relatórios dos primeiros diretores, nos prontuários e nas entrevistas demonstra que a situação só se agravou com o passar dos anos. Isso constitui prova inquestionável de que a situação dos manicômios precisava ser revista e modificada com urgência, conforme demonstraremos na seqüência deste capítulo.

3.5 E AS PORTAS SE ABREM...

“As fotografias que reunimos, na presente publicação, oferecem uma idéia das proporções monumentais dessa Colônia de Psicopatas, que é, incontestavelmente, uma das obras compensadoras do patriótico esforço catarinense por nivelar-se, em progresso, às unidades da federação Nacional”¹⁶⁶. Folheando o impresso do qual foram retiradas essas palavras, editado na década de 40 pelo Serviço de Saúde Pública, vemos a recém-inaugurada Colônia Santana (outras fotos nos anexos). Nas fotos da novíssima instituição, aparelhada com o que de mais moderno existia na época, só estava faltando um “detalhe”: os pacientes.

¹⁶⁶ DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA, (s.l.; s.e.; s.d), IHGSC.

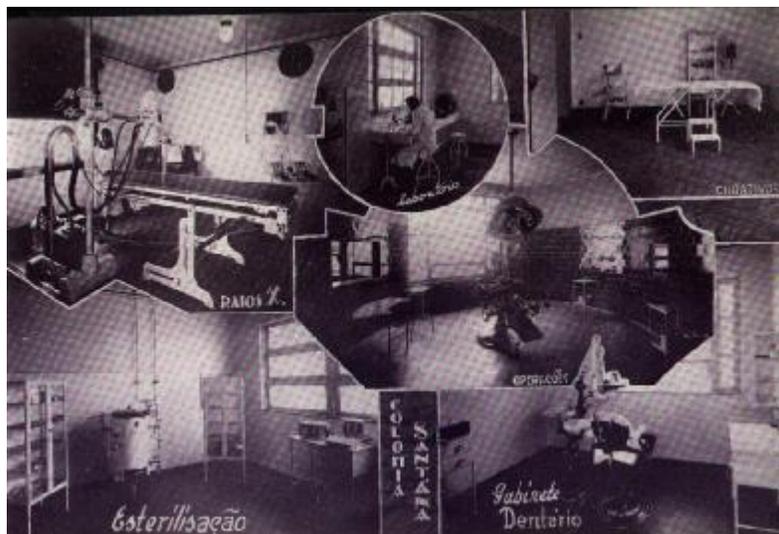


Figura 5 - Salas de Exames

Fonte: Departamento de Saúde Pública, (s.l.;s.e.;s.d), IHGSC

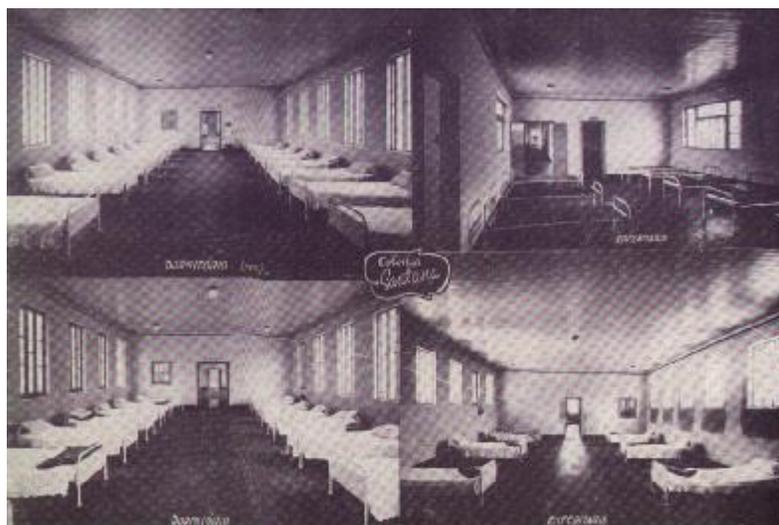


Figura 6 - Dormitórios

Fonte: Departamento de Saúde Pública, (s.l.;s.e.;s.d), IHGSC

As imagens mostram locais limpos e vazios e trazem uma legenda identificando a que se destinavam. São dormitórios, refeitório, lavanderia, salas de exames e casas para o diretor e funcionários¹⁶⁷. É exatamente quando chegam as pessoas para ocuparem esses espaços que a Colônia torna-se realidade. Nas páginas seguintes, veremos que o tão almejado hospício, voltado para a devolução dos

¹⁶⁷ Idem.

doentes recuperados à sociedade, nunca chegou a concretizar seus objetivos plenamente.

Mas quem eram os pacientes? Qual sua procedência? Qual o diagnóstico de sua doença? São inúmeras as perguntas, mas infelizmente quando elas podem ser respondidas, as respostas não possuem os detalhes que gostaríamos que tivessem.

Segundo o relatório de 1942, “todos” os municípios catarinenses enviaram doentes com transtornos mentais para serem internados na Colônia. Porém, a grande interferência no projeto inicial, do hospício teria sido a assimilação de todos os internos provenientes dos Hospitais de Azambuja e Oscar Schneider.

O doutor Agripa Faria argumentava que a vinda desses pacientes fizera a Colônia ficar povoada de doentes crônicos desde o primeiro momento de sua inauguração¹⁶⁸. Alguns desses pacientes já estavam internados há mais de 10 anos nos estabelecimentos de origem sem sinais de melhora. Transferidos para o novo hospital, segundo o Dr. Agripa, tornariam-se casos de assistência asilar. Ainda segundo o relatório que ora analisamos, é possível perceber que a idade em que se apresentavam os primeiros sinais de doença mental (o alcoolismo incluso, na época) variava entre 19 e 39 anos, sendo que homens, brancos, solteiros e com instrução primária representavam o perfil principal dos internos¹⁶⁹.

Analisando esses dados, o Dr. Agripa afirmava ser a doença mental transmissível hereditariamente e que se podia determinar em que geração apareceriam os doentes. Suas recomendações iam desde a realização de exames pré-nupciais, como forma de impedir a “procriação de seres doentes e que tenham

¹⁶⁸ FARIA, op.cit. 1942.

¹⁶⁹ Segundo o relatório, “a raça branca paga alto tributo, entrando com 87,05% para a soma dos 309 internos, vindo depois a preta com 8,09% e a parda com 4,85%. Com 56,80% contribuíram os que tinham instrução primária para o povoamento da Colônia, vindo logo abaixo os analfabetos com 42%. Com 5,17% contribuíram os que tinham instrução secundária. Os solteiros num percentual de 57,20 estão acima dos casados que atingiram a de 37,21% no total de 309 doentes internados”. Ibidem, p. 5.

doentes na árvore genealógica”¹⁷⁰, até o acompanhamento das crianças em todas as idades. Esse acompanhamento serviria para “corrigir-lhes as tendências instintivas, filhas do genótipo”¹⁷¹. O médico enumera comportamentos que nas crianças demonstrariam sinais de uma possível doença mental, e faz um pedido notável: “acabe-se no lar com as crianças mimadas futuras crianças problema nas escolas”. Ele não explicita que grau de “mimo” deveria ser evitado, nem deixa claro o que deveria ser feito para evitar a entrada no rol dos pequenos “anormais”, classificados em: impulsivos, esquisitos, esquizóides, lunáticos e fanáticos.¹⁷²

A preocupação do Dr. Agripa derivava do perfil do interno da Colônia Santana. Estamos falando de homens brancos entre 19 e 39 anos, solteiros e alfabetizados. Trata-se de indivíduos em idade reprodutiva e que não estavam constituindo família, braços aptos para o trabalho que não estavam trabalhando. Eram homens brancos que, segundo as palavras do médico, deveriam contribuir para o “aperfeiçoamento da raça redundando no aperfeiçoamento da espécie, e com isso na diminuição dos males que prejudicam o terreno em que se enxertam de um jeito ou de outro as psicoses”.¹⁷³. Esses homens estavam perdidos para a construção da nação próspera e rica racialmente que se esperava que um dia o Brasil conseguisse ser. Mas, com o esforço dos psiquiatras e sob o tratamento adequado, acreditava-se poder restituir-lhes ao convívio social. O correto seria afirmar que, por melhores que fossem as intenções dos médicos a respeito da devolução do doente mental curado à sociedade, a Colônia sempre abrigaria cidadãos considerados de segunda classe.

Nessa época, o diagnóstico de doença mental era como uma tatuagem hereditária. Sua marca não se limitava ao portador; perpetuava-se por toda sua

¹⁷⁰ Idem.

¹⁷¹ Idem.

¹⁷² Idem.

¹⁷³ Idem.

descendência. Dessa forma, mesmo que os doentes voltassem a fazer parte da sociedade, os próprios médicos indicavam a esterilização¹⁷⁴ como forma de evitar o “alastramento” das neuroses. Mas qual o espaço destinado a um indivíduo que, para a segurança racial da nação não deveria se reproduzir?

Durante todo o tempo em que essa pergunta não obteve resposta, o lugar do paciente ficou restrito aos muros do sanatório. Uma nova percepção sobre a insanidade e os portadores de distúrbios mentais só viria a despontar no cenário internacional na década de 60 com a antipsiquiatria¹⁷⁵. Em Santa Catarina, o movimento só chegou com força uma década depois e foi um dos principais responsáveis pelas mudanças no sistema de assistência ao doente mental.¹⁷⁶

Retrocedamos trinta anos, quando chegaram à Colônia Santana os primeiros pacientes. De acordo com os prontuários, os primeiros alcoólatras a ingressarem na Colônia eram provenientes do asilo de Azambuja e do hospital Oscar Schneider. Foram encaminhados juntamente com os insanos e instalados nas mesmas enfermarias, pois na época não existiam alojamentos separados e o processo de internação era igual para ambos os casos. Normalmente um familiar acompanhava o indivíduo que deveria ser internado. Havia casos de condução pela polícia, mas o mais comum era um parente se responsabilizar pelo doente¹⁷⁷.

No momento da internação, era preenchido um questionário com perguntas pessoais, que era respondido pelo paciente, caso estivesse em condições mentais de

¹⁷⁴ A esterilização compulsória dos doentes mentais, embora sendo uma das reivindicações dos psiquiatras não foi posta em prática no Brasil.

¹⁷⁵ O termo “antipsiquiatria” foi criado pelos psiquiatras David Cooper e Ronald Laing. Eles defendiam a maior aproximação entre médico e paciente como forma de humanizar e acelerar o tratamento. Porém, o maior expoente desse movimento foi o médico italiano Franco Basaglia. O qual considerava que a atmosfera do hospício contribuía para o estado letárgico dos pacientes, e que eles necessitavam viver conjuntamente com as outras pessoas, e não segregados. Basaglia também reivindicava mudanças nas leis de assistência aos alienados, para que o doente pudesse integrar-se novamente à sociedade através do trabalho, ou, não sendo isso possível, o fornecimento de uma aposentadoria, custeada pelo governo. Maiores detalhes sobre antipsiquiatria e seu desdobramento no Brasil podem ser encontrados no primeiro capítulo da dissertação de Marcos Costa Melo, já citada.

¹⁷⁶ MELO, op.cit., p. 16.

¹⁷⁷ Podemos verificar isso através dos prontuários, pois existia um campo destinado a preencher quem havia acompanhado o paciente. Na grande maioria das vezes, o nome era de um parente próximo, existindo alguns casos em que o doente chegava acompanhado de policiais.

fazê-lo, ou pelo familiar que o acompanhava. As perguntas tinham o intuito de levantar informações relevantes sobre o histórico familiar do doente e sobre sua vida antes e depois do aparecimento dos distúrbios mentais. Era também realizada anamnese e exame somático e psíquico no ato da entrada. Conferiam-se os pertences do novo interno e anotavam-se roupas e dinheiro que trazia consigo. Após esses procedimentos, o doente era internado na Colônia e era conduzido até um dos dormitórios.

Segundo Goffman, a admissão em uma instituição total freqüentemente envolve aspectos como

obter uma história de vida, tirar fotografias, pesar, tirar impressões digitais, atribuir números, procurar e enumerar bens pessoais para que sejam guardados, despir, dar banho, desinfetar, cortar os cabelos, distribuir roupas da instituição, dar instruções quanto às regras e designar um local para o internado.¹⁷⁸

Todo esse processo, para o autor, denomina-se de “arrumação” ou “programação”, pois, ao ser “enquadrado”, o novato admite ter sido transformado em um objeto que pode ser utilizado e modelado pela máquina administrativa de sua nova morada¹⁷⁹.

No caso dos alcoólatras, a admissão, no início, não diferia da realizada com os outros pacientes. A escolha de suas acomodações dependia do quadro em que o indivíduo se apresentava no momento da internação. Se estivesse delirante e agressivo, era recolhido ao 5º pavilhão, destinado aos pacientes violentos, que ficavam isolados do restante dos internos. A segurança nesse pavilhão era maior, e o contato com as outras pessoas (irmãs de caridade e funcionários), reduzido.

Podemos observar o desenrolar de algumas internações através das análises de casos a seguir.

¹⁷⁸ GOFFMAN, op. cit., p. 25-26.

¹⁷⁹ Ibidem, p. 26.

3.5.1 O caso “Prontuário 3251”

Acompanhado de seu irmão E.J.V. foi internado aos 54 anos de idade, após fazer (sem moderação) uso de bebidas alcoólicas por vários anos. Filho de pai alcoólatra, E.J.V. apresentava alucinações visuais e auditivas no momento de sua internação. Nos meses seguintes em que ficou na Colônia, passou a ter um comportamento agressivo e a se revoltar contra todos, o que ocasionou seu encaminhamento ao 5º pavilhão. No período em que lá ficou dizia recorrentemente: “Estou aqui prisioneiro, fui roubado e preso”¹⁸⁰. O médico relatou no prontuário que o tratamento não estava diminuindo a agressividade do paciente e prescreveu convulsoterapia pelo cardiazol e eletrochoque. Após duas sessões de convulsoterapia, E.J.V. chegou calmo na consulta seguinte. Ainda se dizia prisioneiro, e o médico creditava esse comportamento ao quadro delirante que ainda não havia desaparecido. O comportamento rebelde cedeu e E.J.V. apresentou-se enfraquecido em sua penúltima consulta. A família foi informada do estado clínico do paciente; contudo esse estado não permitia alta. E.J.V. faleceu no hospital.

O caso de E.J.V., se observado nas entrelinhas, pode nos dar uma visão do tipo de relação entre alcoolismo e loucura que se estabelecia no hospício em questão. Embora E.J.V. tenha falecido no hospital, as anotações em seu prontuário e o tratamento a ele oferecido não diferem muito do que encontramos em outros.

¹⁸⁰ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 3251, 01 ago. 1954.

O eletrochoque e a convulsoterapia pelo cardiazol aparecem na quase totalidade dos prontuários, principalmente na década de 40, exercendo visivelmente uma dupla função: tratamento e punição¹⁸¹.

No caso E.J.V., a recomendação desses tratamentos só ocorreu meses após a internação, quando o paciente começou a apresentar um comportamento agressivo. Antes disso, com exceção de glicose ele não recebeu nenhum tipo de medicação específica para tratar o alcoolismo. Analisando a recomendação do médico para iniciar o tratamento com eletrochoque e convulsoterapia, percebemos que ela não parece estar ligada à tentativa de curar o problema com a bebida, mas sim à de resolver um novo problema que se apresentava: o comportamento agressivo e revoltado do paciente.

O que E.J.V. recebeu na Colônia Santana pode ser classificado como o “tratamento padrão” da época: eletrochoque e/ou convulsoterapia pelo cardiazol. Por tratar-se de um hospital público, com recursos reduzidos frente ao crescente número de pacientes, os dois tipos de tratamento, em especial o eletrochoque, tornavam-se a mais barata, quando não a única opção de tratamento¹⁸².

E.J.V. apresentava alucinações visuais e auditivas no momento de sua internação. Esse comportamento, em vários prontuários, é diagnosticado como *Delirium tremens*. Essa característica do alcoolismo pode ser melhor observada no caso a seguir.

3.5.2 O caso do condutor embriagado

¹⁸¹ Um exemplo de como o tratamento com eletrochoque pode ser encarado como punição aparece no prontuário n. 5427. Em uma carta ao médico, o pai de C.A.C. preocupado com a falta de asseio do filho, pede que tomem providências a fim de obrigá-lo a tomar banho. Caso seu filho continuasse se recusando, o médico deveria, nas palavras do pai, “ameaçá-lo com eletrochoque”, com certeza forçaria, assim, sua obediência.

¹⁸² Os tipos de tratamento e sua utilização serão analisados no próximo capítulo.

G.C., em 1940, empregou-se como condutor de mulas no Correio de Laguna. Por essa época, se bem que de maneira “sóbria”¹⁸³(SIC), entregou-se ao uso de bebidas alcoólicas (aguardente, preferencialmente). Um dia, após uma ou duas semanas de abstinência, sentiu-se transtornado. De início, era molestado por zoadas e outros ruídos elementares; aos poucos, começou a ouvir vozes as quais identificou como pertencentes a determinado companheiro de repartição. Essas vozes falavam em terceira pessoa e acusavam G.C. A partir dessa ocasião, surgiu um delírio de perseguição que não chegou a tomar corpo. Apesar disso, G.C. esteve durante alguns dias muito agressivo e agitado, e, por isso, foi recolhido à cadeia pública. Posteriormente, foi transferido para o asilo de Azambuja. Finalmente, as vozes desapareceram e o delírio extinguiu-se.

