



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DOCTORADO EM SOCIOLOGIA

Que vastíssimo campo

Recife

Janeiro, 2010

ALEXANDRO SILVA DE JESUS

**Que vastíssimo campo: a dilatação da tarefa normalizadora,
Pernambuco, 1829-1845**

Tese de Doutorado apresentada por Alexandro Silva de Jesus à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco como exigência parcial para a obtenção do título de Doutor em Sociologia, sob orientação do Prof. Remo Mutzemberg.

Recife

Janeiro, 2010

Que vastíssimo campo

Tese de Doutorado apresentada por Alexandro Silva de Jesus à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco como exigência parcial para a obtenção do título de Doutor em Sociologia, sob orientação do Prof. Remo Mutzenberg.

Banca Examinadora:

Presidente da Banca/ Orientador

1º Examinador/ Titular Externo

2º Examinador/ Titular Externo

3º Examinador/ Titular Interno

4º Examinador/ Titular Interno

Recife
Janeiro, 2010

Jesus, Alexandre Silva de
Que vastíssimo campo/ Alexandre Silva de Jesus. –
Recife: O Autor, 2010.
268 folhas.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco.
CFCH. Sociologia, 2010.
Inclui fontes e bibliografia.
1. Sociologia. 2. Medicina. 3. Perícia médica. 4.
Normalização. 5. Biopoder.
I. Título.
316.1 CDU (2. ed.) UFPE
301 CDD (22. ed.) BCFCH2010

Ata da Sessão de Defesa de Tese de ALEXANDRO SILVA DE JESUS, do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.

Aos vinte e cinco dias do mês de fevereiro de 2010, reuniram-se na Sala de Seminários do 12º andar do prédio do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, os membros da comissão designada para o Exame da Tese de Doutorado de ALEXANDRO SILVA DE JESUS sob o título "QUE VASTÍSSIMO CAMPO": A DILATAÇÃO DA TAREFA MÉDICA NORMALIZADORA EM PERNAMBUCO (1829 – 1845). A comissão foi composta pelos professores: Prof. Dr. Remo Mutzenberg - Presidente/Orientador; Profa. Dra. Rosângela Tenório de Carvalho – Titular Externa (PPGE/UFPE), Prof. Dr. André Mota – Titular Externo (USP), Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque – Titular Interno (PPGS/UFPE) e Prof. Dr. Jonatas Ferreira – Titular Interno (PPGS/UFPE). Dando início aos trabalhos, o Prof. Dr. Remo Mutzenberg explicou aos presentes o objetivo da reunião, dando-lhes ciência da regulamentação pertinente. Em seguida, passou a palavra ao autor da Tese para que apresentasse o seu trabalho. Após essa apresentação, cada membro da Comissão fez sua arguição, seguindo-se a defesa do candidato. Ao final da defesa, a Comissão Examinadora retirou-se, para em secreto deliberar sobre o trabalho apresentado. Ao retornarem o Prof. Dr. Remo Mutzenberg, presidente da mesa e orientador do candidato, solicitou que fosse feita a leitura da presente Ata, com a decisão da Comissão Examinadora aprovando a Tese por unanimidade e recomendando a sua publicação. E nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão Examinadora e pelo candidato. Recife, 25 de fevereiro de 2010.

Wlécio Douglas da Silva Nascimento – Secretário

Profa. Dra. Rosângela Tenório de Carvalho

Prof. Dr. André Mota

Prof. Dr. Remo Mutzenberg

Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque

Prof. Dr. Jonatas Ferreira

Alexandro Silva de Jesus

Às mulheres da minha vida: G., Lalá, Sarinha, Mundinha, Má, Til, Val, Vanil, Nhen, Nieta. É possível que algumas delas se ressintam da ordem em que são chamadas. Façam o que vocês sempre fazem: insubordinem, refaçam a lista.

Agradecimentos

Para agradecer é preciso lembrar. É necessário trazer à memória, seres e coisas que não são responsáveis pelos alcances e limites de uma escritura, mas que, sem eles, não se pode sequer imaginar sua consistência. Estar grato é, fundamentalmente, este reconhecimento.

É preciso agradecer, primeiramente, os mortos. E o nome que entre estes tem a primazia é, certamente, o do pai. Nele se encontra a arché, o começo de toda nomeação que o corpo do filho pode suportar. Mas também por sua condição especial de morto, por nunca estar totalmente morto. Ele é, do filho, o pai de todos os seus fantasmas e exige que todo ato de lhe agradecer seja, primordialmente, um ritual de conjuração. O nome do pai se escreve Manoelito, o que é o mesmo que dizer que deus está [para sempre] comigo.

Em meio à legião de mortos estão Michel Foucault, Jacques Derrida, Gilberto Freyre, Georges Canguilhem. Mas, se são muitos os mortos, por que não marcá-los todos? As razões são muitas: seria enfadonho, não é possível preencher o quadro, muitos se encontram na bibliografia desta tese, porque os que se marcam assumem, para mim, a dimensão de um assombro.

Cumpridas as obrigações com os mortos, o caminho fica liberado para os visíveis. Não seria necessário discriminar, de saída, aqueles que assumiram algum tipo de risco? Para o PPGS é isto que uma tese representa. E o mesmo se pode afirmar para o CNPq. Pois diferente do herói, que tem sua saga marcada por um imperativo, aquele que se aventura a escrever uma tese, está submetido à miséria humana comum. A tese, dessa forma, conta como um imperativo entre imperativos. A tensão entre a instituição e o homem comum fica assim assegurada.

Há quem diga que as instituições exigem mais do que oferecem. Penso exatamente o contrário. Com a tese concluída, olho para o que passou, para produzi-lo mais uma vez. Detenho o olhar sobre as salas e corredores do décimo segundo andar do CFCH, para aí encontrar, agora sei, um contínuo exercício de profanação. Pois tudo o que a instituição quer é produzir separações. PPGS: espaço diferencial, lugar consagrado ao saber racional; suas regras perseguem e mantêm essa distinção. E o homem comum subverte o jogo, produz saber com a própria carne, desconhece os colegas para reencontrá-los neles companheiros (aqueles que comem do mesmo pão): Gustavo é o meu pastor, Ivan, Vilma e Rui meus amigos, Maurício, meu compadre, Cida, uma lady. Todos eles, meus amores. As coisas são, assim, misturadas, restituídas a um uso comum.

Sob o signo do risco se encontra, também, a função de orientação. Orientar, em certo sentido, é opor. E é esta violência que permite que algo seja, + ou -, ele mesmo. Remo Mutzemberg foi o lugar que me opôs, foi o que me fez, aqui, eu+n. Lugar ocupado, antes dele, por Josimar Jorge Ventura.

Existem outros lugares, e com eles, outras pessoas que dão lugar à escritura, que oferecem, para ela, seu material, e compartilham, com aquele que escreve, a função de arconte. O APEJE, a FUNDAJ, mas também Hildo Leal da Rosa, João Monteiro e

Noêmia Luz, são consignadores dos documentos que essa tese se utiliza. A parte substantiva da atividade hermenêutica depende do material que eles disponibilizam, daquilo que, do meu interesse, puderam guardar da destruição, e que permite com que as memórias se constituam, para o bem ou para o mal.

Chegará o momento em que será possível decidir sobre o papel de uma tese para a uma estilística da existência. Disto, já se sabe de suas relações com a amizade. Como reconhecê-los sem identificá-los? chicobelagiltaci, dêjôrmatiasrsantiago, criscibele, nenebastião paulo, rodrigobreda, ostraidospelamemória.

A tradição protestante conta que os gregos, depois de salvos por um deus que não se fez conhecer pelo nome, encomendaram um altar para ele, sob a rubrica de deus desconhecido. Por prudência, acolho a narrativa como exemplo de conduta adequada. Com isso, espero agradar todos aqueles que, homens e deuses, animaram, sem se fazer reconhecer, essa escritura.