Essa foi a história que o próprio G.C. contou ao chegar à Colônia Santana, transferido do Hospital de Azambuja¹⁸⁴. A partir de seu relato, o médico proferiu o diagnóstico de delírio alcoólico, uma vez que, no momento de sua internação, já não apresentava sintomas. Com base no relato do paciente, foi possível estabelecer a relação entre a abstinência e o início dos delírios.

O quadro de *Delirium tremens* inicia-se em geral no intervalo de uma semana após a parada ou diminuição do consumo de álcool¹⁸⁵, como ocorreu com G.C. A síndrome clássica é caracterizada pelo rebaixamento do nível de consciência (*delirium*) e por quatro características adicionais: hiperatividade autônoma, sudorese, taquicardia e hipertensão. O paciente também apresenta desorientação e distorções perceptuais vívidas (ilusões, alucinações visuais, táteis e também auditivas)¹⁸⁶.

¹⁸³ Anotação do médico no prontuário.

¹⁸⁴ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 09. 04 jan. 1942.

¹⁸⁵ SCIVOLETTO, Sandra; ANDRADE, Arthur Guerra. Complicações psiquiátricas pelo uso de álcool. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLOTE, José Manoel. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 116.

¹⁸⁶ Idem.

Segundo Scivoletto e Andrade, como consequência das vivências alucinatórias, é comum o desenvolvimento de delírios, na maioria dos casos, de cunho persecutório, que geralmente levam o paciente a ficar agitado e por vezes, agressivo¹⁸⁷. Todos esses sintomas estavam presentes na história contada por G.C. A parada brusca no consumo de álcool, que era então de uma garrafa de aguardente por dia, fez com que, após uma semana de abstinência iniciasse o *delirium*. Nesse estágio, o homem começou a ouvir os ruídos e as vozes já referidos.

A internação de G.C. forneceu suporte e proteção ao paciente frente às alterações de comportamento que ele poderia ter apresentado. Quando o médico da Colônia examinou G.C., este se encontrava em melhor estado, sem nenhum indício de alucinações. Foi-lhe prescrita apenas praxietrapia em serviços na roça. Em dois meses, recebeu alta.

O *Delirium tremens*, embora considerado como a característica principal do alcoolismo, de acordo com Scivolletto e Andrade, é relativamente incomum¹⁸⁸. Sua observação em vários prontuários da Colônia Santana deve ser analisada conjuntamente com o estado físico geral dos internos. Nos prontuários em que aparece, a saúde do paciente estava previamente comprometida. Quase sempre este se apresentava para a internação, mal-nutrido, magro e com outras doenças. Um indivíduo com boa saúde física dificilmente desenvolve *Delirium tremens* durante o período de abstinência alcoólica¹⁸⁹.

O delírio nem sempre aparece associado ao ato de parar de beber; ele pode acometer o alcoólatra logo após a ingestão da bebida. Um exemplo que tem

¹⁸⁷ Ibidem, p. 117.

¹⁸⁸ Ibidem, p. 116.

¹⁸⁹ Idem.

consequências diretas na família, e que será analisado a seguir, é identificado por Scivoletto e Andrade como “delírio de ciúmes patológicos”¹⁹⁰.

¹⁹⁰ *Ibidem*, p. 120.

3.5.3 A “síndrome de Otelo”¹⁹¹

Maria de Lourdes fica um pouco constrangida ao falar sobre as bebedeiras de seu falecido marido Antonio da Silva Medeiros, e desabafa: “Ah, filha, foi uma vida triste!”¹⁹². Ela relata que, desde o noivado, sabia que Antonio bebia. Em sua família, a relação com a bebida era forte e vista como normal. “Meu pai bebia, meus quatro irmãos bebiam, minha mãe e minhas tias bebiam. Quando casei levei um garrafão de caninha pra lua-de-mel”¹⁹³.

O fato de o marido embriagar-se só começou a se tornar um problema para a família Medeiros quando Antonio passou a acusar sua esposa de infidelidade. “Vê só, eu nunca dei motivo, nem saía de casa sozinha, só cuidando de filho”¹⁹⁴. Ele se embriagava e agredia a esposa por achar que estava sendo traído. Depois de algum tempo, segundo D. Maria, começou a faltar ao serviço, num açougue, para ficar em casa vigiando-a. Todos os vizinhos tornaram-se para Antonio, suspeitos de serem amantes de sua mulher. Depois de excessivas faltas ao serviço, foi demitido. Imediatamente, culpo a esposa por estar desempregado. As discussões e agressões eram tantas que um irmão mais velho de Antonio interferiu, internando-o na Colônia.

Outro exemplo pode ser encontrado, no prontuário 1476.¹⁹⁵. Segundo anotações do médico, o paciente A.S. admitia fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas, mas negava ser viciado. Acusava sua esposa de infidelidade, sem, no

¹⁹¹ Síndrome de Otelo não é uma denominação médica; o termo correto é “quadro de ciúmes patológico”. Nesse estado, o indivíduo passa a desconfiar do parceiro sem motivo justificado. Isso nos fez lembrar de Otelo, o mouro de Veneza personagem de uma tragédia escrita no século XVII por William Shakespeare. Otelo, que empresta nome a obra, é um general mouro que serve o reino de Veneza. É casado com a gentil Desdêmona, mas incitado por seu alferes Iago, começa a desconfiar da fidelidade de sua esposa. Acreditando estar sendo traído por sua amada, dominado pelos ciúmes, Otelo mata Desdêmona, mesmo tendo ela afirmado sua lealdade. No final, descobre-se que tudo não havia passado de um plano de Iago para destruir Otelo. Na verdade Desdêmona nunca havia traído o marido Disponível em:<
<http://www.mundocultural.com.br>> Acesso em: 18.02.2007.

¹⁹² MEDEIROS, Maria de Lourdes Lunaldi. **Entrevista concedida à mestrandia Elisa Paula Marques**. Florianópolis, 20 de agosto de 2005.

¹⁹³ Idem.

¹⁹⁴ Idem.

¹⁹⁵ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 1476, 1942.

entanto, ter qualquer prova de traição. Embriagado, tornava-se agitado e depredador. Em uma de suas várias passagens pela Colônia, chegou a ficar 30 dias no 5º pavilhão. Ao sair de lá, dedicou-se à praxiterapia, com excelente aproveitamento no trabalho na roça. Foi retirado do instituto pela esposa após comprometer-se a não consumir qualquer tipo de bebida alcoólica.

No primeiro caso, o fato de o marido consumir “cachaça” em excesso não representava um problema tão sério para D. Maria, pois ela estava acostumada a ver seus parentes próximos fazendo o mesmo desde pequena. De descendência italiana, era comum em sua casa a ingestão de vinho “misturado a um pouco de água” pelas crianças. Quando cresciam, passavam a consumir bebidas mais fortes, e o faziam mais freqüentemente. Todos na família, tanto homens quanto mulheres, apreciavam misturas alcoólicas. D. Maria conta que “na vinda da lida, o pai servia um caneco dos grandes e passava à roda, todo mundo de casa bebia”.¹⁹⁶ A bebida diária era a aguardente, mais barata que o vinho, reservado para domingos e dias especiais. Na entrevista de D. Maria, a gravidade da embriaguez do marido aparecia como relacionada às acusações de traição. Sóbrio, Antonio não era ciumento, mas quando bebia, insultava a esposa e batia nela, tomado de um ciúme infundado. D. Maria argumenta que “se fizesse como o pai, que bebia e ia dormir”¹⁹⁷, os problemas conjugais estariam resguardados às quatro paredes do lar. Mas a vida íntima do casal era compartilhada por toda a vizinhança devido aos escândalos que o marido ocasionava.

De acordo com Scibvolletto e Andrade

O quadro de ciúmes patológicos nos casos dos alcoolistas leva o paciente a confrontar seu companheiro muitas vezes com acusações repetitivas de infidelidade. Pode tomar atitudes por vezes agressivas ou até usar de violência para obter provas ou interferir na infidelidade imaginária. Algumas vezes, impõe restrições aos seus companheiros na tentativa de

¹⁹⁶ MEDEIROS, op.cit., p.4.

¹⁹⁷ Idem.

diminuir a autonomia destes, como impedir que saiam desacompanhados. Outras vezes, começam a se empenhar em perseguições secretas ou investigações sobre o 'amante'. Quando contrariados, os pacientes com delírio podem tornar-se agressivos e atacar fisicamente seu parceiro e, com menor freqüência, o 'amante', sendo descrita, em casos extremos, a ocorrência de homicídios.¹⁹⁸

No segundo caso em análise, foi o médico quem assinalou que as preocupações de A.S. com relação à fidelidade de sua esposa eram infundadas. O ciúme patológico não é específico dos casos de alcoolismo. Encontramos prontuários que dão conta de que o doente dizia sentir-se traído pela esposa mesmo não fazendo uso de bebidas alcoólicas. Para Scivoletto e Andrade, o delírio de ciúmes patológico é bastante freqüente entre os alcoolistas, ocorrendo durante ou imediatamente após o uso do álcool (usualmente, dentro de 48 horas). A abstinência, nesses casos, seria a forma mais eficaz de tratamento.

Na primeira internação de Antonio, a família estava esperançosa de que, com ajuda médica, o interno parasse de beber, pois estava convencida de que o comportamento desconfiado e agressivo por ele manifestado tinha vínculos com o consumo de álcool. Porém, com o passar do tempo, D Maria desanimou.

Da primeira vez que ele foi pra lá voltou melhor, dizendo que tinha mudado. O médico que atendeu ele disse que ele estava bom, que até trabalhar lá ele tinha trabalhado. Mas, logo que veio pra casa, devagarinho foi começando a beber de novo. E tudo ficou igual. Das outras vezes, nem lá ele deixava de beber. Saía escondido e bebia num bar ali perto, voltava e depois bebia de novo. No final, ele se ria e dizia que o pessoal sabia que ele saía pra beber. Era tanta gente lá que ficava tudo aberto. Se não fosse louco perigoso o pessoal deixava sair.¹⁹⁹

Antonio foi reinternado diversas vezes na Colônia Santana entre os anos de 1955 e 1960. Nesse período, verifica-se que a superpopulação já era um problema com o qual a instituição estava fadada a conviver. As dificuldades frente ao problema podem ser percebidas nos prontuários. Neles notamos uma severa diminuição das informações nesses anos. Muitos não trazem preenchido o campo referente ao

¹⁹⁸ SCIVOLETTO; ANDRADE, op.cit., p. 122.

¹⁹⁹ MEDEIROS, op.cit. p.9.

diagnóstico e ao tratamento. Nesses casos, descobrimos tratar-se de um caso de alcoolismo pelas informações contidas na anamnese.

3.5.4 Os “bons pacientes”

As condições em que os pacientes se encontravam na Colônia foram descritas minuciosamente por vários entrevistados²⁰⁰, entre eles, ex-pacientes, irmãs de caridade e funcionários. O artigo **De hospital a hospício: um pouco de história oral**, do historiador Valmir Francisco Muraro, reúne uma série de entrevistas que, transcritas, exemplificam as inúmeras dificuldades pelas quais passou a Colônia Santana. As religiosas relatam que em determinadas épocas a superlotação obrigava três internas a dividirem o mesmo colchão e essas além de dormirem sem travesseiros, tinham que compartilhar, no meses frios do inverno, apenas um cobertor²⁰¹.

O grande número de pacientes interferia não apenas nas condições de vida e no tratamento dentro do hospital, mas também tornava precária a vigilância dos doentes. Com tanto serviço, os pacientes “lúcidos” ganhavam maior autonomia. No caso dos alcoólatras, passado o período da desintoxicação, muitos conseguiam evadir-se do hospital para beber. D. Maria não está só ao afirmar que, se o interno não fosse “louco perigoso”, podia sair da instituição. Isso pode ser verificado ao acompanharmos alguns prontuários.

No caso do prontuário 1391, D.D., 24 anos, solteiro, deu entrada na Colônia com um quadro de *Delirium tremens*. Segundo o informante, nos últimos quatro

²⁰⁰ Essas entrevistas foram concedidas para o projeto “**De médico e de louco...**”: alguns olhares sobre a Colônia Santana e encontram-se disponíveis no Laboratório de História, Saúde e Sociedade do Departamento de História da UFSC

²⁰¹ MURARO, Valmir Francisco. De hospital a hospício: um pouco de história oral. IN: IX ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA. Florianópolis, UFSC 2002.

meses o paciente entregara-se totalmente ao álcool, relaxando em todas as suas atividades. Abandonara o emprego, descuidara de suas contas e passara a dormir na rua. No primeiro mês de sua internação, o médico elogia sua conduta no hospital. D.D. mostrava-se bem educado e submetia-se ao tratamento com boa vontade. No terceiro mês, o paciente fugiu do hospital e embriagou-se. De volta à Colônia, após a bebedeira, seu comportamento voltou a ser calmo, atencioso e adaptado ao trabalho. Nos meses seguintes, o médico novamente elogia o paciente pela sua produtividade e obediência. Quinze dias depois da última consulta, na qual foi reconhecida a eficiência do trabalho de D.D., este torna a se embriagar. O médico parece surpreso, pois dessa vez o paciente não voltou ao estado de obediência anterior. Ele rebelava-se contra os guardas e, por esse motivo, foi isolado à força. Dois dias após o isolamento o paciente volta a surpreender o médico, que escreve: “Dionizio, impôs sua alta, de modo que entre tomar uma medida de força com um alcoólatra e sua alta, optei pela última”²⁰².

O caso de D.D. pode ser um indicativo de que a vigilância dependia do comportamento do paciente. Para os considerados bons internos, as portas estavam apenas “encostadas”. D.D. parece ter conseguido convencer a todos de que não representava perigo, e, por isso, não necessitava ter todos os seus passos vigiados. Após a última bebedeira, quando não retornou, à obediência anterior, viu-se privado, de fato, da liberdade. Diante disso, conseguiu “impor” sua alta.

Segundo Goffman, os indivíduos tendem a encontrar um modo de adaptação ao ambiente da instituição total. Entre os vários modos de fazerem isso, está a “tática da intransigência”, ou seja, o internado intencionalmente desafia a instituição ao visivelmente negar-se a cooperar com a equipe dirigente²⁰³. D.D., com seu

²⁰² INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 1391, 23 dez. 1949.

²⁰³ GOFFMANN, op.cit., p. 60.

comportamento dócil, mascarava suas intenções. Assim conseguia obter benefícios. Quando estes se extinguíram, mudou energeticamente de tática e conseguiu deixar o hospital. Esse paciente é um caso singular. Primeiro, por ter conseguido fazer valer a sua vontade, ao invés da do médico, e segundo, por sua trajetória dentro da própria instituição. Após “dar-se alta”, D.D. demorou dois anos e meio para retornar à Colônia. Quando foi reinternado, apresentou-se muito intoxicado e com *Delírium tremens*. Nessa nova internação, não constam no prontuário elogios ao seu comportamento; pelo contrário, freqüentemente evadia-se do hospital para beber. D.D. foi reinternado várias vezes, até que, no ano de 1959, as anotações em seu prontuário mudam drasticamente.

Parece ter sido deixado de lado o problema do paciente com a bebida, pois ele passa a ser tratado por outras moléstias, tais como fastio, vermes, falta de forças, ronco e, por último, fraqueza sexual. No ano de 1963, D.D. foi “encostado” e passou a trabalhar como guarda da Colônia. Nessa função, novamente foi elogiado, dessa vez como ótimo funcionário. Em 1970, solicitou (e lhe foi concedida) alta para poder trabalhar na cidade.

Esse não foi o único caso de paciente trabalhando sem função terapêutica²⁰⁴ dentro da Colônia Santana. Muitos trabalharam lado a lado com os funcionários, exercendo atividades nas mais diferentes áreas. Pepé, um ex-interno da Colônia, conta, que conforme a lucidez dos pacientes, estes ajudavam nos afazeres diários da instituição. “Lá na Colônia eu ajudava na copa, lavando a louça dos pacientes, até no eletrochoque eu ajudei. Naquele tempo era muito ruim, tudo misturado, não tinha cama pra todo mundo, banho era de mangueira”²⁰⁵. O auxílio dos pacientes

²⁰⁴ Existia o trabalho com função terapêutica, no campo, na padaria, na confecção de tapetes, por exemplo.

²⁰⁵ OLIVEIRA, Romualdo. **Entrevista concedida à graduanda Elisa Paula Marques**. Florianópolis 02 de maio de 2003. A entrevista transcrita e rubricada, juntamente com a autorização está disponível no Laboratório de História, Saúde e Sociedade do Departamento de História da UFSC.

considerados, “bons da cabeça”, funcionava como um paliativo para o problema da falta de pessoal no atendimento dos internos.

Esse problema não se limitava à Colônia. Os dirigentes das instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro, de São Paulo, de Porto Alegre, de Barbacena e de Salvador, também se viram às voltas com a falta de pessoal, a superlotação dos estabelecimentos e a dificuldade de ampliar a capacidade de atendimento e melhorar as instalações físicas existentes²⁰⁶. Essas dificuldades, pelo menos em Santa Catarina, não podem ser creditadas à falta de repasse de recursos públicos²⁰⁷. O fato é que esses recursos eram sempre insuficientes para empreender as reformas permanentemente necessárias para acolher um número de internações que não cessava de aumentar.

Os pacientes, que trabalhavam na instituição recebiam alguns benefícios e tinham algumas regalias. Pepé nos conta que, devido à superlotação, não havia camas suficientes para todos. Mas os pacientes que “ajudavam” não precisavam se preocupar com isso: seu lugar era “guardado” pelos funcionários²⁰⁸. Eles não recebiam um salário regular, mas sim pequenas gratificações, o suficiente para comprar cigarro, pilhas para o rádio ou alguma guloseima²⁰⁹. Todos os entrevistados que fizeram algum tipo de serviço na Colônia afirmam que, trabalhando, a vida lá dentro ficava melhor. Não só porque o trabalho ajudava a passar o tempo, mas também porque se sentiam mais próximos dos funcionários do que dos doentes. Ou seja, quem trabalhava ganhava algum *status* e não era visto nem tratado como os outros pacientes.

²⁰⁶ KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. **A trajetória histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, nas décadas de 20 a 50**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 1996, p. 108.

²⁰⁷ No ano de 1961, os recursos no valor de CR\$ 37.820.673,00, foram assim distribuídos: Colônia Santana, CR\$ 13.501.794,00; Colônia Santa Tereza CR\$ 5.866.000,00; Hospital Nereu Ramos, CR\$ 4.495.000,00; Maternidade Carmela Dutra, CR\$ 4.500.000,00. Conforme descrito na Apresentação de Contas da Assembléia Legislativa de Santa Catarina, datada de 15 de abril de 1962.

²⁰⁸ OLIVEIRA, op. cit., 2003.

²⁰⁹ Idem.

Para Goffman os pacientes de hospitais psiquiátricos (analisados, lembremos, como instituições totais) tendem a encontrar “ajustamentos secundários”²¹⁰ para melhorar sua estada dentro da instituição. Entre as formas de ajustamento, a mais importante seria a obtenção de uma tarefa explorável, isto é, trabalho, recreação, terapia ou serviços de enfermagem²¹¹.

Dentro dessa lógica, D.D. parece ter se adaptado novamente à vida na instituição. Ele deixou de ser um paciente exemplar para tornar-se um paciente-funcionário e com isso galgar alguns degraus dentro da hierarquia hospitalar. Em seu prontuário, não está escrito que o paciente tenha sido curado do alcoolismo; o problema apenas deixa de ser mencionado. Portanto, não sabemos se desapareceu. O que verificamos é uma mudança que, com certeza, ocorreu na maneira como o doente se posicionava dentro do hospital. Antes ele era vigiado; depois, passou a vigiar. Na função de guarda, passou a ter grande liberdade de trânsito dentro e fora da instituição. Porém, essa função exigia que quem a executasse possuísse um perfil coerente com a responsabilidade e a seriedade. Certamente, um “bêbado cambaleante” não seria um guarda confiável. Imaginamos que essa não era a imagem que D.D. passava, visto que recebeu elogios.

D.D. parece ter se utilizado de outra tática de adaptação à instituição denominada por Goffman “conversão”²¹²:

²¹⁰ Goffman define “ajustamentos secundários” como sendo qualquer disposição habitual pela qual o participante de uma organização emprega meios ilícitos ou consegue fins não-autorizados, ou ambas as coisas, de forma a escapar daquilo que a organização supõe que deva fazer e obter e, portanto, daquilo que deve ser. Os ajustamentos secundários representam formas pelas quais o indivíduo se isola do papel e do eu que as instituições impõe a ele. GOFFMAN, op.cit., p. 160.

²¹¹ Ibidem, p. 182.

²¹² Goffman explica que a conversão em hospitais psiquiátricos se divide em duas formas: uma, para os recém-admitidos que adotam a interpretação psiquiátrica de si mesmos; outra para os pacientes crônicos, que adotam as poses e as roupas dos auxiliares, ao mesmo tempo em que os ajudam a controlar os outros pacientes e empregam um rigor que às vezes ultrapassa o desses últimos. O autor ainda propõe que a conversão pôde ser verificada em campos de prisioneiros de guerra chineses, onde soldados norte-americanos tornaram-se favoráveis e aceitaram integralmente a interpretação comunista do mundo. Nos campos de concentração da Alemanha, uma pessoa encarcerada por muito tempo passava a adotar o vocabulário, a recreação, a postura, as expressões de agressão e o estilo de roupa da Gestapo, executando, com rigor militar, o papel de chefe de mentira. Nos campos de treinamento de oficiais, os convocados, que logo se tornam oficiais convictos, aceitam uma forma de tormento que logo serão capazes de infligir a outros. (GOFFMAN, op.cit., p. 61).

o internado parece aceitar a interpretação oficial (ou da equipe dirigente) e tenta representar o papel de internado perfeito. O convertido aceita uma tática mais disciplinada, moralista e monocromática, apresentando-se como alguém cujo entusiasmo pela instituição está sempre à disposição da equipe dirigente”.²¹³

Essa parece ter sido a opção feita por D.D. Infelizmente, não sabemos ele conseguiu lidar com sua dependência alcoólica enquanto desempenhava a função de vigilante.

3.5.5 “Doutor, eu não me lembro!”.

Nos pacientes que consumiam álcool em grande quantidade e por vários anos, algumas das conseqüências tardias desse consumo podem ser visualizadas nos prontuários. Uma delas é a perda de memória.

O paciente C.O.M.,²¹⁴ masculino, branco, solteiro relatou a história do motivo de sua internação ao médico, que a transcreveu da seguinte maneira: “em meados do ano passado, estando entregue às suas ocupações da lavoura, começou a perceber que a sua memoriza estava alterada. Esquecia-se com facilidade de seus afazeres e de um feito há poucos minutos. Não lembrava mais onde havia deixado o serrote ou a enxada, mesmo sabendo que guardara ambos”.²¹⁵

C.O.M. fazia, conforme anotações do médico, uso excessivo de bebidas alcoólicas, as quais foram responsabilizadas por seu estado clínico ter ficado comprometido.

Outro paciente A.K.,²¹⁶ masculino, branco, casado entregava-se ao uso imoderado de bebida desde os cinco anos de idade. Pouco antes da internação, apresentava-se excitado, insone e bebendo em grandes quantidades. O médico,

²¹³ Idem.

²¹⁴ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 036, 29 dez. 1942.

²¹⁵ Idem.

²¹⁶ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 2903, 01 set. 1953.

durante o exame psíquico, diagnosticou que o paciente possuía “distúrbios de memória e autocrítica”.

O terceiro paciente que alisaremos é J.A.C.²¹⁷, masculino, branco, casado. Na primeira internação, J.A.C. tinha 66 anos de idade. Desde os 25 anos fazia uso de bebidas alcoólicas, porém, nos últimos oito anos, seu consumo aumentara consideravelmente. O paciente apresentava leves distúrbios de humor que, conforme o médico, eram causados pela intoxicação etílica crônica²¹⁸. Também chamou a atenção do médico o fato de que, embora tivesse o pensamento coerente, J.A.C. houvesse perdido sua memória de evocação²¹⁹.

Esses casos são representativos do distúrbio amnésico alcoólico, que, segundo Scivoletto e Andrade, caracteriza-se por um déficit acentuado da memória recente, mas não da memória imediata, o que não acarreta prejuízos à consciência²²⁰. Esse processo é lento e por isso, tende a aparecer nos pacientes alcoolistas crônicos. Nesses casos, a ação de grandes quantidades de bebidas, ingeridas ao longo de vários anos, seria responsável pelo aparecimento da síndrome amnésica, último estágio de uma outra alteração da memória, conhecida como encefalopatia alcoólica ou de Wernicke²²¹. Mesmo tratando o problema do alcoolismo, “uma vez que este quadro tenha-se estabelecido, o curso é crônico e o prejuízo tende a ser grave o bastante a ponto de o paciente requerer cuidados constantes ao longo do dia”²²².

A administração de grandes doses de tiamina impediria a progressão da encefalopatia alcoólica para síndrome amnésica²²³. Porém esse medicamento não

²¹⁷ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 3137, 6 abr. 1954.

²¹⁸ Idem.

²¹⁹ Idem.

²²⁰ SCIVOLETTO; ANDRADE, op.cit., p. 123.

²²¹ A encefalopatia alcoólica ou encefalopatia de Wernicke é uma alteração neurológica, e não um transtorno psiquiátrico. Ela causa confusão mental, entre outras moléstias. Porém esse quadro pode desaparecer espontaneamente dentro de alguns dias ou semanas. (Idem.)

²²² Ibidem, p. 124.

²²³ Idem.

aparece nos prontuários. O que sabemos dos três pacientes cujos casos estudamos é muito pouco. J.A.C. nunca chegou a obter alta, pois faleceu dois anos após sua internação. C.O.M. foi retirado do hospital por um irmão, o qual teve que assinar um termo de responsabilidade, pois o paciente não estava em condições de partir. A. K., depois de uma segunda internação, na qual apresentava o mesmo quadro da primeira entrada, deixou a Colônia após receber alta.

3.6 DEPRESSÃO E ALCOOLISMO

Sintomas depressivos aparecem com freqüência nas anotações de pacientes alcoolistas. Fruto de alterações biológicas ou do estilo de vida²²⁴ desses pacientes, a depressão interferia na recuperação do doente. Vejamos alguns casos.

H.P.C.²²⁵ masculino, estivador, branco, casado. As anotações no prontuário iniciam-se em 1949, quando o paciente foi internado para tratar seu vício etílico. Após ficar dois meses em tratamento, recebeu alta. Ficou apenas cinco meses em casa, retornando após ingerir bebidas alcoólicas. Nessa nova internação, reagiu contra a terapêutica. Apresentava-se deprimido e ficava muito irritado ao ser contrariado. Evadiu-se do hospital para beber. H.P.C., segundo anotações do médico, freqüentemente quebrava a disciplina hospitalar. Por esse motivo, passou um período isolado. Regressou deprimido e com queixas de insônia e palpitações. Não tinha iniciativa para a praxiterapia. Ao todo, esse paciente foi reinternado doze vezes em onze anos. Na última anotação em seu prontuário, está escrito: “paciente que é um alcoólatra inveterado ultimamente apresenta distúrbios psíquicos”²²⁶.

²²⁴ Um alcoólatra tem um estilo de vida cíclico que inclui: acordar de “ressaca” e depois enfrentar um dia preenchido por problemas causados pelo uso excessivo de álcool.

²²⁵ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 1551, 11 nov. 1949.

²²⁶ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 1551, 11 nov. 1949.

Esses distúrbios não são especificados e conserva-se o diagnóstico de alcoolismo crônico.

A.S.²²⁷, masculino, comerciante, branco, casado era um paciente com histórico de abuso de bebidas. Antes de ser internado, havia tentado o suicídio por treze vezes. Na primeira consulta, ainda insistia na idéia de suicídio; estava deprimido e agitado. Relatou que, sob efeito do álcool, tornara-se depredador. Na última internação, esteve 30 dias no 5º pavilhão, mas não foi registrado o motivo.

L.N.²²⁸, masculino, lavrador, branco, casado. O paciente relatou que, nos últimos seis anos, fizera uso excessivo de bebidas alcoólicas. Por esse motivo, relaxara no trabalho de motorista, e três anos antes de chegar à Colônia abandonara a profissão. Na entrada, apresentara-se com agitação psicomotora intensa. Manteve-se, durante o período de dois meses que permaneceu na Colônia, levemente deprimido. Em posteriores reinternações, seu estado permanecia tão inalterado que, em uma consulta, o médico apenas escreveu: “Vai no mesmo”²²⁹.

E.B.²³⁰, masculino, alfaiate, branco, casado. Fazendo uso abusivo de álcool há 18 anos, E.B. foi internado inconsciente. Durante o tratamento, ficava facilmente deprimido. No ano de 1955, foi reinternado quatro vezes. Em uma consulta, o médico anotou “Queixa-se da esposa, informa que a mesma não coopera com o paciente, uma vez que o mesmo se esforça muito para deixar o vício”²³¹. Embora no hospital tenha se dedicado ao tratamento e não tenha feito tentativas de beber, assim que recebeu alta, retornou ao antigo vício. A explicação que dava para seu comportamento é que sentia “necessidade de tomar ‘caninha’ em doses pequenas para acalmar”²³².

²²⁷ Idem.

²²⁸ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 3792, 29 nov. 1955.

²²⁹ Idem.

²³⁰ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 3227, 29 jul. 1951.

²³¹ Idem.

²³² Idem.

O relato da associação entre abuso de álcool e depressão foi descrito em 1938 pelo psiquiatra americano K. A. Menninger. Para ele, o alcoolismo era como um “suicídio crônico”, e os alcoolistas, portadores de personalidades depressivas que buscavam alívio temporário na bebida²³³. O álcool seria responsável pela diminuição da autocrítica, tornando mais fácil a expressão de sentimentos de tristeza, chegando até a liberação de impulsos autodestrutivos²³⁴.

Os pacientes dos casos relatados neste capítulo, não obtiveram êxito no tratamento antialcoólico que receberam durante sua permanência no hospital. O quadro depressivo²³⁵ relacionado ao álcool, de acordo com Scivoletto e Andrade só melhora com a abstinência.²³⁶

Mas qual era verdadeiramente o tratamento oferecido na Colônia Santana ao doente com diagnóstico de alcoolismo? Esse tema será abordado no próximo capítulo.

²³³ SCIVOLETTO; ANDRADE, op.cit., p. 128.

²³⁴ Idem.

²³⁵ A depressão entre o grupo dos alcoólatras, segundo Scivoletto e Andrade seria a responsável pelo suicídio nessa população ser cinquenta vezes mais comum que na população total.

²³⁶ Idem.

4. A CURA DA LOUCURA OU A LOUCURA DA CURA

A internação na Colônia Santana foi, durante muitos anos, a única forma de tratamento na qual os alcoólatras e principalmente seus familiares e amigos depositaram grande confiança²³⁷. O alcoolismo, tratado como um problema desencadeador de doença mental, recebia finalmente o *status* de doença passível de tratamento. As expectativas em torno da criação desse hospital psiquiátrico sugerem que a instituição seria capaz de oferecer esperança para aqueles que aguardavam a cura de todas as moléstias mentais.

D. Maria de Lourdes recorda a comoção da família na primeira internação de seu marido, seu Antonio. "Todo mundo ficou feliz, até meu sogro que ainda era vivo, velhinho. A gente achando que na Colônia iam fazer ele deixar de beber, que ele ia se curar lá. Que nada!"²³⁸. As expectativas da família estavam de acordo com a idéia de que os hospitais possuem poder para curar tudo.²³⁹ Dessa forma haveria para o alcoolismo um procedimento hospitalar equivalente a uma cirurgia de apêndice, através do qual se removeria o órgão doente e a saúde se restabeleceria. Quando a família percebeu que "nem a internação resolveu" o problema, ou seja, que nem algo tão radical quanto ficar internado em um hospital foi capaz de afastar seu Antonio em definitivo da bebida, sentiu-se frustrada. Mesmo reinternando o marido diversas vezes, D. Maria de Lourdes e seus parentes achavam inútil o tratamento que ele recebia.

Ao se referir à internação de alcoólatras, Jandira Mansur argumenta que "se para alguns alcoólatras a internação funcionou como ponto de virada, ou seja, se a

²³⁷ Isso pôde ser observado não apenas no caso dos alcoólatras, mas também no dos doentes mentais. A primeira internação, tanto para o doente, como para seus familiares aparece nas entrevistas como "uma luz no fim do túnel". As sucessivas reinternações e o não-desaparecimento do problema mitigavam a confiança na capacidade curativa da instituição.

²³⁸ MEDEIROS, Maria de Lourdes Lunaldi. **Entrevista concedida à mestrandia Elisa Paula Marques**. Florianópolis, 20 Ago. 2005.

²³⁹ MANSUR, Jandira. **O que é alcoolismo?** São Paulo: Brasiliense, 1988, p. 48.

partir dela conseguem quebrar a relação de dependência com o álcool, isto é mais a exceção do que a regra. Ao sair do hospital, a maior parte retorna aos hábitos alcoólicos antigos”²⁴⁰. Nos prontuários examinados, encontramos casos de pessoas que foram internadas 5, 10 até 15 vezes. O espaço de tempo entre as internações era relativamente curto. Em alguns casos, a Colônia passou a ser, para o doente, sua segunda casa.

Observando o campo destinado às anotações sobre tratamento dos alcoolistas, foi possível dividir em dois grupos os indivíduos que receberam procedimentos antialcoólicos. No primeiro grupo incluem-se as pessoas que receberam o que chamaremos de “tratamento espirituoso”²⁴¹, ou seja, medicamentos que interferem exclusivamente nos processos de desintoxicação alcoólica. No segundo grupo estão os casos em que foi utilizado o que optamos por denominar de “tratamento apaixonado”, no qual além de remédios para desintoxicação foram receitados eletrochoque, convulsoterapia pelo cardiazol e insulino-terapia. O segundo grupo, em número de pacientes, foi o maior.