Resumo

Partindo da desconfiança sobre a consolidação de uma ofensiva médica efetiva na Província de Pernambuco, na primeira metade do século dezenove, esta tese se detém sobre as técnicas, tecnologias, encontros e produção de enunciados que, da experiência médica, denunciam e põem à prova sua vontade de gestão. Sustentada por uma documentação que cobre os anos de 1829-1845, e produzidos pelo Ministério do Império, pela Presidência da Província de Pernambuco e pelos periódicos leigos e especializados em medicina, sua descrição procura evidenciar os efeitos do encontro de forças que médicos, dirigentes políticos e imprensa deram lugar. Esses registros guardam informações sobre as escolas de medicina, salubridade pública, atividades científicas e tecnológicas, e sobre suas relações com a gestão política. Isso permitiu analisar e pôr em relação as apropriações sociais sofridas pelos médicos, a construção pelos mesmos de um *ethos* pericial e a ação governamental em saúde. Esses três aspectos demonstram uma sujeição do ato médico à clínica moderna e dão visibilidade aos traços de uma biopolítica presentes na construção do Império brasileiro. Teoricamente, assumo os pressupostos de Michel Foucault sobre a clínica moderna, caracterizada pela justaposição do órgão à doença e pela subordinação da linguagem ao olhar, como também me apoio em suas considerações acerca da gestão política da vida a partir da idade moderna. Justo por evidenciar o tipo de costura que se operou entre estes elementos pelo ato médico, os episódios aqui narrados, informam sobre a singularidade da experiência pernambucana com o projeto e a prática de normalização e com a gestão política da vida.

Palavras-chave: 1. Medicina; 2. Biopoder; 3. Processos de Normalização; 4. Perícia Médica; 5. Ação Governamental em Saúde.

Abstract

Starting from a distrust concerning the consolidation of an actual medical offensive in Pernambuco province, in the first half of the nineteenth century, this thesis focus on the techniques, technologies, meetings and enunciation production, which, from the medical experience, denunciate and show up its management will. Based on documentation that covers up from 1829 to 1845, and produced by the Empire Ministry, by the Pernambuco Province Presidency and by the lay and specialized medical tabloids, its description looks into the effects that turn out of the force balance among physicians, political leaders and the press. Those registers have information about medicine schools, public salubriousness, technological and scientific activities, and about their relations with political management. It made it possible to analyze and put in relation the social appropriation that physicians went by, the construction of an expert *ethos* from the late and the government action in the field of health. These three aspects demonstrate a subjection of the medical act concerning the modern clinic and give visibility to a biopolitics outline present in the Brazilian Empire construction. Theoretically, I lean towards Michel Foucault's presuppositions about modern clinic, which give support to the juxtaposition of the organ to the sickness, to the subordination of the language to the look, as well as I agree with his considerations on political management of life from the Modern Ages. Exactly for making it evident the type of sew that was operated among those elements by the medical act, the episodes here narrated about the singularity of the experience in Pernambuco, with the project and normalization practice and with the political management of life.

Key-words: 1. Medicine; 2. Biopolitics; 3. Normalization Processes; 4. Medical Expert; 5. Government Action in Health.

Résumé

Partant de la méfiance envers la consolidation d'une offensive médicale effective dans la Province du Pernambouc, dans la première moitié du XIX^e siècle, cette thèse repose sur les techniques, technologies, rencontres et production d'énoncés qui, à partir de l'expérience médicale, dénoncent et mettent à l'épreuve sa volonté de gestion. Appuyée sur une documentation qui recouvre les années 1829-1845, et produite par le Ministère de l'Empire, par la Présidence de la Province du Pernambouc et par les publications périodiques spécialisées ou non en médecine, sa description cherche à mettre en évidence les effets de la rencontre de forces à laquelle les médecins, les dirigeants politiques et la presse ont donné lieu. Ces registres gardent des informations sur les écoles de médecine, la salubrité publique, les activités scientifiques et technologiques, et sur leurs rapports avec la gestion publique. Cela a permis d'analyser et de mettre en rapport les appropriations sociales souffertes par les médecins, la construction qu'ils ont faite d'un *ethos* expert et l'action du gouvernement sur la santé. Ces trois aspects démontrent un assujettissement de l'acte médical à la clinique moderne et rendent visibles les traits d'une biopolitique présents dans la construction de l'Empire brésilien. Théoriquement, j'assume les présupposés de Michel Foucault sur la clinique moderne, caractérisée par la juxtaposition de l'organe et de la maladie et par la subordination du langage au regard, tout comme je me repose sur ses considérations autour de la gestion politique de la vie à partir de l'âge moderne. Et justement parce que cela met en évidence le type d'articulation qui s'est opérée entre ces éléments par l'acte médical, les épisodes contés ici informent sur la singularité de l'expérience du Pernambouc en ce qui concerne la pratique de normalisation et la gestion politique de la vie.

Mots-clés : 1. Médecine ; 2. Biopouvoir ; 3. Processus de normalisation ; 4. Expert médical ; 5. Action gouvernementale sur la santé.

SIGLAS

APEJE - Arquivo Público Jordão Emerenciano

LAPEH - Laboratório de pesquisa e Ensino de História

FUNDAJ - Fundação Joaquim Nabuco

AMP - Annaes de Medicina Pernambucana

CGSP - Conselho Geral de Salubridade Pública

SMP - Sociedade de Medicina Pernambucana

SMRJ - Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro

AIM - Academia Imperial de Medicina

CM - Constituições Médicas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I	
POR UMA SOCIOLOGIA DO OLHAR	9
1.1 Gilberto Freyre: medicina, tradição e vida íntima	12
1.2 Carlos Miranda e a ofensiva médica	19
1.3 Jurandir Freire Costa e o higienismo como medicina de Estado	26
1.4 Foucault: um estruturalismo para diagnosticar a realidade	29
CAPITULO II	
AS EXPENSAS DO DOUTOR VARELLA	75
2.1. Sobre usos e percursos	85
2.2. Agendas e apropriações	108
CAPITULO III	
O VASTÍSSIMO CAMPO	119
3.1. De todas as ciências a mais social	121
3.2. Arqueologia de um procedimento	156
CAPITULO IV	
NORMALIZANDO O CAMPO	165
4.1 Constituições Médicas e tecnologia	165
4.2 Objetivando as causas: os modificadores	188
CAPITULO V	
APESAR DE TODOS OS ESFORÇOS	206
5.1 Jogos patrióticos	207
5.2 As disposições dos meios	229
CONSIDERAÇÕES FINAIS	251
FONTES	262

INTRODUÇÃO

ORGANISMO, CULTURA E GESTÃO

É notável o esforço, a partir da década de 1970, de alguns filósofos para atribuir à sua disciplina a função de produzir diagnósticos. Diagnosticar a *atualidade* é a promessa de Michel Foucault, num retorno explícito a Kant, mas sob a condição de fazê-lo funcionar a partir das regras de sua filosofia estruturalista (FOUCAULT, 2005b). Concordante com a tarefa e animando Nietzsche, Gilles Deleuze reservará à *sintomatologia* um “ponto neutro”, instalado entre os limites da medicina, da arte e da filosofia, por desdobramento. Este entre-lugares permite, em cada um desses domínios, um uso autônomo da sintomatologia, sua captura para fazer funcionar maquinarias bem distintas (DELEUZE, 2006). Isto significa, em todo caso, que nenhum destes domínios é obrigado a explicar-se quanto ao seu uso. Institui-se, aí, todo um jogo de recuperações: Foucault e Deleuze retomam Kant e Nietzsche, mas atualizam os termos postos desde a filosofia pré-socrática: “o filósofo [...] é artista e médico — numa palavra, *legislador*” (DELEUZE, 2007).