4.1 O TRATAMENTO ESPIRITUOSO

Silvio²⁴² entrou na Colônia Santana no dia 9 de março de 1946. Estava acompanhado de seu pai. Embora estivesse se sentindo muito mal, conseguiu responder às perguntas necessárias para sua internação. Ele não achava que houvesse

²⁴⁰ Ibidem, p. 49.

²⁴¹ A palavra “alcoólico”, no dicionário Aurélio, significa “espirituoso”. Por isso, as bebidas alcoólicas são também chamadas “bebidas espirituosas”. A mudança de comportamento causada pela ingestão de álcool seria responsável pela noção de que ele interferiria no espírito da pessoa. O tratamento espirituoso visava a livrar o indivíduo especificamente do vício alcoólico.

²⁴² Silvio não é um personagem real. Observando que em vários prontuários se repetiam histórias, sintomas e tratamentos, optamos por mesclar as informações, através da técnica da transcrição. O personagem reúne as características básicas dos internados para tratamento antialcoólico detectadas nos relatórios e prontuários da Colônia Santana: homem branco, jovem, solteiro e lavrador. Prontuários de referência: 09; 036; 997; 1391; 1500; 1666; 2872; 3833; 3792; 2560; 3173; 2056; 3300; 9935.

problemas com a bebida, pois em sua casa era comum beberem diariamente. Quando criança tomava vinho misturado com água. Depois de uma decepção amorosa, foi aumentando as doses de álcool. Inicialmente bebia para “se alegrar”. Dois copos da “branquinha” o deixavam festeiro e bem-humorado. Com o tempo, passou a tomar um litro de aguardente para obter o mesmo efeito. Contudo, só bebia nos finais de semanas. Até que começou a sentir necessidade de beber para fazer coisas simples do dia-a-dia. Levantava de manhã e bebia antes de ir para a roça. Parava para almoçar e bebia mais um pouco. À noite se excedia. Visitava o boteco mais próximo e voltava para casa “trocando as pernas”. Isso quando não dormia embaixo de alguma árvore pelo caminho.

A família começou a ficar preocupada. A mãe e as irmãs pediam-lhe que parasse de beber. Silvio prometeu parar, e até tentou algumas vezes, todas sem sucesso. Sempre que tentava ficar sem a bebida, começava a se sentir mal. Quanto mais tentava agüentar não beber, pior se sentia. Tinha tremores pelo corpo todo, que o deixavam inquieto e muito irritado. Às vezes, ouvia sons estranhos e até vozes de pessoas. Parecia que seu corpo inteiro pedia que voltasse a beber. Ele pensava que isso devia ser mesmo verdade, pois, assim que tomava uma “caninha”, o mal-estar passava.

Porém, os danos do consumo diário começaram a aparecer. Estava muito magro e não conseguia trabalhar. A memória já não era a mesma. Num domingo, esqueceu onde colocara a chave da camioneta e a família perdeu a missa. Um vizinho falou sobre a Colônia Santana e todos concordaram que ali seria o melhor lugar para ele se livrar do vício do álcool. Depois de fazer seu relato e ser examinado pelo médico, Silvio deixou seus pertences com uma simpática freira e foi encaminhado para um grande dormitório.

A primeira noite foi a pior. Não conseguiu dormir com o barulho. Na cama ao lado da sua, um senhor falava baixinho e ria. Na cama em frente, outro homem tremia muito, como se estivesse com frio. De todos os lados ouvia roncos, mas já não sabia se eram dos companheiros que dormiam ou da sua imaginação. Quando clareou o dia, ficou duplamente aliviado. Primeiro, por poder sair da cama; segundo pelo início de seu tratamento.

Na consulta com o médico, ficou sabendo como seriam os procedimentos para livrá-lo do vício. Inicialmente, ele tomaria um medicamento antiálcool. Isso significava que não poderia mais ingerir qualquer substância que contivesse álcool. Silvio tomaria também um purgativo, vitamina B, glicose e brometos. O esperado era que, após dois meses, ele estivesse desintoxicado e apto a voltar para casa.

Analisando os medicamentos utilizados no “tratamento espírituoso”, verificamos que o antietanol receitado era a droga de nome Dissulfiram (dissulfeto de tetraetiltiuram), introduzido no tratamento do alcoolismo em 1948.²⁴³ Seu princípio ativo interfere no metabolismo do álcool, sendo essa a razão do seu emprego. O álcool normalmente é metabolizado no fígado, transformando-se em aldeído acético. Essa substância é tóxica, mas seus efeitos não se fazem sentir, já que desaparece rapidamente do organismo, tornando-se acetato. O Dissulfiram atua justamente como inibidor da ação da enzima aldeído-desidrogenase, que permite a metabolização do aldeído acético em acetato. Conseqüentemente, na presença do álcool, o Dissulfiram promove o aumento da quantidade de aldeído acético no organismo. Em decorrência da toxicidade dessa substância, os sintomas mais comuns são rubor facial, palpitações, inquietação, queda da pressão arterial, aumento da freqüência cardíaca, dor de cabeça, tonturas e vômitos²⁴⁴.

²⁴³ MANSUR, op.cit., p. 55.

²⁴⁴ Ibidem, p. 56.

O pressuposto teórico do emprego do Dissulfiram baseava-se no fato de que o alcoólatra, sabendo que a ingestão de bebidas alcoólicas produziria uma reação muito desagradável, uma vez que tomou o comprimido, deixaria de beber. Ou seja, o medo das conseqüências da reação da droga com o álcool formaria uma barreira entre o viciado e seu vício.

Os resultados do emprego desse medicamento, no entanto, não produziram a ação esperada, porque embora o nome utilizado para o Dissulfiram fosse “droga antiálcool”, ele não produzia o efeito que o paciente e os familiares esperavam. As drogas antiálcool²⁴⁵ não tiram a vontade de beber. Elas podem funcionar como “muletas químicas”, substituindo a decisão de beber ou não pela decisão de tomar o comprimido de Dissulfiram. Durante a internação na Colônia, o paciente tomava o comprimido, mas não existiam garantias de que, ao retornar ao lar, ele continuasse a rotina do hospital. Passado o efeito do remédio, nada impediria que o indivíduo voltasse aos hábitos etílicos anteriores. Um clássico exemplo de “recaída” pode ser encontrado no prontuário de M.B.S.²⁴⁶ Aos 63 anos, M.B.S. foi internado por um parente, funcionário da Colônia Santana. Após muitos anos de “uso imoderado de bebidas alcoólicas”²⁴⁷, seus familiares ficaram apreensivos com sua conduta. O paciente, conforme relato do informante, começara “a tomar atitudes disparatadas, gastando suas economias”²⁴⁸. Durante o tempo em que permaneceu internado, os médicos observaram que ocorreu remissão total do quadro psíquico, e concederam

²⁴⁵ Existem outras drogas ditas antiálcool, além do Dissulfiram. São substâncias eméticas, ou seja, que produzem náuseas e vômitos. Estas drogas começaram a ser empregadas em 1940 nos Estados Unidos. O procedimento ficou conhecido como “condicionamento aversivo”. Para sua eficácia o indivíduo precisava entrar em contato com o álcool antes do início dos sintomas. O condicionamento processava-se através da administração de um comprimido e antes que seu efeito tivesse início, o alcoólatra deveria ver, cheirar ou ingerir bebidas alcoólicas. Dessa forma ele associaria o álcool ao mal-estar. Um dos problemas dessa técnica era que seu efeito poderia ser contrário. Se o paciente ingerisse álcool após o início dos sintomas (náuseas e vômitos), poderia reforçar seu vício, uma vez que poderia associar a ingestão de bebidas com a diminuição progressiva da náusea. Não consta em nenhum prontuário a utilização deste método na Colônia Santana. MASUR, *Ibidem*, p. 53-54.

²⁴⁶ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 2733, 23 mar. 1953.

²⁴⁷ *Idem*.

²⁴⁸ *Idem*.

alta ao paciente. Em uma anotação do dia 02.10.58 consta que “apesar de estar em alta há 11 meses, permaneceu no hospital em constante tratamento anti-alcoolico, até a presente data”²⁴⁹. Esta observação revela que a família de M.B.S. demorou a retirá-lo do hospital.

Analisando as informações de seu prontuário, percebemos que esse paciente foi liberado 1 ano e 4 meses depois de ser considerado apto a viver em casa. Enquanto viveu na Colônia, cooperou com o tratamento e absteve-se de bebidas alcoólicas. Ao regressar à vida fora dos muros do hospital, rapidamente sua saúde deteriorou-se em virtude de ele ter se entregado ao vício novamente. Oito meses após deixar a instituição, M.B.S. retornou para nova desintoxicação. Desta vez, estava mais debilitado, apresentando “eczema generalizado, emagrecido, edema no ombro e dor nos órgãos genitais”²⁵⁰. Algumas famílias, temendo que após sair do hospital o parente recaísse no vício, erroneamente tentaram continuar com a medicação em casa, sem o conhecimento do paciente.

A esposa de A.R.²⁵¹, em carta ao diretor da Colônia, relata que havia solicitado ao médico do marido a “receita de um remédio contra a embriaguez”²⁵². Ela administrava às escondidas o remédio, que “deu o resultado conforme a bula”²⁵³. Esse comportamento é duramente criticado por Mansur. Ela argumenta que usar o Dissulfiram sem o conhecimento do paciente contraria os pressupostos básicos do tratamento, e pode ser bastante perigoso.²⁵⁴

Na pesquisa de que resultou o livro de Mansur, metade dos entrevistados “relataram colocar Dissulfiram na comida de seus familiares alcoólatras, esperando com isso curá-los do alcoolismo, pois pensam que esta droga é capaz de tirar a

²⁴⁹ Idem.

²⁵⁰ Idem.

²⁵¹ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 9001, 1942.

²⁵² Idem.

²⁵³ Idem.

²⁵⁴ MASUR, op.cit., p. 59.

vontade de beber”²⁵⁵. Os efeitos da reação álcool-Dissulfiram podem ocorrer vários dias após a droga haver sido ingerida, pois segundo a autora, sua eliminação é muito lenta²⁵⁶. O caso de A.R. constitui-se num exemplo de mau uso das drogas antiálcool por parte da família e do médico. Continuar o tratamento em casa, escondido, não resolveu o problema. O paciente em questão foi reinternado diversas vezes, e seu estado físico e mental deteriorou-se com o tempo.

Entre as fichas médicas, encontramos, além dos pacientes crônicos que deixavam de beber apenas durante sua internação, indivíduos que não apresentavam sintomas de desagrado ao ingerir o Dissulfiram. Isso ocorria com P.R. Em seu prontuário está anotado: “paciente submete-se de boa vontade ao tratamento, [...] a terapêutica pouco resultado surtiu, pois o doente consegue perfeitamente ingerir álcool sempre que é compelido a isto”²⁵⁷. Nesses casos, apenas o sistema de vigilância do hospital manteria o paciente longe do vício. E percebe-se, pelas anotações médicas, que driblar os guardas não era feito incomum. Isso pode ser comprovado na ficha do paciente citado anteriormente, onde está escrito: “Rech, iludindo a vigilância dos guardas embriagou-se cometendo depredação, tendo sido isolado”²⁵⁸.

Embora tenha sido escolhido um local afastado para a construção da Colônia Santana, aos poucos foi delineando-se nas imediações dela, uma comunidade. Para atender a seus moradores foi surgindo um comércio. Entre os estabelecimentos, estavam o bar e a mercearia. O paciente que se evadia do hospital para beber não precisava ir longe para encontrar a tão almejada aguardente. Atualmente, ainda existe ao lado da instituição, próximo a um ponto de ônibus, um “boteco”, que comercializa

²⁵⁵ Ibidem, p. 58.

²⁵⁶ Ibidem, p. 59.

²⁵⁷ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 1459, 24 jun. 1949.

²⁵⁸ Idem.

bebidas alcoólicas. Alguns pacientes, hoje com livre acesso aos arredores do hospital, fazem pequenas compras ali.

A relação dos pacientes com essa comunidade sempre foi tranqüila²⁵⁹. Os doentes não eram temidos por seus vizinhos, e isso contribuía para acobertar as pequenas escapadas que davam para beber. Isso pode ser verificado em prontuários e entrevistas. Alguns dos alcoólatras que se evadiam para beber eram encontrados embriagados nas proximidades da Colônia²⁶⁰. Familiares relatam que o parente internado para desintoxicação bebia, inclusive dentro do hospital²⁶¹. A bebida era vendida nos bares próximos da instituição e nem sempre era consumida pelo doente no local, podendo ser levada às escondidas para dentro da instituição²⁶².

As facilidades de se obter bebidas alcoólicas e a tolerância à droga antiálcool eram os principais inimigos da desintoxicação. Os outros medicamentos utilizados no “tratamento espírituoso” serviam de paliativo no combate ao alcoolismo. É o caso dos purgativos.

A administração de um purgativo tinha como finalidade fazer o paciente liberar a maior quantidade possível de álcool antes que este chegasse ao fígado. Pequenas proporções de álcool são eliminadas sem alteração pela saliva, pelo hálito, pelo suor, pela urina e até mesmo pela secreção láctea²⁶³. Mas o fígado é o órgão que se sobrecarrega com o consumo exagerado de bebidas, pois nele ocorre a oxidação do álcool²⁶⁴.

²⁵⁹ MARQUES. op.cit.p.56.

²⁶⁰ Prontuários n. 1551, 1459, 2056, 1686, 1391, 1500, 2560.

²⁶¹ MEDEIROS, op.cit., p.11.

²⁶² Idem.

²⁶³ FUNÇÕES do fígado. Disponível em: < <http://www.consulteme.com.br/biologia/corpo-humano/funfigf.htm>.> Acesso em 13.01.2007.

²⁶⁴ A oxidação do álcool no fígado ocorre por ação de uma enzima, a nicotinamida (vitamina do complexo B). A ação de oxidar equivale à de queimar e envolve a liberação de energia. Da ação da nicotinamida resulta a formação ou liberação de aldeído (substância formada pela combinação incompleta de álcoois com oxigênio) acético (com as propriedades características do vinagre). Parte desse aldeído acético transforma-se em ácido acético; outra parte é transformada em um subproduto que se combina com o ácido glicurônico presente no fígado, para desta forma alcançar condições de solubilidade que lhe permitam ser excretado na urina. (Ibid.)

Calcula-se que a capacidade de oxidação do indivíduo seja proporcional ao seu peso corpóreo e, conseqüentemente, ao tamanho do seu fígado²⁶⁵. Mas as “lavagens” que os purgativos proporcionavam pouquíssimo resultado obtinham, pois o álcool consegue atravessar as paredes do tubo digestivo mesmo sem ter sido digerido. Essa característica é que confere certa propriedade alimentícia de aproveitamento imediato às bebidas. O álcool possui em si uma grande quantidade de energia (sete calorias por grama) que as células utilizam tão logo o obtenham²⁶⁶.

Comparando o corpo humano a um carro, o álcool seria um combustível tão potente que estragaria o motor, pois forçaria e desgastaria suas peças devido ao excesso de atividade. Outro inconveniente do álcool é não ser utilizado no trabalho muscular, o que dificulta sua eliminação do organismo²⁶⁷.

Numa tentativa de fazer o paciente eliminar o álcool do organismo com maior rapidez, administrava-se uma injeção de glicose. Essa substância favoreceria a oxidação do álcool, pois, durante esse processo a síntese de glicose, que também ocorre no fígado, ficaria prejudicada. Diminuída a quantidade de glicose no organismo, ocorreria a hipoglicemia, que poderia produzir muitos dos comportamentos associados à intoxicação alcoólica: agitação, julgamento diminuto, andar trôpego, entre outros²⁶⁸.

Os efeitos do álcool dependem da concentração dessa substância no sangue e são medidos em gramas por litro. Acima de 5,00 g/l, o indivíduo encontra-se em embriaguez profunda, podendo ocorrer o coma alcoólico, o qual caracteriza um estado tão grave que pode levar à morte²⁶⁹.

²⁶⁵ Idem.

²⁶⁶ Idem.

²⁶⁷ Idem.

²⁶⁸ Idem.

²⁶⁹ Idem.

Outro medicamento utilizado pelos médicos da Colônia Santana para tentar acelerar a oxidação do álcool e aliviar a sobrecarga imposta ao fígado pelo consumo excessivo de bebidas era a vitamina B. As vitaminas do complexo B, como é o caso da tiamina (vitamina B1), além de poderem ativar a oxidação, são responsáveis, pelo processamento dos carboidratos, das gorduras e do álcool.

A carga excessiva sobre células hepáticas prejudica o fígado mais indiretamente do que diretamente. Isso ocorre porque as deficiências alimentares típicas do alcoolismo cortam o fornecimento de aminoácidos e vitaminas essenciais para que o órgão possa trabalhar. A carência dessas substâncias hepatoprotetoras, com o tempo, dá origem a lesões que podem conduzir à cirrose hepática²⁷⁰.

O abuso crônico de álcool também pode gerar uma deficiência de vitamina B que causa a doença conhecida como beribéri²⁷¹. Por beberem em excesso, os dependentes se alimentam mal ou, nos casos mais graves, nem se alimentavam. Os sintomas da doença aparecem após meses de carência da substância e se caracterizam por dormência nas pernas, fraqueza e dificuldade para andar, falta de apetite e emagrecimento. A administração de vitamina B tinha como função restabelecer a dosagem de tiamina no organismo.