Poder legislar era também o desejo médico do século dezenove, particularmente a partir do começo da década de 1830, na Província de Pernambuco. Desejo esse, absolutamente generalizável para todo o Império brasileiro. É em função deste desejo, que *o funcionamento de certas estratégias, o recurso a determinadas tecnologias e as fissuras produzidas a partir de insuspeitados encontros de forças, capazes de efetuar ou obstaculizar essa vontade de gestão, constituem o objeto desta tese.*

Seu pressuposto inicial, de que *não havia uma espécie de solo natural, onde os médicos viessem comodamente se plantar*, já se tornou lugar comum à historiografia e à sociologia que se dedicam a aspectos que exijam, estimulam ou tangenciam algum tipo de análise sobre a medicina, no horizonte do século dezenove. Adianto, desde já, que boa parte daquelas análises e descrições perscrutou atos médicos tomados como uma espécie de *ofensiva* e, por desdobramento, pôs em relevo as *resistências* (em geral populares) às ações dos práticos.

Desta *relação de forças* vem se acumulando, há décadas, distintos episódios, a exemplo do confronto, pelos idos de 1835, em Salvador, entre médicos, irmandades religiosas e populares em torno da *secularização* da morte (REIS, 1991); da aliança entre *senhores escravistas e homens de cor*, na década de 1850, contra as tentativas, da parte autoridades médicas recifenses, de neutralizar a ação do “preto Manoel”, capaz, diziam, de curar o Cólera (FREYRE, 2003); ou, ainda, dos *arranjos legais* para o exercício da arte e o cerceamento dos curandeiros, durante a primeira metade do Oitocentos (PIMENTA, 2004). Algumas pesquisas se detiveram, no adiantado da segunda metade daquele mesmo século, sobre a relação entre médicos e Estado, afirmando uma *subordinação* daqueles ao Estado. (COSTA, 1999). Para o caso da Província de Pernambuco, particularmente, Carlos Miranda (2001) analisou

determinados atos médicos a partir do caso do “preto Manoel”, incidente tomado por ele como uma evidência de uma *ofensiva médica*¹, que emerge em 1829.

O movimento que esta tese efetua se junta à preocupação analítica e descritiva desse encontro de forças, sem conservar, contudo, convicção sobre a *ofensiva médica*, ao menos não a partir do sentido corrente que se lhe atribui. Ela procura, ademais, *outras facetas do encontro, nas quais a percepção de uma resistência, oposta aos médicos, possa se aplicar*. Não se trata, absolutamente, de negar a *ofensiva médica*, mas de *limitar sua força, seu alcance e problematizar sua cronologia*. Tampouco se trata de ignorar as resistências, mas *acrescentar-lhes motivos*.

Essa dupla intenção é animada às *expensas do doutor Varella* (Capítulo II), personagem alvo de piadas veiculadas num periódico pernambucano, da primeira metade do século dezenove. Já se sabe, entre os domínios da Sociologia e da História, que foi cena comum, naquele século, a figuração dos médicos no universo humorístico. Gilberto Freyre, em *Sobrados e mocambos*, se utilizou desse riso para medir o grau de enraizamento daqueles profissionais na sociedade, procedimento do qual esta tese se vale. Mas Freyre deu tratamento à galhofa da segunda metade do século, na qual a questão renitente era *o médico como homem de desejo*, e que agia diante de suas pacientes como, para manter viva a eroticidade freyreana, um legítimo ganhão (FREYRE, 2003).

Temática muito distante da que circulava nos chistes que se podem recolher nos periódicos ao longo do sec. XIX, notoriamente preocupados com a *imperícia médica*. Uma série dessas piadas circulou em 1829, o que a torna mais instigante, pois se trata justamente do ano que analistas, como Carlos Miranda, afirmam ter iniciado ama

¹ Trata-se do pressuposto sobre emergência uma série de atos institucionais, legislativos e técnicos, dispostos a produzir uma hegemonia de oferta médica no mercado de atenção terapêutica.

ofensiva médica. no Brasil. Eis o que quero demonstrar: o ano que Miranda afirma ser o início de uma *ofensiva*, é aquele que, ao contrário, os médicos assistem, silenciosamente, a produção de diagnósticos sobre sua ação, e a construção, paralela a outras, de sua representação como uma espécie de *maquinaria produtora da morte*.

Isso me desestimulou partir de uma análise sobre o processo de institucionalização da medicina, baseada numa suposta *ofensiva médica*, conceito que conduz a um tipo de leitura centrada no poder que o médico arrogava para si, na certeza de sua ciência, impôs-se a dúvida sobre o alcance dessa ofensiva e de suas *condições de possibilidade*. O pressuposto da *ofensiva*, mesmo quando admite a resistência ao ato médico, quase sempre se libera de questionar, antes de tudo, sobre a *qualidade técnica* de sua ação.

Os chistes, ao contrário, já partem de um juízo sobre a técnica, e exigem uma questão anterior: *em que medida esse julgamento da perícia médica não poderia revelar condições endógenas à formação profissional capazes de explicar a resistência?* Ou, de outro modo, *qual a relação entre o que os chistes sustentavam e o percurso formativo dos práticos?* Ademais, além de analisar o *motivo* para que o ato médico fosse tomado daquela forma pelos chistes, o capítulo II procurou exemplificar o *tipo de apropriação social da função médica que a crítica humorística dava lugar*. O doutor Varela permite, assim, a consecução dos dois primeiros objetivos desta tese, quais sejam: *somar motivos à resistência sofrida pelos médicos e, alterar ou ao menos colocar em suspensão a cronologia posta para a emergência da ofensiva médica*.

O capítulo III também faz parte deste esforço de rever tal periodização. Nele, analiso a emergência, entre os anos de 1842 e 1845, de enunciados médicos, potencialmente capazes de constituir uma posição mais vantajosa para os práticos. O que quero demonstrar é a natureza política daqueles enunciados, natureza essa,

evidenciada pela amarração, no e pelo discurso, do dispositivo médico com as temáticas da *Ordem* e da *Civilização*. Ordenar o *vastíssimo campo*, que, segundo aqueles médicos, se lhes abria para exame e observação, era a tarefa que médicos se impunham, naqueles anos de 1840.

O *vastíssimo campo* que descrevo, cobre à ordem política, social e, naturalmente, do corpo. Regular essas três regiões, era o sentido da medicina social, tal como aqueles médicos a conceberam. É em função da ambição daquele projeto, que me esforço para fazer aparecer, na descrição, o modo como a prática da *anátomoclínica* e os enunciados do *biopoder* se combinaram, na experiência e discurso médico. O capítulo III marca, dessa forma, o deslizamento analítico, das *resistências sofridas* para as *estratégias elaboradas e postas em funcionamento*.

A vontade médica de intervenção deu lugar à produção de tecnologia, posto que instituir a ordem se confundia, em determinado nível, com a *normalização do organismo biológico e a organização política*. Por isso, o capítulo IV analisa uma ciência das regularidades. Muito do que se verá, ali, tratar-se-á da observação daquilo que a medicina definiu como *modificadores*: elementos de diversas ordens que, postos em relação, passavam como causas das doenças. Esse pressuposto e seus efeitos foram animados pelos médicos, a partir das *Constituições Médicas*, nome dado à observação e discriminação das regularidades presentes nos elementos e em suas relações. Mas, diante das Constituições, a análise procura compreender *o que essa busca e apreensão de regularidades acrescentavam aos médicos em termos de perícia*.

A análise dessa compulsão por regularidades apresenta a costura e a intenção geral da tese, traduzidas na hipótese de que, *o que havia por trás das tensões produzidas no encontro dos médicos com estratos da sociedade e do Estado, o que orientou as estratégias e a organização de um discurso sobre a natureza social da*

medicina e o que animou a efetuação de tecnologias como a Constituição Médica, foi a exigência de normalização.