Os últimos medicamentos que faziam parte do “tratamento espiritual” eram os Brometos, que atuam como depressores do sistema nervoso central, ocasionando

²⁷⁰ A cirrose hepática é uma doença caracterizada pela necrose das células hepáticas, que morrem por não poder dar conta do trabalho excessivo a elas imposto pelo abuso de álcool. Na cirrose, larga extensão do parênquima hepático adquire consistência fibrosa o que causa deficiência das funções do órgão.

²⁷¹ A palavra “beribéri” veio do cingalês, língua do antigo Ceilão, atual Sri-Lanka, e significa fraqueza extrema. As populações mais sujeitas à doença são as mal nutridas por motivos de pobreza e os alcoólicos. A vitamina B1, tiamina, está presente em muitos alimentos, como cereais integrais, amendoim, trigo, arroz, batata, peixes, carne suína, fígado, nozes, verduras. A doença beribéri, se não tratada, pode atingir o coração e o cérebro. No primeiro caso, danifica o miocárdio, levando à insuficiência do órgão. No cérebro, provoca atrofia dos tecidos, perda de energia, falta de memória e até mesmo demência. Nos casos mais simples, basta consumir alimentos ricos na substância por alguns dias que a doença começa a desaparecer. Quando os doentes estão mais debilitados são necessários internação para receber suplementação de vitamina B1 e cuidados para evitar o óbito.

sensações de esmorecimento, astenia e sono²⁷². Por serem altamente tóxicos, foram suplantados na terapêutica moderna. Porém, na época de que trata esta pesquisa, eram largamente utilizados.

O brometo foi o primeiro fármaco eficaz utilizado para tratamento da epilepsia e, nos casos de alcoolismo, atuava como um calmante no período de abstinência²⁷³. Seus severos efeitos adversos podiam causar cefaléia, delírios, alucinações, demência e, mais raramente, coma²⁷⁴. Em alguns prontuários de pacientes submetidos ao tratamento com brometos, encontramos queixas de fortes dores de cabeça²⁷⁵ e sintomas similares aos causados pela toxicidade desses medicamentos²⁷⁶. As anotações médicas interpretam esses efeitos como provenientes da evolução do próprio alcoolismo, e a recomendação passava a ser o “tratamento apaixonado”²⁷⁷.

4.2 O TRATAMENTO APAIXONADO

A diferença do “tratamento apaixonado” em relação ao descrito anteriormente está no fato de que, mesmo sendo mantido o diagnóstico de alcoolismo, os pacientes eram submetidos a outros procedimentos além da ingestão dos fármacos examinados.

O caso de Q.M. é um exemplo do que estamos tratando. Aos 28 anos, Q.M.²⁷⁸ foi internado na Colônia Santana queixando-se de nervosismo e fraqueza geral. O paciente admitiu abusar de bebidas alcoólicas, o que o levou a abandonar o trabalho,

²⁷² RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. *Resolução SMS n.80, de 16 de novembro de 1977*. Disponível em :< <http://www.saude.rio.j.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms80.doc>> Acesso em 13. 01.2007.

²⁷³ Idem.

²⁷⁴ Idem.

²⁷⁵ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 1551, 11 nov. 1949.

²⁷⁶ Nos prontuários n. 1459, n. 3055 e n. 3251, relata-se que os pacientes começaram a apresentar alucinações depois de ter sido iniciado o tratamento.

²⁷⁷ A loucura, durante muito tempo, foi compreendida como sendo causado pelo excesso de paixão. Para Pinel, o louco era o indivíduo que se entregava às paixões sem limites (ódio, raiva, amor). No próprio dicionário Aurélio o louco é definido como dominado por uma paixão intensa, apaixonado. Então, o tratamento apaixonado visava não apenas a livrar o indivíduo do vício alcoólico, mas principalmente a curá-lo de alguma moléstia mental.

²⁷⁸ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 1666, 06 jun. 1950.

tendo sido expulso do Exército. Sua conduta foi descrita como extravagante, visto que brigava com a família por qualquer motivo que o contrariasse. No primeiro mês de convivência no hospital, trabalhou regularmente, e seu comportamento, segundo o médico, não revelou distúrbios psíquicos dignos de nota. A próxima anotação, do dia 29 de julho de 1951, revela que Q.M. abusou de uma doente. Sua conduta foi classificada como péssima e lhe foi prescrito eletrochoque.

O eletrochoque foi desenvolvido pelos italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini em 1937. Eles já conheciam as convulsões epiléticas provocadas pelo Cardiazol (ou Metrazol), responsáveis pelas melhoras nos casos graves de psicoses²⁷⁹. O uso de choque elétrico para provocar convulsões seria mais seguro, uma vez que a eletricidade poderia ser controlada. Testes foram feitos em cães para determinar o nível de voltagem seguro para o coração e o cérebro humanos suportarem. Rapidamente, o novo processo se popularizou por seus efeitos e custos²⁸⁰.

O aparelho de eletrochoque²⁸¹ era relativamente pequeno, tinha o tamanho de uma valise e podia ser transportado com facilidade. O doente submetido a uma aplicação de choque elétrico foi descrito por Valmir A. Silva da seguinte maneira: “110 volts, no espaço de 50 segundos, no corpo humano. Há convulsão total. O corpo recurva-se, estica-se, os olhos giram agitadamente nas órbitas. O rosto molha-se, o suor escorre abundantemente, a garganta e o tórax avermelham-se. Após 60 segundos, o enfermo é colocado numa maca, apresentando uma coloração azul. Parece até uma chama de gás”²⁸².

Descontando o tom debochado do autor ao se referir à cor final de um paciente submetido ao eletrochoque, a descrição do processo mostrasse bem semelhante às

²⁷⁹ SILVA, Valmir Adamor. **A história da loucura**: em busca da saúde mental. Rio de Janeiro: Ediouro, 1979, p. 196.

²⁸⁰ Idem.

²⁸¹ Existe um aparelho ainda funcional exposto no museu da Colônia Santana.

²⁸² SILVA.op.cit.p.200.

observadas em filmes e entrevistas²⁸³. O tratamento com eletrochoque constituía em uma série de aplicações feitas, conforme o caso, uma ou duas vezes por semana, que podiam se estender por várias semanas. A suspensão das aplicações dependia muito mais da remissão do quadro mental do que do término da série prescrita.

No caso de Q.M., sua conduta melhorou após o eletrochoque e ele obteve a primeira de suas cinco altas. O paciente, diagnosticado como alcoolista crônico, seguidamente entrou e saiu da Colônia Santana durante 22 anos. Em sua terceira internação, foi conduzido pela Polícia de Blumenau após ficar detido na cadeia local. Segundo a transcrição das informações que forneceu no ato da entrada no hospital, “vinha fazendo uso de bebidas alcoólicas e estava ameaçado de detenção. Estava alcoolizado no mercado municipal quando desrespeitou o fiscal do mesmo e foi encarcerado com ordem de prisão preventiva. Foi requerido exame mental e encaminhado à Colônia”²⁸⁴.

Durante a consulta, conforme anotações do médico, Q.M. mostrava-se “calmo, lúcido e orientado a si e auto psiquicamente. Não denotamos no mesmo nenhuma perturbação do psiquismo. Não faz referência a queixas clínicas nem mental”²⁸⁵. Ele foi internado para observação. Durante dois meses, demonstrou bom comportamento, mas logo sua conduta voltou a ser repreendida e, dessa vez, foi colocado no isolamento. Em vários momentos, o médico apenas redige que o paciente possuía um desvio de conduta, mas, em uma determinada anotação (18 de dezembro de 1963), deixa claro que esse desvio estava associado à atitude do paciente em relação às mulheres e escreve no prontuário a palavra “exibicionista”.

²⁸³ A aplicação de eletrochoque pode ser vista em filmes como *o Bicho de sete cabeças* e *A cova da serpente*. Além dessas descrições cinematográficas, a entrevista de Pepé contém uma parte em que ele menciona ter ajudado no eletrochoque da Colônia Santana e descreve o efeito da terapia nos pacientes.

²⁸⁴ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 1666, 06 jun. 1950.

²⁸⁵ Idem

A próxima notícia que temos de Q. M. é que ele havia terminado a série de eletrochoques e apresentava boa remissão do quadro psíquico. Comparando esse caso com outros prontuários com diagnóstico de esquizofrenia, nos quais também era prescrito o choque elétrico, notamos a ausência de sintomas que justificassem o emprego desse procedimento²⁸⁶. O próprio médico afirmava que Q.M. não demonstrava nenhuma perturbação psíquica quando foi internado. Ele era um alcoólatra que havia perturbado a ordem pública da cidade onde morava. Mas também era um homem jovem sem problemas mentais que, vivendo dentro de um hospício, causava problemas por “assediar as pacientes”.

Em alguns casos, a repreensão dava-se mais pela conduta moral do que pela clínica, ou seja, o eletrochoque parece ter sido indicado para frear os impulsos sedutores de Q.M, e não porque este estivesse acometido de doença mental.

Outro caso em que a conduta moral do paciente parece ter determinado o tratamento aparece no prontuário 2560²⁸⁷. L.G.L.E. foi internado com 21 anos de idade devido a seus hábitos etílicos. O paciente informou que bebia uma garrafa de aguardente por dia. O médico anotou que, no momento do exame, o doente estava lúcido, calmo e bem orientado²⁸⁸, e que seu pensamento não apresentava alterações de curso, objetivo ou ritmo²⁸⁹. O futuro interno havia respondido sem dificuldades as perguntas do interrogatório, mostrando, conforme as palavras do médico, que sua atenção, memória e percepção não apresentavam distúrbios primários, e que sua inteligência se revelava normal²⁹⁰.

²⁸⁶ Q.M. não apresentava solilóquios, alucinações visuais e auditivas, depressão, idéias de suicídio e perseguição ou qualquer outro sintoma presente nos casos de esquizofrenia e depressão.

²⁸⁷ Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 2560, 01 de jan. 1952.

²⁸⁸ Idem.

²⁸⁹ Idem.

²⁹⁰ Idem.

O que chamou a atenção do médico foi “a história pregressa do paciente”²⁹¹, que “sempre fora dado a uma vida sem objetivos certos, embriagando-se e abandonando o trabalho, o que o levou a atitudes anti-sociais, tais como: o furto, tendência a crimes sexuais ou a criminalidade”.²⁹² As informações no prontuário mostram que L.G.L.E. provinha de uma família com recursos, pois seu pai possuía um escritório no qual o doente às vezes trabalhava. O paciente era filho único e estudara até o nível secundário, mas havia abandonado os estudos e se casou aos 18 anos. Sua vida sexual foi questionada durante o exame. O homem afirmou ter tido relações sexuais desde os 15 anos e ter contraído blenorragia e cancro duro²⁹³.

Algo que não era comum nos prontuários e que neste aparece é que o médico redige uma conclusão antes de determinar o tratamento: “os constantes desvios da conduta, a falta de interesse por uma vida dentro do padrão da normalidade, a incompreensão dos problemas que constantemente criava levam a admitir que seja o paciente personalidade psicótica”²⁹⁴.

Quais seriam os padrões de uma vida “dentro da normalidade” para um rapaz de 21 anos na década de 50? Estudar, trabalhar e casar? Se fosse esse o esperado, L.G.L.E. desrespeitava a norma, pois parara de estudar, havia perdido todos os seus bens e estava separado da mulher por incompatibilidade de gênio e vício²⁹⁵. O vício no álcool foi a causa de todas as suas internações, e, durante o tempo em que permaneceu internado, fugia para beber. Não consta em seu prontuário nenhuma anotação que demonstre que tivesse afetadas suas faculdades mentais.

²⁹¹ Idem.

²⁹² Idem.

²⁹³ Idem.

²⁹⁴ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 2560, 01 jan. 1952.

²⁹⁵ Idem.

Os sintomas que apresentou foram todos compatíveis com intoxicação etílica²⁹⁶. O motivo que determinou que esse paciente fosse submetido ao “tratamento apaixonado” parece ter sido muito mais seu estilo de vida do que sua doença.

O médico anotou que o paciente tinha “tendência” a crimes sexuais e à criminalidade, mas não acrescentou nenhum dado que pudesse corroborar com essa informação. Diferentemente de Q.M., a presença de mulheres não parece ter interferido em suas ações, pois não encontramos menção a seu envolvimento com as internas. Novamente nos parece que a administração de eletrochoque, nesse caso, está ligada a uma conduta inaceitável moralmente, ou seja, entende-se que um jovem, com recursos intelectuais e financeiros entregando-se a uma vida sem objetivos deveria ter problema mental. O vício no álcool, parece ter ficando em segundo plano.

A utilização do “tratamento apaixonante” em alcoólatras nem sempre estava associada ao comportamento fora dos padrões morais da época. Em vários casos, o paciente era internado para tratamento de alcoolismo crônico e, no decorrer das internações, notamos uma mudança em seu diagnóstico. Esse é o caso de P.R.²⁹⁷, 45 anos, casado, guarda-livros.

Sua primeira internação foi para tratamento de alcoolismo, pois há 10 anos vinha abusando de bebidas alcoólicas. Não dormia bem e alimentava-se mal. Durante o tratamento, burlou a segurança do hospital para beber, mas com o tempo seguiu a rotina hospitalar e obteve alta. P.R. foi reinternado mais três vezes apresentando os mesmos sintomas de intoxicação etílica, porém, na quarta reinternação, seu comportamento mudou. Ele não foi conduzido ao hospital por estar se embriagando,

²⁹⁶ Consta no prontuário que: “Dia 07.05.58 regressou ao hospital por motivo de bebidas alcoólicas. Apresenta-se ao exame com *delirium tremens*”. Dia 21.05.58 regressou após 2 dias de alta com visíveis sintomas de embriaguez e escoriações no rosto provenientes de queda. Dia 21.08.58 conseguiu retirar-se do hospital, ingerindo bebidas alcoólicas. Dia 16.06.60 reinternou-se apresentando-se em quadro de intoxicação etílica”.

²⁹⁷ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 1459, 24 jun. 1949.

e sim por seu crescente isolamento. O médico escreveu em seu prontuário que “além do alcoolismo o paciente parece ter ficado maníaco-depressivo”²⁹⁸.

Os sintomas foram se modificando ao longo das reinternações: o paciente passou da depressão para a esquizofrenia, apresentando agitação psicomotora, logorréia, riso imotivado, solilóquios e mania de perseguição. As aplicações de eletrochoque foram suspensas e ele passou a fazer insulino-terapia.

O tratamento com insulina foi desenvolvido pelo médico alemão Manfred Sakel para tratamento de toxicômanos. Em 1927, Sakel utilizou-o em esquizofrênicos, pois a insulina produzia dois tipos de choque: o coma, que foi chamado “choque úmido”, porque o doente transpira e saliva profundamente, e o “choque seco”, o tipo epilético de reação. Em 90% dos casos os pacientes caíam em coma. Ao retornar do coma, muitos apresentavam melhoras no psiquismo. A. Silva nos dá uma descrição do processo da insulino-terapia observado pela Dr.^a Marie Ray em uma clínica americana.²⁹⁹

Anderson está com uma camisa de força. Com dificuldade deitam-no sobre a cama, cingem-lhe os ombros com um lençol que amarram à cabeceira; passam outro pelos tornozelos e o amarram aos pés da cama; um terceiro, em torno das coxas. O médico dá a injeção de insulina. Em breve, Anderson se aquieta. Dentro de uma hora mostra-se muito sonolento. Em três horas está mergulhado em coma profundo. Seus olhos continuam abertos, mas ele nada vê. O médico passa a mão rapidamente diante dos olhos dele, mas as pálpebras não tremem. Toca o globo ocular e as pálpebras ainda não reagem. A última reação aos estímulos exteriores desapareceu. Está perto da morte. Mais perto eles não ousam permitir-lhe chegar. Agora vamos trazê-lo de volta – diz o doutor. [...] Quando o açúcar atinge a corrente sangüínea, Anderson retorna da morte. A mudança é evidente no palpar das pálpebras, no desvanecimento, na cessação do fluxo de saliva. Ele retorna, não lentamente como foi, mas rapidamente, em quinze minutos.³⁰⁰

A descrição do processo de insulino-terapia continua com o acordar do paciente. Enquanto o observavam, sobrevieram-lhe violentas contrações do

²⁹⁸ INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 1459, 24 jun. 1949.

²⁹⁹ SILVA, op.cit., p. 191.

³⁰⁰ Ibidem, p. 191-192.

diafragma, produzindo fortes emissões de ar. Seu corpo começou a rolar na cama, e seus braços se erguiam num movimento rítmico³⁰¹. Esses movimentos cessaram abruptamente e o médico começou a chamar o paciente pelo nome. “Os olhos do homem focam lentamente o rosto do médico. Nessa altura começa a sua penosa tentativa de articular as palavras. É um esforço doloroso, supra-humano, em que idéias são concatenadas com muita dificuldade”³⁰².

Assim como o pressuposto para a utilização do choque elétrico seria seu poder de reorganizar o estado mental dos pacientes, trazendo-os para a normalidade, os defensores da insulino-terapia apregoavam que a proximidade da morte através de um coma induzido teria os mesmo efeitos. Mas, em alguns casos, o retorno do paciente do coma não se dava de forma tranqüila, o que transformava o processo em algo muito perigoso.

Outro procedimento empregado no tratamento apaixonado era a convulsoterapia pelo cardiazol (ou metrazol). A substância foi aplicada em 1933 em esquizofrênicos pelo médico Ladislav Von Meduna³⁰³. Seus resultados positivos logo fizeram com que essa terapia fosse adotada amplamente, porém, seus efeitos colaterais sobre os pacientes eram severos. O emprego do cardiazol influenciou a descoberta de uma forma mais estável, menos prejudicial e mais efetiva de convulsoterapia, que foi o eletrochoque³⁰⁴. Porém, na Colônia Santana, esses dois métodos foram utilizados conjuntamente até o início da década de 50. Sobre a aplicação de cardiazol, temos o relato de um psiquiatra que trabalhou no Hospício

³⁰¹ Idem.

³⁰² Ibidem, p. 194.

³⁰³ Após inúmeras experiências, o médico húngaro Ladislav Von Meduna, conseguiu um choque convulsivo rápido e infalível utilizando o metrazol. Ele já havia tentado óleo canforado, estriçnina, tebaína e pilocarpina, sem obter resultados satisfatórios. Ocorreu-lhe utilizar o metrazol por via intravenosa, e assim obteve o ataque convulsivo e a crise epilética incontinente. Com esse processo conseguiu um tratamento mais rápido, com melhoras sensíveis e até curas. A teoria se fundamentava no seguinte: sendo a esquizofrenia e a epilepsia doenças adversas, pretendia-se com a crise epilética expulsar a esquizofrenia. Como prova do seu processo, Meduna apresentou um relatório com 110 casos, dos quais 54 obtiveram alta. (SILVA, Ibidem, p. 191).

³⁰⁴ SABBATINI, Renato M. E. Ladislav von Medina: uma breve biografia. Disponível em <www.cerebromente.org.br/n04/historia/meduna.htm> Acesso em 15. 01.2007.

São Pedro em Porto Alegre, nos anos 30. Ele descreve o emprego do cardiazol da seguinte maneira:

Então, em relação ao cardiazol havia o problema daquela tremenda angústia desencadeada no paciente pela injeção de cardiazol, uma agitação. E não era raro. Eu, estando na minha enfermaria, que era enorme, com quarenta e oito leitos – um trabalho terrível (ênfase). Mas eu estar trabalhado e de repente vinha um doente correndo e atrás dele dois, três ou quatro enfermeiros, que conseguiam apanhá-lo e jogá-lo sobre a cama. E aquele que estava com a injeção de cardiazol, o apanhava, arranjavam o braço e faziam a injeção. E o doente protestando, etc. E, ele tinha então a crise de convulsão.³⁰⁵

As experiências de outros hospitais psiquiátricos não diferiam muito do que ocorria na Colônia Santana, pois existia uma grande rejeição por parte dos pacientes aos métodos usados no “tratamento apaixonado”. Os processos envolvendo insulino-terapia, convulsoterapia pelo cardiazol ou eletrochoque provocavam uma recusa maior devido aos efeitos que causavam. Pelas descrições do emprego desses três terapias, verificamos que os métodos eram bastante violentos. Eram agressivos ao indivíduo, e não só fisicamente, pois, além das sensações corporais a que o paciente era submetido nas aplicações, existia a pressão mental.

Tomemos como exemplo uma sala de espera de um consultório dentário. Vindos de dentro da sala, ouvem-se os ruídos do motor ligado e gritos apavorantes. De repente, o barulho cessa. A porta se abre e chamam o próximo nome. A pessoa chamada diz que mudou de idéia, está com pressa, virá outro dia. Mas alguém a segura pelo braço e a conduz para dentro do consultório. O barulho do motor recomeça, e com ele, os gritos. Minutos depois, novamente o silêncio. A porta reabre e chamam outro nome. O mais provável é que não existisse mais ninguém na sala esperando para ser atendido por esse dentista. A angústia e a imaginação já haviam criado sofrimento antes mesmo de o indivíduo sentar na cadeira do médico. Isso

³⁰⁵ KIRSCHBAUM, op cit., p. 22.

ocorria com a convulsoterapia, principalmente com o eletrochoque, que foi o mais utilizado.

Os pacientes, antes mesmo de serem submetidos a esse tratamento, viam e ouviam seus efeitos. Em alguns casos, estavam impotentes perante as aplicações, pois, mesmo que não concordassem em cooperar, o procedimento de choque elétrico seria realizado³⁰⁶.

Para finalizar a análise do “tratamento apaixonado”, vamos descrever o uso do Amplictil (Cloridrato de clorpromazina), o primeiro antipsicótico a ser utilizado na Colônia Santana. As palavras do Dr. Bertelli esclarecem a importância desse medicamento: “nos não tínhamos antidepressivos. Hoje tem mais de 50 tipos de antidepressivos. A psiquiatria só tinha um, que era o Amplictil, hoje tem mais de vinte!”³⁰⁷. Esse remédio possui uma ação estabilizadora do sistema nervoso central e periférico e uma ação seletiva sobre o SNC, permitindo, assim, o controle dos mais variados tipos de excitação, perturbações mentais e emocionais, além de ter propriedades neurolépticas, vagolíticas, simpatológicas, sedativas e antieméticas.

O Amplictil foi por muito tempo o único medicamento disponível para tratar depressão, quadros psiquiátricos agudos, ansiedade e agitação. Muitos desses sintomas eram compatíveis com casos de intoxicação etílica. O medicamento era prescrito aos pacientes alcoólicos durante a internação. Porém, existe uma séria contra-indicação ao seu uso concomitante com álcool, pois os efeitos sedativos dos neurolépticos são acentuados pela bebida. Como referimos anteriormente, beber na Colônia durante o período de internação não era feito incomum. Então, caso o

³⁰⁶ Nas entrevistas, realizadas para esta dissertação com ex-pacientes, relataram-nos que se usava o auxílio de internos na aplicação de insulina e eletrochoque. Para esses tratamentos era necessária a presença de quatro ou cinco homens para segurar o internos, não apenas pelas contrações que se sucederiam, mas principalmente pela luta que alguns travavam ao recusar o procedimento.

³⁰⁷ BERTELLI, João Haroldo. **Entrevista concedida a Renata Palandri Sigolo**, 13 de set. de 2000. Disponível no Laboratório de História, Saúde e Sociedade do Departamento de História da UFSC. O entrevistado foi diretor da Colônia Santana.

paciente em tratamento com Amplictil ingerisse qualquer produto contendo etanol, o efeito seria duplamente anestésico, podendo causar sérios riscos a sua integridade física. Pois, sob o efeito de duas drogas, o indivíduo entraria num estado de torpor no qual perderia a capacidade de discernir o que estava à sua volta.

Ficar “viajando” não era de todo desagradável aos pacientes alcoólicos; pelo contrário em alguns casos, os pacientes se utilizavam de táticas para conseguir acesso ao armário de remédios.

4.3 VIVENDO E APRENDENDO

J.D.³⁰⁸ descreve a vida dentro da Colônia Santana da seguinte forma: “ao chegar alcoolizado na Colônia, o sujeito ia para o quinto³⁰⁹. E lá ficava, quatro dias, cinco dias, em cela fechada mesmo! Ficava preso, lá dentro daquela cela fechada, igual à penitenciária, trancado. Depois podia sair e ir para uma das enfermarias”³¹⁰.

Segundo Goffman, após a admissão do indivíduo em uma instituição total, começam os processos de mortificação do eu, ou seja, o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo, e imediatamente começa uma série de rebaixamentos, humilhações e profanações do seu eu³¹¹. Para os alcoólatras, a primeira humilhação era ser colocado no “quinto”. Nessa cela, eles ficavam expostos, podendo ser vistos e ouvidos por quem passasse, ainda que esses fossem apenas colegas de internamento.

A outra forma de mortificação era o inventário dos bens pessoais trazidos pelo doente no momento da internação.

³⁰⁸ Em entrevista concedida a mestranda Elisa Paula Marques em 26 de maio de 2006. O entrevistado por pertencer aos Alcoólicos Anônimos solicitou que apenas as iniciais de seu nome aparecessem nesta dissertação. A autorização da entrevista e sua transcrição serão doadas ao LABHISS.

³⁰⁹ Quinto é o nome que, segundo J.D., os pacientes davam à cela destinada à desintoxicação.

³¹⁰ J.D. op.cit.p.03.

³¹¹ GOFFMAN, op.cit., p. 24.

Ao ser admitido em uma instituição total é muito provável que o indivíduo seja despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca desfiguração pessoal. Roupas, pentes, agulha e linha, cosméticos, toalhas, sabão, aparelho de barba, recursos de banho – tudo isso pode ser tirado dele ou a ele negado, embora alguns possam ser guardados em armários inacessíveis, para serem devolvidos se e quando sair³¹².

Para os alcoólatras, a perda da “roupa civil” era um grande inconveniente, não apenas pelo fato de que o material que a instituição dava como substituto para a roupa que lhes era retirada ser geralmente “barato”, mal-ajustado e velho, mas porque o uniforme os denunciava como pacientes da Colônia e podia ser um empecilho nas escapadas para beber. J.D. comenta que

Antes na Colônia Santana tinha uniforme para nós usarmos. Mas nós manipulávamos, a freira, o próprio atendente pra nós usarmos a nossa própria roupa. Pra não ser identificado na rua. A gente dava um jeito! Ai sempre tinha um, por exemplo, hoje eu não podia sair, o outro não podia sair, mas saia um. Ai o que nos bolemos: cortar uma bananeira, tirar o miolo, enfiar um litro de cachaça e jogar pelo rio abaixo. Outro ficava lá pescando. Ou num canudo de bambu, amarrava lá um litrão e vinha pelo rio abaixo e nos pegávamos.³¹³

Pela fala citada, notamos que, embora na Colônia Santana existissem processos de mortificação do eu, como a perda das roupas usuais, os pacientes alcoólatras desenvolveram maneiras de burlá-los. Após a desintoxicação, conseguiam com facilidade autorização para não usarem o uniforme da instituição. Com isso, desenvolveram técnicas que permitiam a continuidade de aspectos importantes de suas vidas, como beber. Mas essa era apenas uma das formas encontradas pelos pacientes para manterem certa autonomia.

O processo de mortificação, de acordo com Goffman, inclui a obrigatoriedade de comer o alimento, por menos agradável que este seja.³¹⁴ Também nessa situação os internos alcoólicos conseguiam driblar as regras da casa. J.D. comenta que “na Colônia Santana, chegava lá, fazia a desintoxicação ia ajudar os atendentes. Uma que

³¹² Ibidem, p. 28-29.

³¹³ J.D. op.cit., p. 04.

³¹⁴ GOFFMAN, Ibidem, p. 34.

era pra mim comer a comida dos funcionários e pra ter chance de pegar os medicamentos dentro do armário”³¹⁵.

A comida dos pacientes foi descrita por J.D. como “lavagem”, não tanto pelo gosto, mas pelo aspecto: cheia de molho, feita para ser comida de colher e não com garfo. A comida dos funcionários, nas palavras desse entrevistado, era mais “arregada”, mais sequinha, além de ser servida mais tarde³¹⁶.

O que notamos nas entrevistas com ex-pacientes é que, ao mesmo tempo em que se desenvolvia o processo de mortificação, os internos instruía-se no que Goffman chamou de “sistema de privilégios”. Esse sistema, segundo o autor, é encontrado em todas as instituições totais. Ele torna-se o responsável pela reorganização pessoal do indivíduo, uma vez que, durante o período de permanência na instituição, seu eu civil é abalado pelos processos de despojamento³¹⁷.

Notamos que, novamente, aparece o trabalho como meio de distinção e obtenção de privilégios. Quem “ajudava”, além de poder comer a comida dos funcionários, considerada “melhor” pelos pacientes, podia ter acesso ao armário de medicamentos. Esse último item tornava-se importante, pois alguns medicamentos, como Neozine, podiam ser usados como moeda. J.D. esclarece que alguns pacientes apreciavam o efeito sedativo que tinham certos remédios ingeridos com álcool.

Um grande privilégio dado aos alcoólatras que “ajudavam” era poder jantar na cidade. Com autorização do próprio médico ou da assistente social, alguns “ajudantes” saíam certas noites, com a desculpa de estarem cansados da comida do hospital. Voltavam sempre embriagados, pois o jantar havia sido desfrutado no “boteco” mais próximo. Esse privilégio foi abolido devido aos transtornos que

³¹⁵ J.D. op.cit., p. 05.

³¹⁶ Segundo J.D., o almoço dos pacientes era servido às 10 horas da manhã.

³¹⁷ GOFFMAN, op.cit., p. 50.

causava³¹⁸. Outra permissão especial concedida aos “ajudantes” era a permissão de receber suas visitas fora do horário estipulado pelo hospital e poder passear com elas no pátio externo³¹⁹.

Trabalhar, embora garantisse uma internação mais confortável, não isentava o paciente de cumprir seu próprio tratamento. J.D., mesmo tendo auxiliado os atendentes inclusive na aplicação de eletrochoque descreve seu terror ao ser submetido à insulino terapia.

O médico não passava pra nós qual o tratamento que iria fazer. Nós íamos no consultório, eles olhavam, escreviam, chegava a hora tinha que tomar. A gente sabia o que era porque via os outros lá, amarrados em cima de uma cama. Eles chegavam, pegavam, davam uma gravata pelo pescoço, dominavam, amarravam e pronto. Na minha vez foi muito desespero, achei que não voltava mais, porque era aquele tremor, suor. Ali foi terrível, um tratamento que nem gosto de lembrar!

A maneira como eram aplicados o eletrochoque e a insulino terapia fazia com que muitos pacientes associassem o tratamento a um castigo, algo que era aplicado mais para torturá-los do que para curá-los de uma doença.

Para Goffman a perda de um sentido de segurança pessoal é comum, nas instituições totais e constitui um fundamento para angústias quanto ao desfiguramento.³²⁰ “Pancadas, terapias de choque, em hospitais para doentes mentais— qualquer que seja o objetivo da equipe diretora ao dar tais serviços para os internos – podem levar estes últimos a sentirem que estão num ambiente que não garante sua integridade física”.³²¹

A visão do tratamento como castigo se dava não apenas pela observação dos processos utilizados na insulino terapia e no eletrochoque, mas também pela fala de alguns médicos. Sendo a reinternação de alcoólicos algo muito comum, assim como a falta de garantias de que fora da Colônia o indivíduo fosse continuar abstinente, J.D.

³¹⁸ J.D. op.cit., p. 6.

³¹⁹ Idem.

³²⁰ GOFFMAN, Ibidem, p. 29.

³²¹ Idem.

nos conta que existiam advertências aos reincidentes. “Dr. Lucio, que dizem ele era mais doido que os pacientes, ele ameaçava: se vocês voltarem aqui novamente vocês vão pro choque! Que era para ver se nós ‘parava’”³²². Embora, segundo esse ex-paciente, essas ameaças nunca tenham sido cumpridas, um certo temor pairava sobre todos os internos³²³.

Mas a vida na Colônia Santana não compreendia apenas momentos e situações sombrias. Tendo os pacientes perdido os elos com o mundo externo, era necessário fornecer-lhes meios de sociabilidade. As festas, em sua maioria com derivação religiosa, tinham esse caráter.

Celebrações por ocasião da Páscoa, de São João e do Natal envolviam os internos e eram organizadas pelas irmãs da Divina Providência. Nesses momentos, em que havia teatro, dança e música, os pacientes estabeleciam vínculos de solidariedade entre os grupos participantes da comemoração. Sendo um hospital misto, nesses momentos, a integração entre os sexos era bem-vista. No convívio diário, procurava-se evitar o contato íntimo dos pacientes do sexo feminino com os do masculino.

A vigilância para impedir o namoro, ou mais explicitamente o ato sexual, esbarrava novamente no grande número de pacientes *versus* o pequeno número de atendentes. J.D., falando sobre a convivência entre homens e mulheres, relata que

a ala era separada, mas no pátio era tudo junto. Dr. Júlio liberou tudo junto. Um maluco daqueles ou eu mesmo, gostava de uma lá, convidava e ia fazer o seu prazer. Por exemplo, eu conheci uma menina ali de Capoeiras. Na época ela tinha quatorze anos eu acho, então nós transamos muitas vezes lá dentro³²⁴.

De acordo com Goffman, em todos os estabelecimentos sociais podem surgir ligações entre os membros participantes. Essas ligações pessoais variam de um

³²² J.D. op.cit., p.6.

³²³ Idem.

³²⁴ J.D. op. cit.,p.7

simples apoio emocional até relações de namoro, com ocorrência de ato sexual³²⁵. A forma mais clara disso, segundo o autor, é o chamado “caso de escritório” ou, nos termos de hospital, “romance de manicômio”. Tais relações podem absorver grande parte do tempo dos participantes e preencher o mundo em que vivem³²⁶.

A prática de sexo não constava nos planos oficiais da instituição, mas foi uma das conseqüências da “abertura” da Colônia Santana. No final dos anos 50 do século XX, notamos uma mudança na instituição, a qual não se processou segundo os princípios da antipsiquiatria ou da luta antimanicomial, pois estes só surtiriam efeito mais de uma década depois. Essa mudança que chamo de “abertura” estava mais de acordo com o cenário político pelo qual o Brasil passava.