Marquei, nessa hipótese, uma tensão no encontro dos médicos com o Estado. Desenvolvo esse aspecto no capítulo V, ao analisar os esforços dos dirigentes do Império, nas décadas de 1830 e 1840, para efetuar o que caracterizo como *ação governamental em saúde*, algo muito diferente, a meu ver, de uma *política pública* na área. Dessa ação, me interessou seus pressupostos, os aspectos que cobriu e os limites que se lhe impuseram. Limites esses, acredito, em parte desenhados pela maneira como os médicos e instituições, como a Sociedade de Medicina de Pernambuco, eram vistas e tratadas pelo Estado imperial. Na verdade, este último aspecto concentra o objetivo primordial do capítulo. O que ele quer compreender é *como o encontro entre o poder de legislar do Estado e o desejo de gestão dos médicos ajudou a configurar o lugar-limite da saúde pública.*

Trata-se, portanto, de uma tese sobre o processo de institucionalização da medicina na Província de Pernambuco, entre os anos de 1829 e 1845. Mas, longe de se basear numa ofensiva médica, este trabalho encontra sua força centrífuga nas práticas de normalização. Sua direção teórica, desenvolvida no capítulo I, está de acordo com o programa foucauldiano para o [de] diagnóstico da medicina moderna.

É certo que as ciências sociais conhecem o conceito de normalização desde a *História da Sexualidade* (FOUCAULT, 1976), momento em que as teses sobre o *biopoder* encontram seu primeiro desenvolvimento. Trata-se de um *dispositivo* capaz de gerir a saúde do homem, tomado não mais como indivíduo, mas como população (FOUCAULT, 1999, 1988). O conceito vem cobrindo, na teoria como na prática, a normalização das populações. O que talvez a tese possa ajudar a pensar é *se não haveria, no material empírico sobre a singularidade da experiência brasileira com o*

dispositivo, a possibilidade de dilatar teoricamente o conceito de normalização para que o mesmo possa cobrir outras regiões além da população.

Numa só palavra, *o objetivo da tese é mapear e analisar processos e territórios a serem normalizados.* Nesse sentido, os capítulos se apresentam como diagnósticos: *Varella* (Capítulo II) apresenta uma patologia do ato médico, a partir da análise da trajetória de formação de seus peritos; *apesar de todos os esforços* (Capítulo V) descreve a ação governamental em saúde, bem como seus limites; *o vastíssimo campo* (Capítulo III) analisa os contornos de uma medicina do organismo e da cultura, em sua busca de credenciamento e montagem de um sistema perito; *a normalização do campo* (Capítulo IV) dá conta de uma tecnologia que, para normalizar, deve encontrar a regularidade das coisas.

Alguns motivos sugerem que uma alternativa frutífera é oferecer *aos médicos, um gesto de cirurgião* (Capítulo I), para se utilizar da vigorosa definição de Frédéric Gros (2004) para a metodologia de Michel Foucault, articulada a partir dos conceitos de *anátomo-clínica* e *biopoder*. O primeiro a partir de *O nascimento da Clínica* (2004), onde o dispositivo é apresentado como próprio à formação discursiva moderna. O conceito de *biopoder*, como já pontuado, pertence às análises sobre a sexualidade. Esses elementos, com um número significativo de rastros na documentação que esta tese se apóia, permitem afirmar, num só movimento, *a atualidade e singularidade da experiência médica no Brasil oitocentista.*

Por fim, para operar a análise da documentação, servi-me do método genealógico. Isso significa que sua urdidura não dá conta de uma origem dos processos de institucionalização da medicina, algo que sugeriria uma essência para a mesma. Trata-se, ao contrário, de lhe dar um começo que, em parte, é produto da própria operação analítica. Esse começo é marcado por um encontro de forças que, no nosso

caso, se fazem representar a partir de séries documentais distintas. Assim, uma parte fundamental do método se deu durante a pesquisa das fontes: identificar as diversas instâncias, na primeira metade do século dezenove, que produziram ou animaram enunciados médicos. O passo seguinte consistiu na descrição e análise sobre o encontro dessas instâncias e os efeitos de verdade que esse encontro faz funcionar.

CAPITULO I

Por uma sociologia do olhar

Epigramas

- 1) *Dizes, que me achando enfermo/Fostes o meu facultativo/A prova de que isto é peta/É eu ainda estar vivo.*
- 2) *Morte! Aqui tens este estojo/Já não sou mais Cirurgião/Não aceito (disse a Morte)/Está em muito boa mão.*
- 3) *Fala-se muito de mortes/No Monteiro, e na Panella./Há por lá fome? Houve Peste?/Nada: é que está lá Varella.*
- 4) *Dizem, há guerra no Sul/A morte pra lá correu/E então cá em Pernambuco?/Diz Varela Basto eu.*
- 5) *Trinta mortos se enterraram,/Hoje só numa capela,/Ou por lá anda a epidemia,/Ou anda o doutor Varella (O Cruzeiro, 1929).*

Fragmentos

- 1) *Apesar dos esforços do Governo em promover a distribuição e inoculação do pus vacínico pelas diferentes Vilas e lugares da Província, tem todavia o flagelo da bexiga ceifado algumas vidas, depois do meu antecedente Relatório. Pelo mapa junto vereis, qual o número dos vacinados nos cinco últimos anos. Bem que o clima de nossa Província seja sadio, o Governo e mais Autoridades dela carecem dos meios necessários para promover a salubridade pública, pela falta de pessoas a quem possa consultar sobre os diversos ramos da Higiene Pública. Seria pois conveniente, que estabeleçêsseis um Conselho de Salubridade entre nós à semelhança do que se*

tem praticado em diversos Países da Europa, e acaba de sê-lo ultimamente na Província da Bahia (Francisco do Rego Barros, Presidente da Província de Pernambuco, 1839).

- 2) *[...] pode-se dizer com exatidão que a Medicina é de todas as Ciências a mais social; porque o homem é o primeiro e mais nobre elemento das Sociedades, e a Medicina o considera e compreende em suas mais importantes e mais amplas relações: do que acabo de ponderar deduz-se naturalmente a necessidade rigorosa de aquinhoar largamente a Medicina na distribuição da influência social, ou seja quando se trata de estabelecer direitos, ou seja quando se tem por fim determinar deveres. Porque resultando as faculdades do homem, considerado na sua complexidade, da combinação de seus órgãos, e infinitas modificações de sua maneira de ser fisiológica, e as condições do exercício dos seus direitos sociais e suas obrigações dependendo dessas mesmas modificações orgânicas; é evidente que todas as considerações relativas a tais direitos e obrigações entram nos fenômenos fisiológicos, que fazem o objeto de estudo da Medicina. E se descendo dessas abstrações se considerar a Medicina em as suas múltiplas aplicações à Sociedade ou antes em as incumbências, que ela é chamada a desempenhar como elemento social, inúmeras são as hipóteses, em que a sua influência se revela em prodigiosa escala e amplíssimo alcance(Doutor Antônio Peregrino Maciel Monteiro, 1842).*

- 3) *[...] que se deixe ao povo a liberdade de escolher quem o trate em suas enfermidades, ou seja filho das escolas do Brasil, ou de nenhuma escola. Quero ter a liberdade em minhas enfermidades de chamar as pessoas que julgar habilitadas para curar-me. Seria necessário demonstrar que quem não estuda nas nossas escolas não pode curar, isto é, que mata sempre. Pode-se dizer que alguns desses que não estudaram nas nossas escolas tem matado muitos doentes, mas haverá quem diga também que os filhos dessas escolas têm feito o mesmo. Entendo pois, que se o governo for um tanto frouxo em coibir a liberdade do cidadão a este respeito, fará um serviço a saúde(Senador Cunha Vasconcelos, 1850).*

- 4) *Não seria difícil melhorar a sorte dos escravos, e quando isto acarretasse algumas despesas, os resultados a compensariam de sobras. Se os proprietários de escravos lhes derem bom tratamento, fazendo escolha dos alimentos, e fornecendo-lhes roupas suficiente (sic) e apropriadas; se não obrigarem ao trabalho durante os três últimos meses de prenhez as escravas que se acharem grávidas, tendo salas em que as crias estejam durante a infância, nelas recebendo os cuidados da mãe ou de pessoas encarregadas de fazê-lo, e sendo vacinadas a tempo, só principiando a trabalhar depois dos dez anos, e mesmo assim em serviço que comportem suas forças; se durante as suas moléstias recorrerem a facultativos, consultando-os desde os primeiros sofrimentos, e recolhendo os [sic] boas enfermarias, em que tenham os medicamentos que lhes forem prescritos; se derem aos escravos mais descanso, não obrigando-os a trabalho imoderado, nem durante a noite quando isso possa ser feito, respeitando os domingos e os dias santos; se, em vez de bárbaros castigos corporais, recorrerem a outros meios de correção, como diminuição por dia dos alimentos, prisão escura, etc.;se enfim situarem bem as senzalas, fazendo-as construir segundo*

as regras da Higiene, obrigarem os escravos a manterem limpas e a se banharem depois do serviço [...], verão que as moléstias diminuirão consideravelmente [...] e, depois desse resultado, reconhecerão que a repressão do tráfico não é tão grande mal, como ele pensam [...] (Dr. José d'Aquino da Fonseca, 1856).