A criação da instituição nos anos quarenta estava de acordo com a política de Getúlio Vargas. A medicina psiquiátrica impregnada de idéias eugênicas procurava contribuir para a construção de uma nação forte sem seres degenerados. No entanto, inúmeros acontecimentos contribuíram para condenar os preceitos eugenistas, principalmente os com fundo racista:

a derrota imposta ao nazismo e ao fascismo pelos defensores das liberdades individuais e públicas, cujos valores tenderam a se universalizar, a edição da Declaração dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, com seus sucessivos e conseqüentes alargamentos de direitos e as lutas pela ampliação dos direitos civis nos Estados Unidos ao longo das décadas de 1950 e 1960.³²⁷

Mesmo que o lugar do alcoólatra ainda fosse a instituição Colônia Santana, ele não representava mais o perigo proclamado pela eugenia. O alcoolismo passou a ser visto como uma doença progressiva, incurável e fatal se o alcoolista não parasse de beber³²⁸. O avanço da doença podia ser detido, mas, se não o fosse, levaria suas

³²⁵ GOFFMAN, op.cit., p. 226.

³²⁶ Idem.

³²⁷ MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça: médicos educadores e discurso eugênico**. São Paulo: Unicamp, 1994, p. 13.

³²⁸ SILVA, op. cit., p. 12.

vítimas a doenças físicas, loucura ou morte prematura³²⁹. Diante dessa visão, o alcoólatra que era internado na Colônia não ficava mais junto com os outros pacientes. Embora não existisse uma enfermaria própria para alcoólicos, estes, ao serem hospitalizados, passaram a ser colocados em dormitórios. J.D. comenta esse fato ao falar de suas internações:

A primeira vez que eu me internei eu fui pro pavilhão sete, acho que tinha 150 pessoas, pacientes. Ai, eu me apavorei! Mas depois convivendo ali, eu descobri que a Nova Brasília era melhor. Os próprios médicos já sabiam que o nosso caso era álcool e já mandavam pra cima. Lá pra Nova Brasília. Lá já era quarto com quatro, cinco, seis camas. A primeira vez foi a mais difícil porque eu fiquei no meio do povão!³³⁰

Esse posicionamento médico de separar em dormitórios os pacientes alcoólicos dos pacientes com transtornos mentais deve ser analisado por diferentes ângulos. Primeiramente, em prontuários utilizados nesse trabalho, verificamos que a convivência dos alcoolistas com os outros internos podia representar grande transtorno, visto que há relatos de abusos, provavelmente sexuais. Mas a transferência dos internos alcoólatras para quartos não impediria esse fato, uma vez que J.D. nos conta que, no pátio, o convívio se estabelecia entre ambos os sexos. Então, esse, não parece ter sido o motivo da distinção entre os doentes. O sistema de privilégios também não explica a separação, pois só estava disponível para os pacientes que trabalhavam. Ser mandado para um quarto já no momento da internação não estava relacionado a esse sistema, visto que o novato ainda não havia se engajado em uma atividade. Um terceiro ponto, o qual nos parece mais provável, é que mesmo que claramente não tenha mudado o local e o tratamento para alcoólicos, uma nova sensibilidade sobre a doença deles foi se espalhando pela Colônia Santana.

Um indício do fato em questão seria o estabelecimento de um tempo máximo de permanência no hospital para tratamento. Nos anos quarenta do século XX, o

³²⁹ Idem.

³³⁰ Jd. op.cit.p.03

tratamento para alcoolismo, assim como o para distúrbios mentais, não oferecia uma previsão de término. Ou seja, após ser internado na instituição, o paciente não era informado se teria alta após um mês ou 25 anos.

No final dos anos 50 do século XX foi estabelecido um tempo limite de 30 dias para cada internação, o qual poderia ser estendido caso o médico julgasse necessário. Mas, não havendo qualquer incidente, o tratamento não ultrapassava esse período. Comparando o procedimento à legislação para doentes mentais, que somente nos anos 90 do mesmo século fixou em 40 dias³³¹ o tempo máximo de internação, verificamos que o alcoolismo já não era encarado como o “demônio da humanidade”.

Essa nova posição sobre o álcool pode ser visualizada na literatura brasileira.

4.4 O ÉBRIO DA VEZ...

Nos anos 30 do século XX, Monteiro Lobato escreveu **Jeca Tatu – a ressurreição**. O conto, mais conhecido como *Jeca Tatuzinho*, serviu de inspiração para uma história em quadrinhos bastante popular, que foi divulgada em todo o país através do **Almanaque do Biotônico Fontoura**. Jeca, considerado preguiçoso, bêbado e simplório, no final da história, “da a volta por cima” e transforma-se em rico fazendeiro.

A intenção de Lobato era não apenas mobilizar as elites, mas alertar e educar o povo, principal vítima das doenças. Através desse conto, nos deparamo-nos com a história de um brasileiro entregue à apatia e à bebida devido à ignorância de que seus males são doenças que podem ser tratadas. Ao procurar a ajuda médica, Jeca descobre que sofre de amarelão e, após fazer uso de remédios, trabalha com

³³¹ LOPES, Laura. Convívio ou reclusão? Em debate o fim dos manicômios e a reforma psiquiátrica. **Problemas Brasileiros**. São Paulo; mar/abr. 2003, p. 20-24.

entusiasmo e enriquece. Transformasse em mais um cidadão comprometido com o "progresso da nação".

Em 1959, Jorge Amado escreveu **A morte e a morte de Quincas Berro D'água**. Quincas, que na verdade se chamava "Joaquim Soares da Cunha, de boa família, exemplar funcionário da Mesa de Rendas Estadual, de passo medido, barba escanhoada, paletó negro de alpaca, pasta sob o braço"³³², abandonou a família. Passou a ser visto

estendido bêbado, ao sol, em plena manhã alta, nas imediações da rampa do Mercado ou sujo e maltrapilho, curvado sobre cartas sebatas no átrio da igreja do pilar ou ainda cantando com voz rouquenta na ladeira de São Miguel abraçado a negras e mulatas de má vida³³³.

A filha se perguntava como podia "um homem de cinquenta anos, abandonar a família, a casa, os hábitos de toda um vida, os conhecidos antigos, para vagabundear pelas ruas, beber nos botequins baratos, freqüentar meretrício, viver sujo e barbado, morar em infame pocilga, dormir em catre miserável?"³³⁴. O médico que forneceu o atestado de óbito, ao comparar o morto com o restante da família e saber que Quincas havia escolhido por vontade própria aquele tipo de vida, indaga se ele não era maluco. Mas outros médicos que a filha visitara anteriormente tinham sido unânimes em declarar que loucura não era. Pelo menos loucura de hospício.

Percebemos que ocorreu uma mudança no tratamento dado ao alcoolismo. Se Jeca Tatu bebia devido à ignorância e às condições sociais em que vivia, Quincas havia deixado uma vida de conforto e prosperidade para beber livremente. Nos anos 30 e 40 do século XX, fatalmente Quincas seria internado em uma instituição nos moldes da Colônia Santana, sem hesitação da parte médica. Não seria internado apenas para tratamento antialcoólico, mas também porque sua conduta moral era

³³² AMADO, Jorge. **A morte e a morte de Quincas Berro D'água**. Rio de Janeiro: Record, 1959, p. 21

³³³ Idem.

³³⁴ Ibidem, p.27.

desviante. No final dos anos 50 do mesmo século esse personagem andava livremente pelas ruas de Salvador. Era adorado como um grande sábio pelos menos afortunados.



Figura 7 - Quincas Berro D'Água

Fonte: AMADO, Jorge. A morte e a morte de Quincas Berro D'Água. Rio de Janeiro: Record, 1959.

O autor, Jorge Amado, de convicções marxistas, faz, através de seu romance, mais uma crítica à sociedade. Mas o que liberta Quincas de sua prisão burguesa não é a ideologia comunista, mas a bebida. O álcool tira suas viseiras e ele começa a enxergar a verdade de sua vida. A filha e a mulher, conforme suas palavras, eram duas “jararacas” empenhadas em ascender socialmente. Todos que o cercavam eram falsos, interesseiros e manipuladores. Ele encontra a solidariedade, o carinho e amizade apenas no convívio com os pobres e despossuídos. Quincas incomoda a família porque, bêbado, passa a apontar os defeitos e mesquinharias que nela via.

A literatura sempre acompanhou as modificações em torno dos temas. Vícios e defeitos de uma época podiam se tornar virtudes em outras. Foucault, no primeiro

capítulo de **História da loucura**, mostra como o “louco” teve diferentes interpretações ao longo da história, até ser declarado doente.

No final da Idade Média, os “loucos” ocupavam um lugar de destaque. A denúncia da loucura tornara-se a forma geral de crítica³³⁵.

Nas farsa e nas sotias a personagem do Louco, do Simplório e do Bobo assume cada vez mais importância. (...) o louco lembra a cada um sua verdade, ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisa para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos.³³⁶

Este papel também é desempenhado por Quincas, o “grande ébrio”. Todavia, o que ele desmente é um estilo de vida, o burguês. No livro, a família culpa a cachaça pela desgraça do personagem, mas o autor desenvolve o enredo de modo que, no final, a bebida parece ter sido a sua salvação.

Abandonando o posto de “fantasma da degenerescência”, ditado pela eugenia, o álcool, nesse romance, adquire um caráter mais cômico do que trágico. As transformações das imagens sobre as bebidas alcoólicas estavam ligadas as mudanças que ocorriam na sociedade brasileira. O governo de Juscelino Kubitschek acelerou a política industrializante, “progressista” e de internacionalização da economia. “Isso se refletiu nos hábitos, nas preferências, no modo de pensar e no dia-a-dia das pessoas”.³³⁷ A vitória da Copa do Mundo de 1958, na Suécia, e o segundo lugar de Martha Rocha no *Miss Universo* impulsionaram a confiança do povo em declarar o bordão “com brasileiro não há quem possa”³³⁸. Esse sentimento de otimismo pelo qual o país passava se refletiu na Colônia Santana. O alcoolismo não tinha mais o poder, anteriormente preconizado, de arrastar o país para o limbo do atraso. A doença passou a ser vista como prejudicial principalmente para o alcoólatra e, por conseguinte, para sua própria família.

³³⁵ FOUCAULT, op. cit., p. 14.

³³⁶ Idem.

³³⁷ Ver TREVISAN, Maria José. **50 anos em 5: A FIESP e o desenvolvimentismo**.

³³⁸ Idem.

No início dos anos 60, encontramos os primeiros esboços do atual modelo de tratamento para alcoolismo: a delimitação de um tempo fixo para internamento, a presença de doentes alcoólicos num mesmo quarto e o oferecimento de terapia de grupo. Essa última, de responsabilidade do Dr. Santaella, segundo J.D., dava-se em moldes parecidos com os das reuniões de A.A. O grupo era formado por pacientes toxicômanos e, nos encontros, auxiliados pelo médico, eles procuravam encontrar as razões da dependência e os meios para se manterem longe das drogas³³⁹.

Nesse período, a Colônia Santana não era mais o único hospital existente para tratar o alcoolismo. O Instituto São José passou a receber esses pacientes, mas o modelo adotado era o mesmo, ou seja, a recuperação só era vista como possível através da internação em um hospital especializado. Outra forma de ajuda aos dependentes e a seus familiares só viria a aparecer em 1967³⁴⁰, com a fundação do primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos³⁴¹ em Florianópolis. Embora não excluíssem a possibilidade de internação em casos graves, como estados de *Delírium tremens* e tentativas de suicídio, os grupos passaram a oferecer suporte emocional para que a decisão de parar de beber partisse do próprio alcoólatra.

Sem medicamentos, sem internações e principalmente sem a promessa de cura³⁴², os grupos de AA tornaram-se, ao longo dos anos, a opção mais eficiente para

³³⁹ Nos anos 60, começa a aumentar o número de internações por outras drogas, principalmente maconha.

³⁴⁰ O primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos de Santa Catarina surgiu em Blumenau em 1963, através da iniciativa de duas mulheres. Em Florianópolis, o grupo Tranquilidade foi fundado em 1967. Essas informações foram dadas pelo escritório-sede de Florianópolis, que fica na Rua Conselheiro Mafra. As informações foram concedidas em entrevista à mestranda Elisa Paula Marques, pois não existe bibliografia a respeito da fundação desses grupos. O anonimato é fundamental para os membros de AA e está presente em seu estatuto. Portanto, embora tenha conseguido permissão assinada para divulgar as informações obtidas, utilizarei apenas as iniciais dos nomes dos entrevistados.

³⁴¹ Alcoólicos Anônimos, segundo sua própria definição, é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para se tornar membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A. não existem taxas ou mensalidades. Os grupos são auto-suficientes e sobrevivem graças às contribuições de seus membros. A.A., não está ligado a nenhuma religião ou seita, nem a política ou instituições e não apóia qualquer causa. Estima-se que hoje existam cerca de 97.000 grupos e mais de 2 milhões de membros em 150 países. No Brasil, são mais de 6 mil grupos. A entidade foi fundada em 1939, nos EUA, por dois ex-alcoólatras que haviam alcançado a sobriedade ajudando outros com o mesmo problema. Alcoólicos Anônimos. JUNAAB. São Paulo, 2004.

³⁴² Para A.A. não existe ex-alcoólatra. Os membros se autodenominam “alcoólatras em recuperação” mesmo que não tenham ingerido uma gota de álcool há mais de 20 anos.

alcançar a sobriedade. O êxito dos grupos de mútua ajuda não estava relacionado ao fim das interações, mas sim à possibilidade de uma nova abordagem do problema.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atendendo aos pedidos da sociedade e dos médicos psiquiatras catarinenses, em 1942, foi inaugurada a Colônia Santana. A instituição, conforme um impresso da época analisado no segundo capítulo, era um “empreendimento monumental” que equipararia Santa Catarina aos demais Estados da federação. A expectativa em torno da criação do hospital girava em torno da previsão de que ele sanaria todos os problemas da saúde mental do Estado. No entanto, poucos anos após sua inauguração, a Colônia Santana ficou superlotada, um problema com o qual teve de conviver por décadas.

De acordo com o primeiro diretor da instituição, Dr. Agripa de Castro Faria, isso ocorreu devido à absorção, por parte da Colônia, de todos os pacientes provenientes do Asilo de Azambuja e do Hospital Oscar Schneider. Esses hospitais tinham alas reservadas para os doentes mentais e transferiram muitos internos que já estavam em suas instalações há vários anos. A permanência de pacientes crônicos teria sido um dos responsáveis pela transformação da Colônia em mais um local asilar. O excesso de pacientes, fez a estrutura física do instituto ficar “inchada”, o que acarretou a necessidade de constantes obras para comportar a demanda.

Ainda que a Colônia tivesse sido construída para abrigar 700 pacientes, na primeira década de seu funcionamento esse número já havia triplicado. Somente esse fato já poderia ser responsabilizado pela distorção do plano inicial de construção do hospício, que seria fazer as pessoas retornarem curadas para a sociedade. Antes de tratar psiquiatricamente os pacientes, urgia acomodá-los e alimentá-los. Isso por si só consumia recursos financeiros. Não que a Colônia deixasse de receber verbas do Governo, pelo contrário, durante a pesquisa, concluímos que os recursos destinados a

esse hospital eram maiores do que os de outros hospitais do Estado. O problema era que o dinheiro mostrava-se sempre insuficiente para atender ao impressionante número de pacientes que para lá eram enviados.

Por ser a Colônia Santana o único hospital psiquiátrico de Santa Catarina, todos os casos passíveis de serem ligados a doença mental eram remetidos para internação nela. Depressão pós-parto, desvios de conduta, criminosos com suspeita de transtornos mentais, órfãos e indigentes foram lá internados conjuntamente com os insanos. No rol dos internos, estavam também os pacientes alcoólicos, pois o alcoolismo era tratado pela medicina psiquiátrica como doença mental. Mas mesmo após o diagnóstico, o tratamento era ambivalente.

Para entender o posicionamento dos psiquiatras sobre esse tema, analisamos as campanhas antialcoólicas promovidas pela Liga Brasileira de Higiene Mental, iniciadas anteriormente à criação da Colônia Santana. Os psiquiatras da Liga construíram representações simbólicas sobre o alcoolismo com o propósito de combater o uso abusivo de bebidas, pois acreditavam ser essa doença um grande entrave ao desenvolvimento do país como nação. As campanhas da LBHM estavam de acordo com a política getulista, que privilegiava o trabalho como propulsor da economia. Sob a ótica do trabalho, o alcoólatra era mão-de-obra inutilizada e prejuízo para toda a sociedade.

A Cartilha da Mocidade, publicação autorizada pelo Estado Maior do Exército no ano de 1941, continha um capítulo destinado ao alcoolismo. Com imagens e um texto de caráter apocalíptico, foi distribuída para todas as escolas públicas brasileiras com o intuito de persuadir a juventude a se abster de bebidas alcoólicas.

Notamos na Cartilha e principalmente nas campanhas antialcoólicas o desejo de intervir na formação da nação. Trata-se de uma clara tentativa de construir um tipo

idealizado de trabalhador, comprometido com os ideais de patriotismo, mas principalmente capaz de formar uma prole livre de vícios e da degenerescência.