Os registros cobrem — o último excede — a primeira metade do oitocentos. Como extratos, compõem as séries documentais identificadas, na seqüência dos anos, sob as rubricas de periódicos, Provincial Presidential Reports; Annaes da Medicina Pernambucana; Anais do Senado do Império do Brasil e Ministerial Reports. Trata-se de séries documentais sobre a imprensa, a política, a burocracia e a produção médico-científica dos idos do Brasil Império. Os referidos extratos falam de morte, poder, resistência, tecnologia, trabalho escravo e outros assuntos, que se ligam uns aos outros porque são atravessados por perspectivas sobre a doença, ou por demandas que só parecem se resolver, com propriedade, no solo próprio da medicina. Essas séries documentais, que sustentam a análise que se desdobra nesta tese, já foram objetos da Sociologia Histórica. Autores as utilizaram, em conjunto ou em separado, para formar volume e densidade, junto a outras famílias de registros, ou para lhes negar qualquer espaço comum.

Detenho-me, aqui, em três destes autores, Gilberto Freyre, Carlos Alberto Cunha de Miranda e Jurandir Freire Costa, que analisaram, com motivos e pressupostos teóricos diferenciados, ainda que não totalmente divergentes. O plano teórico que sustenta a análise empírica desta tese foi decidido no diálogo com esses autores e na tomada de distância dos mesmos. Isso significa que a forma como suas análises são tomadas e lidas, aqui, pode se tornar elucidativa daquilo que o desejo, por trás desta tese, quis indicar.

1.1 Gilberto Freyre: medicina, tradição e vida íntima.

Uma dessas análises se materializa em *Sobrados e mocambos* (FREYRE, 2003). Conduzida pelo conceito-objeto *cultura*, a ação médica é marcada, num nível, como uma prática européia obstaculizada pela *resistência* nativa. Esta animada pela *tradição* e que, por isso mesmo, permite alianças inesperadas, para, em outro nível, se constituir numa linha de fuga para sujeitos que desempenhavam papéis subalternos no tabuleiro das relações íntimas da família brasileira, a exemplo da mulher do sobrado oitocentista.

Esse último aspecto, em Freyre, não passou de breves indicações, mas que marcam ao menos três funções ou usos a que os médicos se prestaram nas relações de gênero. O médico foi, primeiramente, aquele que denunciou as condições anti-higiênicas e o contexto insalubre que a mulher pernambucana, nos séculos dezoito e dezenove, estava submetida. Destes, Freyre oferece um elenco:

[...] mais confinada que o homem à habitação patriarcal, à camarinha, à alcova; mais sedentária, quase nunca fazendo a iaiá de sobrado o menor exercício; mais presa à casa, que era o sobrado quase mourisco ou levantino; enfraquecida pelo uso quotidiano do banho morno, que só fazia amolecer mulheres já tão lânguidas [...], mocinhas que [morriam] tuberculosas [...], mulheres casadas que [definhavam] de anemia ou [...] mães cujo ventre [apodreciam] moço de tanto gerar, agredido pelo membro viril do marido patriarcal com uma freqüência que era uma das ostentações de poder do macho sobre a fêmea, do sexo forte sobre o fraco (FREYRE, 2003, p.236).

Para o alto índice de mortalidade feminina que se podia esperar nessas condições e contexto, principalmente entre as mulheres mais novas, a cultura brasileira fazia emergir compensações psicológicas — “Se idealizou nos sobrados”, informava Freyre, “a figura da moça que morria virgem” (idem.) — que, na mesma medida em que o ato médico iria se institucionalizando, perdia, como recurso, força e uso.

Acreditando que no começo do século dezenove o médico desliza ou, mais propriamente, engole com sua sombra a posição ocupada pelo padre na economia da *confissão*, o segundo papel ou função do médico é daquele que anima uma mudança cultural, “acabando aos poucos com idealizações tão anti-sociais” (ibidem, p.237).

Uma última apropriação, demonstrada na obra de Freyre, pressupõe uma tensão entre técnica e erotismo. O médico funciona, aí, como o masculino *outsider*, o homem de fora da família com acesso ao corpo da mulher, e cuja técnica lhe permite registrar, através de indícios silenciosos, acontecimentos que para o padre sempre corria o risco de não vir a luz, posto que dependia de uma confissão auricular. Assim, o jogo entre a *boca que confessa* e o *ouvido que escuta*, cede espaço, com o médico, para uma nova relação, onde se institui o *olhar que vê* e o *corpo de onde se desprendem signos* que se oferecem, em seu conjunto, como uma *legibilidade*. É assim que, para Freyre, a mulher brasileira do século dezenove “foi encontrando no doutor uma figura prestigiosa de homem em quem repousar da do marido e da do padre, a confissão de doenças, de dores, de intimidades do corpo oferecendo-lhes um meio agradável de desafogar-se da opressão patriarcal e da clerical” (idem).

Freyre, na verdade, acreditava que a figura do médico tivesse feito mais que isso. Sua “supremacia” em relação ao padre, demonstrada ainda no começo do oitocentos, devia ser lida como um disparador de uma “fase nova na situação da mulher”. De qualquer modo, tomados os três usos em conjunto, compreende-se que na perspectiva de Freyre, a ação do médico encontrou, no âmbito das relações de gênero, um solo fértil onde pôde se impor legitimamente.

Essa mesma sorte o médico não encontraria em sua intervenção na saúde da população brasileira, de forma mais geral. Esse aspecto emerge quando Freyre procura convencer seus leitores que análises sobre a formação sócio-histórica brasileira, que reduzissem os embates entre senhores e escravos, ou entre brancos e negros, a antagonismos puramente de raça ou de classe, perderiam em riqueza explicativa, já que, Freyre acredita que esses confrontos, além de muitas vezes apontarem as duas dimensões atuando conjuntamente, permitem perceber que muitos desses antagonismos eram animados por um choque entre culturas distintas. Registre-se que Freyre não consegue escapar, seja como for, de uma perspectiva dicotômica.

Para Gilberto Freyre, o exemplo mais eloqüente desse tipo de confronto materializou-se no episódio do “preto Manuel”¹ que, atuando no Recife na década de 1850, dizia curar acometidos de cólera. Chegou mesmo a tratar enfermos no hospital da Marinha do Recife. O Presidente da Província dizia emprestar a essa acomodação oficial do curandeiro, uma função estratégica, posto que, argumentava, era o único meio de tirar Manuel de circulação sem causar um distúrbio popular que, não controlado, poderia manchar a cidade com sangue. Manuel, que já tinha conquistado a simpatia das classes mais populares, afeitas ao curandeirismo de ascendência africana e indígena, contava também com certa credencial religiosa. É sabido de um padre católico que, do púlpito, pregava “a favor deste preto e contra os médicos e boticários, pretendendo que estes o quieriam matar por que elle curava os pardos e pretos” (ibidem p. 640). Ademais, Manuel

¹ Não se sabe muita coisa sobre Manoel. Gilberto Freyre só faz indicá-lo como preto — o que podia significar que Manoel teria conhecido a escravidão, mas que, para época do seu incidente com as autoridades de saúde em Pernambuco, se encontrava liberto e exercendo o curandeirismo; Carlos Miranda, que também o identifica como um curandeiro, acredita que Manoel era escravo.

se viu acobertado pela simpatia e testemunho de “pessoas mui notaveis, entre ellas os commendadores Manoel José da Costa, Manoel Gonçalves da Silva, e o chefe do estado maior Sebastião Lopes Guimarães” (idem).

Gilberto Freyre utilizou os registros sobre o episódio do “preto Manoel” como indicadores da diversidade dos atores, provenientes de diferentes classes sociais e grupos étnicos, que se aglutinaram em torno daquele curandeiro. Era esse contingente que solicitava seus serviços, testemunhava suas curas, denunciava a arbitrariedade das autoridades médicas e administrativas que buscavam neutralizar sua mobilidade. Este meso contingente se mostrava disposto a uma reação violenta contra os médicos que buscavam cessar a ação terapêutica do curandeiro. Nessa direção, longe de testemunhar um confronto entre classes ou de raças, o caso do preto Manuel torna-se exemplar sobre o antagonismo entre culturas que Freyre irá identificar no Brasil, ao longo de todo o século dezanove.

Freyre diz se tratar de um antagonismo que colocava em tensão, de um lado, os médicos “de formação européia com suas drogas, seus instrumentos de cirurgia e até suas máquinas inglesas e francesas de tratar doentes” (ibidem, p.649), e de outro, “curandeiros de formação africana ou indígena” (idem). Um confronto possível, afirma Freyre, em função da base cultural dos brasileiros oitocentistas: “gente telúrica, confiante mais nas ervas dos escravos e caboclos da terra do que nas drogas francesas e inglesas nas boticas” (ibidem p.641). Tratava-se, para ele, de algo mais que costume.

Gente antes conservadora da cultura tradicional — a de origem principalmente ibérica — que disposta a substituí-la ou modificá-la. De modo que, por inércia cultural, confraternizam esses brancos de casas-grandes e até dos sobrados patriarcais, com os negros da senzala e os pretos e pardos livres de mocambos, antipáticos, por

inércia ou sentimento de suficiência cultural, às inovações européias da terapêutica, contra os brancos mais europeizados das cidades, para quem a medicina da Europa era a verdadeiramente capaz, com suas inglesas e francesas, de curar doentes e dominar doenças (ibidem p.640-641).

Recortadas desta forma, as séries² utilizadas por Gilberto Freyre revelam uma experiência diferenciada e, por vezes, contraditória, referente à cultura brasileira e à prática médica: um choque cultural é flagrado e o embate indica um *déficit* na ação médica. Dessa mesma ação, são perceptíveis certas *apropriações sociais* nas quais a supremacia médica é ressaltada. A indecidibilidade, própria à sua estilística, não esconde que Freyre marcou a experiência médica na cultura brasileira por um tipo de jogo de ligação/disjunção, ora rallentando sua marcha em função dos pontos de resistência, ora rachando o solo psicológico onde se teciam as relações, tais como as de gênero. Tudo se passa como se entre médicos brasileiros — sobre os quais Freyre não cansará de denunciar a formação européia — se desse um encontro de forças onde ambos oferecessem e encontrassem *pontos de resistência* com níveis variados de intensidade e *zonas esgarçadas* com diferentes graus de desgaste. É como se tanto as hermeticidades como as maleabilidades dependessem, nesse estado de coisas, de vetores capazes de construir o que poderiam caracterizar-se, na mesma direção de Max Weber, como *afinidades eletivas*.

² Freyre aponta também para a convergência entre discurso médico e agenda política, como se demonstra nos debates sobre a substituição da mão-de-obra escrava por colonos orientais. Faz referência ainda às observações dos médicos sobre a influência de fatores sociais que favorecem a incidência de determinadas doenças, como no caso das mulheres que eram mais acometidas de problemas respiratórios, já que o “arrocho” dos espartilhos “perturbava ‘o jogo respiratório das costelas e diafragma’, influenciando ‘sobre a hematose’” (ibidem, p.235-236). Neste caso, o médico atua na narrativa de Freyre, como um cronista dos costumes, suas anotações devem gerar uma indisfarçável surpresa própria ao jogo arriscado entre saúde e exigências culturais. Da aliança entre a medicina e a esfera política se deduzirá uma variante da temática sobre a reeuropeização do Brasil, o que reapresenta a temática do choque cultural e das posições políticas que se delineiam dentro e fora da *tradição*.

Existe algo de muito interessante na perspectiva *culturalista* de *Sobrados e mocambos*, a despeito de hoje já se poder determinar melhor suas fragilidades teóricas. Qualquer apropriação dessa perspectiva deveria obrigá-la a abrir mão, primeiramente, da constatação de uma “*inércia cultural*” em favor das relações de força entre os médicos e a “gente telúrica”, pressuposto que parece contrariar a noção de *plasticidade* que Freyre usa para determinação de uma das características inerentes à cultura brasileira. E como Freyre preferiu destacar, o protagonismo dos “curandeiros africanos ou da terra”, conhecedores “de ervas ou plantas tropicais” (idem, p.641), seu conceito de cultura se torna essencialmente dependente do conceito de *tradição*³, termo capaz de garantir, através de uma dureza conceitual semelhante, a inércia que Freyre reclama. Contra um pensamento freyreano guiado por desejo de identidade alicerçada na tradição, será preciso advertir, como faz Homi Bhabha, que

os termos do embate cultural, seja através de antagonismo ou afiliação, são produzidos performativamente. A representação da diferença não deve ser lida apressadamente como o reflexo de traços culturais ou étnicos preestabelecidos, inscritos na lápide fixa da tradição. [...] O reconhecimento que a tradição outorga é uma forma parcial de identificação. [...] Esse processo afasta qualquer acesso imediato a uma identidade original ou uma tradição recebida (BHABHA, 2003, p.20-21).

Em todo caso, Freyre não desconhece que exista uma pragmática ou *agendas políticas* que animem cada escolha na qual os indivíduos reafirmam a tradição. Este fato já está assinalado, por inferência, na descrição das *apropriações sociais* que a figura do

³ Deve ser lembrado que já na resposta que Michel Foucault oferece ao Círculo de Epistemologia — althusserianos de segunda geração, pouco afeitos ao estruturalismo e preocupados com a prática política — espécie de esboço de Arqueologia do saber, a noção de tradição figura entre aquelas carentes “certamente de uma estrutura conceitual muito rigorosa, mas [que] sua função é muito precisa” (FOUCAULT, 2005b, p. 87). Sua funcionalidade é conjurar todo o demônio refugiado no novo através de uma credencial de antiguidade: “permite simultaneamente situar qualquer novidade a partir de um sistema de coordenadas permanentes, e dar um status a conjunto de fatos constantes” (idem).

médico experimentou, como é o caso das capturas que a “mulher do sobrado” lhe impôs - figura prestigiosa de homem, meio agradável de desafogar-se da opressão patriarcal e da clerical. Aliás, uma pragmática capaz de acentuar a escolha pela tradição é marcada. A “gente telúrica” optava pela tradição no momento mesmo da constatação empírica sobre a impossibilidade da saúde e que ela pudesse ser restabelecida a determinados grupos pela ação médica.

A esse elemento europeizado, foi particularmente desfavorável a devastação da população africana, ou de origem africana, das senzalas e mocambos, pelo ‘mal asiático’. Onde estava o poder da técnica européia? De que valiam os instrumentos as máquinas, as ingesias dos médicos de formação européia, se tantos eram os negros e pardos que vinham morrendo de cólera? (FREYRE, 2003, p.642).