O tema da degenerescência através do alcoolismo foi ponto central do discurso antialcoólico da LBHM e, mesmo tendo sido ultrapassado pelas novas teorias médicas, seus vestígios puderam ser encontrados na fala dos primeiros diretores da Colônia Santana. Isso nos leva a concluir que o tratamento dado aos alcoólicos ficou preso ao tratamento da loucura devido a dois aspectos. O primeiro estava ligado à continuidade da crença nas teorias neolamarckianas, as quais consideravam que os malefícios do álcool poderiam se perpetuar pela descendência dos alcoólatras, e o segundo, aos restritos métodos que a Colônia tinha acesso para efetuar um tratamento.

Os dois tipos de terapia oferecidos ao paciente com transtornos alcoólicos foram analisados nesta dissertação. Sua aplicação dependia tanto da ligação do alcoolismo com a loucura, como do comportamento do paciente durante a internação. Por esse motivo, mencionamos que a escolha do tratamento era ambivalente. Se por um lado havia o discurso médico que relacionava alcoolismo e loucura, na prática, a opção pelo tratamento parece ter se pautado em outros critérios.

Analisando a Colônia Santana como uma instituição total, pudemos perceber as estratégias de sobrevivência dos internos no hospital, as quais eram melhor desenvolvidas pelos internos alcoólicos, pois estes recobravam o estado de juízo perfeito após a desintoxicação. Esquemas de insubordinação funcionavam como mecanismos que possibilitavam a continuidade de certa autonomia para com o ambiente da instituição. Ou seja, esses internos exploravam os mecanismos disponíveis com vistas a alçar seu objetivo específico: beber.

Nos diagnósticos de alcoolismo crônico, o que encontramos são repetidas reinternações, nas quais frequentemente percebe-se que o doente se evadia para beber

ou era encontrado bêbado. Nas entrevistas, ficou claro que a instituição não estava aparelhada para acabar com o consumo de álcool quando o paciente era internado. A internação aparecia como um paliativo para uma situação extrema; servia para desintoxicar o paciente e dar um tempo de alívio para a família. Mas não resolvia o problema. Não fornecia cura.

Na literatura, observamos que do tema do alcoolismo acompanhou as modificações em torno da caracterização dessa doença. Se num primeiro momento a doença era tratada como perigosa para a construção da nação, aos poucos, passou a ser desmistificada.

Dessa forma, temos em dois pólos opostos o personagem Jeca Tatu, de Monteiro Lobato, e o personagem Quincas Berro D'Água, de Jorge Amado. Jeca exemplifica os problemas que a medicina das primeiras décadas do século XX procurava solucionar para contribuir com o progresso da nação. Quincas será a figura que irá rir desse progresso, pois para ele representava uma farsa. Jeca, após ficar curado de suas doenças torna-se um fazendeiro rico. Quincas decide abandonar a vida “pequeno-burguesa” e vagar bêbado pelas ruas de Salvador. Se o álcool contribuiu para a doença de Jeca, a cachaça libertou Quincas. Essas duas visões díspares refletem a mudança no enfoque dado ao alcoolismo. Na literatura brasileira, o vício adquiriu um caráter romântico e até positivo; o mesmo não ocorreu na visão médica. Porém, com o passar do tempo, modificou-se a forma como os alcoólatras eram tratados na Colônia Santana.

Com a aproximação dos anos 60 do século XX, aos poucos, a internação de alcoólatras passou a se desvencilhar das teorias morais e eugênicas que ligavam a doença à degenerescência ou à falta de caráter. Mesmo que mudanças importantes só

fossem colocadas em prática na década posterior, notamos pequenas tentativas da instituição de encarar o problema sob uma perspectiva social.

A experiência com as entrevistas mostrou-nos que o abuso do álcool interferia não apenas na vida e na saúde do dependente, mas em suas relações familiares. Esposa, filhos, pais, mães e irmãos, em menor ou maior grau, eram afetados pelos problemas decorrentes do alcoolismo. A busca por ajuda, na maioria das vezes, desembocava na internação na Colônia. Quando essas internações passavam a ser rotineiras, não resolvendo o problema, a família culpava a instituição (por seus métodos ineficientes) ou o paciente (por sua fraqueza de espírito). Os próprios ex-pacientes entrevistados afirmaram que sabiam que o período que passavam internados não iria resolver seus problemas de abuso de álcool.

Da mesma forma que os alienados, os alcoólatras foram postos sob a tutela médica de uma instituição psiquiátrica, longe da família, que não oferecia meios eficazes de tratá-los, e longe da sociedade, à qual não se ajustavam. Para os médicos, a convivência dos alcoólatras, e dos doentes mentais em sociedade representava um perigo para ambas as partes. Esses indivíduos em estado mental alterado poderiam praticar violências e crimes, assim como a sociedade para eles estava minada de vícios que colaboravam para o agravamento de suas doenças.

Mas dentro da Colônia os perigos não foram menores. O convívio de alcoólatras e pacientes insanos trouxe problemas como os que relatamos na dissertação. A prática de relações sexuais foi um deles e a mudança de diagnóstico outro. Se o grande número de internos dificultava o tratamento, dificultava também a vigilância. Encontros amorosos não podiam ser totalmente coibidos, assim como a convivência causava uma espécie de “enxertia”. Em outras palavras, alguns internos alcoólicos, com a convivência passavam a apresentar sintomas de doenças mentais como esquizofrenia e depressão.

A busca de uma cura para o alcoolismo, pudemos deduzir com este trabalho, não dependia exclusivamente da ação médica. Nem dependia da boa vontade do paciente ou de seus familiares. Ainda hoje, o consumo de álcool representa um problema mundial, pois devido a seu caráter de droga lícita, muitas vezes transformasse na porta de entrada para o consumo das drogas ilícitas. A internação de alcoólatras nos moldes em que se processou nos anos analisados, na Colônia Santana, era ineficiente para a conquista da sobriedade definitiva do doente. Isso não significa que a internação em si era um mal a ser combatido. Da mesma forma que as discussões em torno do tratamento da insanidade produziram novos conceitos sobre doença mental, encarar o alcoolismo sob diferentes aspectos resulta numa maior chance de sucesso do tratamento. A internação em alguns casos foi, e atualmente ainda é o único meio de garantir a sobrevivência do indivíduo. Pois, num período em que o descontrole do vício, ameaça à integridade do sujeito, a internação para desintoxicação aparece como única solução. O desafio dos profissionais da saúde é saber o que fazer após este período, pois continuar dentro do hospital sabidamente não encerra o assunto.

FONTES

Entrevistas

Maria de Lourdes Lunaldi

Romualdo de Oliveira

J.D.

Documentos

Anais da Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina

Mensagens ou relatórios dos Inspetores ou Secretários de Saúde

Mensagens ou relatórios dos Governadores de Santa Catarina à Assembléia

Prontuários Médicos da Colônia Santana

Relatórios dos primeiros diretores da Colônia Santana

Jornais

O Estado

A Pátria

Diário da Tarde

República

A Semana

Locais de Pesquisa

Hospital Colônia Santana

Palácio da Memória – Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina

Biblioteca Pública do Estado de Santa Catarina

Biblioteca Universitária (UFSC)

Arquivo Público do Estado de Santa Catarina

REFERÊNCIAS

- ABHM. **Estatuto da Liga Brasileira de Hygiene Mental**. Ano I, n. 1, mar. 1925.
- _____. **Expressão empregada por Faustino Esponsel**. Ano IV, n. 2, dez. 1931.
- AGREDIU a própria mãe!!!!. **Diário da Tarde**. Ano I, n. 68. Florianópolis, 15 out. 1935.
- A LEI e o álcool. **República**. Ano IV, n. 913. Florianópolis, 16 out. 1929.
- A SEMANA antialcoolica. **O Estado**. Ano XVI, n. 4325. Florianópolis, 15 out. 1928.
- ALCOÓLICOS Anônimos. JUNAAB. São Paulo, 2004.
- ALCOOLISMO e tuberculose. **A Pátria**. Ano I, n. 251. Florianópolis, 22 out. 1931.
- AMADO, Jorge. **A morte e a morte de Quincas Berro D'Água**. 69. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- ANDRADE, Arthur Guerra; SCIVOLETTO, Sandra. Complicações psiquiátricas pelo uso de álcool. In: BERTOLOTE, José Manoel; RAMOS, Sérgio de Paula (orgs.). **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer**. São Paulo: Edusp, 1996.
- BRASIL. Decreto-Lei n. 4778, de dezembro de 1923. Estatutos da Liga Brasileira de Hygiene Mental. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**. 1925.
- CAMPANHA anti-alcoolica. **O Estado**. Ano XIV, n. 4322. Florianópolis, 11 out. 1928.
- CARNEIRO, Henrique. **Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas**. Rio de Janeiro: Elsevir, 2005.
- CHALOUB, Sidney. **Trabalho, lar e botequim**. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo – Juquery a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- DUARTE, Adriano Luiz. **Cidadania e Exclusão: Brasil 1937-1945**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.
- ECOS e novas. **O Estado**. Ano XIV, n. 4325. Florianópolis, 15 out. 1928.
- ESTREPTOMICINA. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/estreptomicina>>. Acesso em 5 jan. 2007.

FARIA, Agripa de Castro. **Relatório dos serviços de assistência a psicopatas do estado**. São José: Colônia Santana, 1942.

_____. **Ofício ao Secretário de Justiça, Educação e Saúde, Dr. Armando Pereira, em 6 de outubro de 1947**. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina, 1947.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 27. ed. Petrópolis: Vozes. 1977.

FUNÇÕES do fígado. Disponível em: <http://www.consulteme.com.br/biologia/corpo_humano/funfig.htm>. Acesso em 27 nov. 2006.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GREGOR Mendel. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Gregor_Mendel>. Acesso em 6 mar. 2007.

HARRIS, Ruth. **Assassinato e loucura: medicina, leis e sociedade no fin-de-siècle**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

INSTITUTO Psiquiátrico de Santa Catarina. Prontuário n. 36, 29 dez. 1942.

_____. Prontuário n. 9, 4 jan. 1942.

_____. Prontuário n. 1459, 24 jun. 1949.

_____. Prontuário n. 1476, jun. 1949.

_____. Prontuário n. 1551, 11 nov. 1949.

_____. Prontuário n. 1391, 23 dez. 1949.

_____. Prontuário n. 1666, 6 jun. 1950.

_____. Prontuário n. 3227, 29 jul. 1951.

_____. Prontuário n. 2560, 1 jan. 1952.

_____. Prontuário n. 2733, 23 mar. 1953.

_____. Prontuário n. 2903, 1 set. 1953.

_____. Prontuário n. 3137, 6 abr. 1954.

_____. Prontuário n. 3251, 1 ago. 1954.

_____. Prontuário n. 3792, 29 nov. 1955.

JEAN-BAPTISTE Lamarck. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Lamarck>>. Acesso em 14 abr. 2007.

KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. **A trajetória histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, nas décadas de 20 a 50**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 1996.

L.B.H.M. Semana antialcoólica. **A Pátria**. Ano I, n. 251. Florianópolis, out. 1931.

LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. Papirus: Unicamp, 1986.

LIMA, Joaquim David Ferreira. **Relatório do Inspetor de saúde do estado de Santa Catarina ao Secretario geral do estado em 1913**. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina, 1913.

LOPES, Laura. Convívio ou reclusão? Em debate o fim dos manicômios e a reforma psiquiátrica. **Revista Problemas Brasileiros**. São Paulo, mar/abr. 2003.

MACHADO, Roberto. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAFRA, Agenor. Um grande mal em nosso país. **O Estado**. Ano XVII, n. 5427. Florianópolis, 23 out. 1931.

MAGALHÃES, Fernando. Quinta semana antialcoólica. **O Estado**. Ano XVIII, n. 5711. Florianópolis, 8 de outubro de 1932.

MALUCOLANDIA. **O Estado**. Ano XVII, n. 5454. Florianópolis, 25 nov. 1931.

MARQUES, Elisa Paula. **Vozes veladas**: a relação entre os pacientes da Colônia Santana com os familiares e sua comunidade durante as décadas de 1940-1960. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: UFSC, 2003.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. A espécie em risco: sífilis em Curitiba nos anos 20. In: CARVALHO, Diana Maul de; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do (orgs.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 277-294. v. 1.

_____. **A medicalização da raça**: médicos educadores e discurso eugênico. São Paulo: Unicamp, 1994.

MASUR, Jandira. **O que é alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MELO, Marcos Costa. **O estado e a loucura**: da trajetória à concretização da Colônia Santana. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: UFSC, 2002.

_____. **Ser ou não ser, "louco" é a questão**: relações crime-loucura. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 2004.

MURARO, Valmir Francisco. De hospital a hospício: um pouco de história oral. **IX Encontro Estadual de História**. Florianópolis, 2002.

NECKEL, Roselane. **A república em Santa Catarina**: Modernidade e exclusão (1898-1920). Florianópolis: UFSC, 2003.

O ÁLCOOL. **A Opinião**. Ano I, n. 69. Florianópolis, 8 jun. 1915.

O ÁLCOOL e a Tuberculose. **O Estado**. Ano XVII, n. 5427. Florianópolis, 23 out. 1931.

O ÁLCOOL na syphilis. **O Estado**. Ano XVII, n. 5424. Florianópolis, 20 out. 1931.

O ÁLCOOL produz. **A Pátria**. Ano I, n. 282. Florianópolis, 23 out. 1931.

O ALCOOLISMO em São Paulo. **A Pátria**. Ano I, n. 250. Florianópolis, 21 out. 1931.

O COMBATE ao alcoolismo. **O Estado**. n. 5050. Florianópolis, 26 jul. 1930.

O ESTADO. Ano XIV, n. 4327. Florianópolis, 17 out. 1928.

O REI Álcool. **O Estado**. Ano XIV, n. 4314. Florianópolis, 2 out. 1928.

OLINTO, Plínio. O livro e o álcool. **O Estado**. Ano XVIII, n. 5710. Florianópolis, 7 out. 1932.

OLIVEIRA, Romualdo. **Entrevista concedida à graduanda Elisa Paula Marques**. Florianópolis, 2 maio 2003.

OXFORD English Dictionary. 2. ed. CD-ROM.

PESSOTTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: 34, 1999.

PIAI, Aldecir José. **A presença das Irmãs da Divina Providência no hospital Colônia Santana de 1941 a 1994**. Monografia de Graduação. Brusque: Escola Superior de Estudos Sociais, 1997.

PRATICOU desordens no hospital. **Diário da Tarde**. Ano I, n. 108. Florianópolis, 4 dez. 1935.

QUINTA Semana Antialcoólica. **O Estado**. Ano XVIII, n. 5710. Florianópolis, 7 out. 1932.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

REIS, José Roberto Franco. Raça, imigração e eugenia: o projeto de 'regeneração nacional' da Liga Brasileira de Higiene Mental. **Estudos Afro-asiáticos**. v. 36. Rio de Janeiro, 1999.

_____. De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de higiene mental. **Revista História, Ciência, Saúde**. v. VIII. São Paulo, mar.-jun. 2000.

RIO DE JANEIRO (Município). **Resolução SMS n. 80, de 16 de novembro de 1977**. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms80.doc>> Acesso em 15 maio 2007.

ROXO, Henrique. **Higiene mental**. In: ABHM. Ano VIII, jan.-set. 1935.

CHALHOUB, Sidney. **Trabalho, lar e botequim**: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da *belle époque*. Campinas: Unicamp, 2005.

SABBATINI, Renato M. E. **Ladislav J. Von Meduna**: uma breve biografia. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/meduna.htm>>. Acesso em 4 dez. 2006.

SANTA CATARINA. **Apresentação de contas da Assembléia Legislativa de Santa Catarina**. Florianópolis, 15 abr. 1962.

SANTAELLA, Antônio. Considerações sobre a assistência hetero-familiar ao doente mental. **1º Congresso Catarinense de Medicina**. Florianópolis, 1952.

SANTOS, Fernando Sérgio Dumas. Alcoolismo: algumas reflexões acerca do imaginário de uma doença. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva. v. 3, n. 2. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, 1993.

SARDÁ, Juliana. **Na contramão da lei**: a repressão policial e os desviantes da ordem em Florianópolis nas primeiras décadas do século XX. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 2005.

SEMANA Antialcoólica. As comemorações nesta capital. **República**. Ano II, n. 614. Florianópolis, 14 out. 1928.

_____. **O Estado**. Ano XIV, n. 4327. Florianópolis, 17 out. 1928.

_____. **República**. Ano II, n. 612. Florianópolis, 11 out. 1928.

SILVA, Maria de Lourdes et al. **Alcoolismo, um problema com o qual muitos convivem, porém poucos conhecem**. São Paulo: EdiCon, 1986.

SILVA, Valmir Adamor. **A história da loucura**: em busca da saúde mental. Rio de Janeiro: Ediouro, 1979.

SILVEIRA, Ajax. C. **O drama do alcoolismo**: causas, conseqüências e exclusões. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1980.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: ARMUS, Diego; HOCHMAN, Gilberto (orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TREVISAN, Maria José. **50 anos em 5**: A FIESP e o desenvolvimentismo. Petrópolis: Vozes, 1986.

TRONCA, Ítalo A. **As máscaras do medo**: Lepra/Aids. Campinas: Unicamp, 2000.

VIANA, Antônio Vicente Bulcão. **Mensagem ao congresso representativo em 21 de agosto de 1926**. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina, 1926.

A N E X O S