A essa impotência poder-se-ia juntar o tema da imperícia médica, já tão bem presentida na primeira metade do século dezenove pelos *epigramas*⁴ e considerada grave em 1850 pelo senador Cunha Vasconcelos⁵. Mas a análise que Freyre faz dos médicos e a função que os mesmos ocupam em sua sociologia histórica, não estimula temas como a ineficácia médica, posto que, nos trabalhos do autor, o médico figura justaposto a agentes e mecanismos que, funcionando num sistema *encaixe/desencaixe* (acompanhando o movimento dos nós e as zonas esgarçadas da cultura brasileira), cooperou para a constituição, a partir das mutações no domínio da intimidade familiar, de uma nova sensibilidade brasileira para a medicina alopática e para os médicos que a representavam.

⁴ Vide extratos apresentados nas páginas iniciais.

⁵ Idem.

1.2 Carlos Miranda e a ofensiva médica.

O caso do “preto Manuel” é, também, um dos animadores da análise que Carlos Alberto Cunha Miranda (2001) começou a desenvolver sobre a experiência pernambucana da institucionalização da medicina no oitocentos. Diferente de Gilberto Freyre, porém, Carlos Miranda não está interessado em tornar evidente a força demonstrada pelo curandeirismo, mas em constituir o “preto Manoel” como um sintoma da mudança de tratamento que médicos e atores estatais, num prazo muito curto de tempo, passaram dispensar às práticas estranhas a uma medicina alopática (MIRANDA, 2001, p.97).

Em linhas gerais, o artigo do professor Miranda se apóia nas pesquisas teóricas e empíricas de Michel Foucault e Georges Rosen, autores preocupados em descrever as condições de possibilidade da emergência da *medicina social* na Europa. Nesses autores, o professor encontrou uma gramática conceitual (*polícia médica, medicina urbana, medicina da força de trabalho*) que se confunde com as etapas históricas que permitiram o desenvolvimento da medicina social. A urdidura do artigo evidencia uma convergência entre medicina social (gestão médica sobre a sociedade), polícia médica (gestão da vida pelo poder político), temáticas desenvolvidas por Rosen no final de 1970, e a tese sobre o *biopoder*, espécie de gerência da vida pelo poder, como anunciada por Foucault em meados daquela mesma década.

O aspecto nevrálgico dessa imbricação pode ser resumido, evidentemente, pela noção de *controle*. Como afirma Miranda, “o médico deveria controlar todos os pólos da vida, inclusive os mais íntimos, para o bem estar da comunidade” (ibidem, 2001, p. 98), numa referência específica a Johann Peter Frank, um dos mais notáveis teóricos da polícia médica do século XIX. Uma afirmação que demonstra o desejo de gestão capilar assumida

pelo *biopoder*. Esse desejo era animado pelo pressuposto de que o “bem estar da comunidade” deve ser entendido, em última análise, como o bem estar do Estado. Gravidez, infância, alimentação, moradia, vestuário, trabalho e lazer se configuraram, a partir da polícia médica, em assunto de Estado. O próprio interesse por dados estatísticos denunciava que a polícia médica era, efetivamente, um dos ramos da administração do Estado que concorria à “regulação social” (ROSEN, 1979, p.151).

A compreensão do tipo de controle e do alcance que a medicina social e a medicina de Estado procuraram efetivar fica assegurada, no artigo de Carlos Miranda, pelo conceito de *salubridade pública*, noção que assinala não somente um controle sobre a população através de uma atuação direta e direcionada ao corpo dos indivíduos, mas a de igual natureza na saúde da coletividade (MIRANDA, 2001, p.98). Um corpo coletivo, como assentiria Gabriel Tarde (2007), é formado por indivíduos, mas estes estão longe de esgotar a lista dos dinamizadores sociais. Nesta perspectiva, a insalubridade pública aumentava a lista dos agentes que interferiam na saúde da população e que médicos e políticos procuraram exercer, sobre ela, um controle e uma gestão.

Era assim que os médicos, no final dos setecentos e durante os oitocentos, se dedicaram, na Europa, à *análise dos acúmulos* (matadouros, padarias, cemitérios, entre eles) para o *controle da circulação das coisas e dos elementos* (ar, água, com mais atenção) e *para a organização das distribuições e das seqüências* (praças públicas, mercados, transportes, etc.). Esses elementos mudaram as feições da medicina na Europa. A sugestão do professor Miranda, a partir das considerações de Rosen, é que o *acontecimento* médico no Brasil, a partir do século XIX, deva ser analisado á luz da “influência” que a Europa aqui exerceu.

Esses elementos teóricos cobrem a primeira parte do artigo do professor Miranda. O empenho da segunda parte consiste em analisar as instituições médicas no Brasil do século dezenove, com atenção particular às que emergiram em Pernambuco. Os objetivos de seu exercício analítico lhe exigiram uma breve narrativa sobre o funcionamento institucional da medicina no Brasil, desde o período colonial, caracterizado por um atendimento precário em atenção médica oferecida pelas instituições assistenciais, como as Santas Casas de Misericórdia, e de uma fiscalização ineficiente das Câmaras Municipais. Para este autor, houve uma descontinuidade das práticas médico-institucionais, perceptível desde 1828, ano da criação da *Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ)*, órgão de natureza propagandística e apologética, que também funcionou como órgão consultivo do governo imperial. Para Miranda, a importância dessa instituição, para a nova trajetória médica, é evidenciada pelo fato da mesma ter elaborado, a pedido do Governo, o anteprojeto que deveria guiar a reforma do ensino médico no Brasil (MIRANDA, 2001, p.102).

Quando o artigo de Miranda se restringe às estratégias que os médicos se utilizaram para dilatar o seu raio de ação em Recife, ou seja, ao seu objeto central, a análise procura evidenciar a convergência entre determinados interesses governamentais e médicos. Assim é que o autor afirma que na década de 1820 já existia uma percepção, por parte dos administradores da província de Pernambuco, sobre a relação entre entraves econômicos e insalubridade⁶. Nessa direção, se a criação, em 1845, do *Conselho Salubridade Pública*, significou uma vitória política para a corporação médica que começava a se desenhar, essa emergência deve ser encarada, também, como parte de um

⁶ Essa percepção foi particularmente salientada a partir da gestão de Francisco do Rego Barros, Conde da Boa Vista, como Presidente da Província de Pernambuco (1837 – 1840).

esforço de modernização da Província ao lado daquele realizado pela *Repartição de Obras Públicas*. O *Conselho* funcionou até 1853, tendo suas funções de consultoria do governo e de fiscalização da cidade substituídas, naquele mesmo ano, pela *Comissão de Higiene Pública* (ibidem, 2001, p.104-106).

A *Sociedade de Medicina de Pernambuco (SMP)*, instalada em 1841, e os *Annaes da Medicina Pernambucana (AMP)*, seu periódico que passou a circular em Recife, no ano seguinte, podem ser consideradas as instituições médicas que emergem de maneira autônoma, ainda que beneficiadas pelo contexto político que a análise cobre. Miranda pontua a formação europeia da maioria dos membros da *SMJ* e a natureza científica — ciência social mais propriamente, como se verá — que a instituição buscava granjear para a medicina. Dos *AMP*, por seu turno, Carlos Miranda se ateu em elencar as temáticas recorrentes, quais sejam: salubridade publica, moléstias reinantes, procedimentos cirúrgicos e observações metrológicas, além do programa de prêmios para as melhores monografia sobre temas do domínio médico (ibidem, p.104-105).

O artigo analisa outros elementos, como a divergência entre os médicos, sobre as causa que disparavam uma epidemia, contenda que, de modo geral, dividia as opiniões entre a teoria do *contágio* e a dos *miasmas*. De qualquer modo, o resumo apresentado oferece os argumentos principais para o que Miranda quis sustentar. Isto é, que em 1829 a *ofensiva médica* tem início, objetivando “restaurar o poder, perdido com o regulamento de 1828”, e que assinalou o desmantelamento da *Fisicatura*⁷.

Daí ao menos duas ordens de problemas. Do ponto de vista teórico, defendo, por razões que desenvolverei mais tarde, que as análises foucauldianas constituem a melhor

⁷ Instituição médica do período colonial. Muito embora não reconhecesse oficialmente o curandeirismo, na prática, demonstrou mais tolerância aos mesmos que as instituições médicas que emergem no Império.

opção teórica para a análise da massa documental que Miranda utiliza. No entanto, a teoria foucauldiana desestimula qualquer análise que caracterize a trama médica no Brasil Império como efeito da “influência” de idéias européias. É de se notar que, já no final da década de 1960, Foucault denunciava, de modo particular no domínio da *história das idéias*, a pouca operacionalidade de conceitos como *crise*, *tomada de consciência* e *influência* (FOUCAULT, 2005a). Ademais, a análise histórica sobre a condição colonial do Brasil no século XIX e a percepção dessa mesma nação como espaço Ocidental ou ocidentalizado pode indicar que os acontecimentos médicos protagonizados no Brasil, durante o século dezenove, são mais bem caracterizados se encarados como um *desdobramento*. Em outras palavras, trata-se de não tomar a experiência brasileira como uma espécie de decalque da medicina européia, mas sim o de ressaltar a configuração singular daquela experiência em seu contato com um dispositivo médico específico.

No âmbito conceitual, não concordo com a utilização *tout court* de alguns conceitos da gramática utilizada pelos autores, tal como é o caso das noções de *medicina de Estado* e *medicina do trabalho*. A singularidade brasileira desautoriza, conforme concebo, esse deslizamento inteiro. Por um lado, o escravismo do oitocentos operou a construção, aqui, de uma sociedade diferente das industriais para as quais o último termo medicina do trabalho fora forjado; por outro, medicina de Estado não parece ter sido um dos exercícios que se possa atribuir, ao menos com os dados empíricos disponíveis, à administração pública do Brasil oitocentista. Alguns conceitos precisam, portanto, sofrer uma redução do seu raio de alcance, ao passo que outros deverão ter seus limites dilatados.

Por fim, no campo empírico, a documentação parece não favorecer a defesa vigorosa de uma *ofensiva médica*. A começar pelo caso do “pai Manuel”. De fato, ele

pode bem demonstrar certa mudança nas relações entre autoridades (médicas e governamentais) e curandeiros que atuavam, certamente, com uma margem de liberdade bem maior nos tempos da Fisicatura. No entanto, o incidente me parece estar longe de indicar uma ofensiva. Considere-se que, muito embora a recusa do curandeiro em obedecer à determinação das autoridades que exigiam a suspensão de suas atividades, tenha lhe ocasionado a prisão, o episódio termina, como tinha sido pontuado por Gilberto Freyre, de modo mais favorável àquele terapeuta popular, do que para os médicos de formação alopática (FREYRE, 2003, p.640).

Por outro lado, quando as atividades de instituições médicas do Século Dezenove são examinadas mais detidamente, como fez Edmundo Campos Coelho (1999), em relação à *SMRJ*⁸, sua função ofensiva fica comprometida, mesmo quando se admite o seu papel policialesco. Da *SMRJ*, que contou com uma vida institucional curta, Edmundo Coelho expõe “um currículo de modestas realizações” (COELHO, 1999, p.121). E, mesmo seu feito “mais notável” é caracterizado, pelo autor, como uma ação tímida, reveladora de “uma razoável dose de insegurança” (*Id*, p.122).

A elaboração do anteprojeto para a reforma do ensino médico no império é valorizada, por Carlos Miranda, como mais um indicador da ofensiva médica (MIRANDA, 2001, p.102). Acontece que se as escolas de medicina da Bahia e da Corte foram tributárias da versão do anteprojeto que a *MRJ* apresentou, isso só pôde ocorrer após a aprovação de emendas impostas pela *Comissão de Saúde Pública da Câmara dos Deputados*. Edmundo Coelho argumenta que a proposta da *SMRJ* era problemática, ao menos em dois aspectos: exigia, por um lado, um consenso entre as escolas para que o

⁸ Criada em 1829, com a mudança de seu estatuto em 1835 passa a designar-se *Academia Imperial de Medicina* e em 1889, com a República, *Academia Nacional de Medicina*.

exercício da arte de curar fosse efetivo. Sem maiores explicações do que isso significasse, a *SMRJ* criou um entrave para a prática profissional, tanto mais não fossem as diferenças geográficas e de estilo entre as duas escolas, aspectos que, certamente, obstaculizavam a efetivação desse consenso. Por outro, garantia a liberdade de ensino das artes médicas e assegurava, na letra da lei, que não haveria oposição por parte das faculdades. A sugestão que Coelho oferece ao leitor é que a exigência de consenso entre as escolas para a expedição de diplomas e a garantia de liberdade de ensino da arte médica sejam analisadas em conjunto, pois, combinadas, se constituíram em pedra de tropeço para os médicos e para a própria *SMRJ* (COELHO, 1999, p.123-124).

Como também indicado, foi em Rosen que Miranda buscou a funcionalidade da *polícia médica*. Compreensão necessária, já que, como ele indica em seu artigo, o termo é recorrente nos registros do *Conselho de Salubridade Pública* e indicado “como instrumento eficiente no controle das epidemias e no combate aos terapeutas populares” (MIRANDA, 2001, p.105). Em muitos casos, porém, a menção à polícia médica da Província de Pernambuco servia para que o *CSP* pudesse, a partir de comparações com suas congêneres em países nos quais seu funcionamento era tomado por canônico, assinalar sua ineficácia. Ademais, era possível, como fazia um médico associado à *Sociedade de Medicina de Pernambuco*, reconhecer sua inexistência⁹. Se houve alguma espécie de *ofensiva médica*, ela certamente não se concretizou apoiada na ação de uma polícia médica efetiva.

⁹ APEJE, *Colleção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845. Tanto a ineficiência como a ausência de uma polícia médica em Pernambuco serão exploradas no capítulo quatro desta tese.

É claro que muitas das considerações médicas sobre a forma que sua intervenção junto à população deveria ser exercida foram expressas em tons notoriamente agressivos. Um exemplo disto pode ser verificado na opinião sustentada por um membro da *SMRJ* sobre a necessidade de que a “autoridade, como mais instruída, e mais capaz desta inteligência, faça o que entender que é útil e conveniente, sem se importar com o que diz ou pensa o povo erradamente, e sem lhe dar satisfação em matéria que não pode ser juiz [...]”. Contudo, ao menos no que concerne à experiência pernambucana, raras vezes uma intervenção dessa natureza logrou efetivar-se. Isso exige que, caso não seja possível se livrar inteiramente da noção de ofensiva, ao menos será preciso repensar seu alcance e os marcos cronológicos em que a mesma tenha se efetuado.

1.3 Jurandir Freyre Costa e o higienismo como medicina de Estado

Direção igualmente diversa à freyriana e com alguns pontos coincidentes com a do professor Carlos Miranda, encontra-se nas pesquisas de Jurandir Freire Costa (1999) sobre *ordem médica e norma familiar*, mesmo que sua análise conclua por uma *reeuropeização* dos costumes (COSTA, 1999). Medicina e ação médica, principalmente a de natureza higienista, são deslocadas para o centro da análise. Trata-se, a partir de então, de compreender o funcionamento do *higienismo*, tomado na análise, como o agente mais poderoso que o Estado brasileiro utilizou para transformar a família *patriarcal* em *pequeno-burguesa* no Rio de Janeiro, durante a segunda metade do século dezenove. O

pressuposto que faz dessa análise uma sociologia histórica, é explicitado por Costa, logo de saída. Como afirma este autor,

[...] quando observamos os resultados da educação higiênica, uma conclusão se impõe: a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização. De fato, muitos dos fenômenos apontados, hoje em dia, como causas da desagregação familiar, nada mais são que conseqüências históricas da educação higiênica. Em outros termos, as famílias se desestruturaram por terem seguido à risca as normas de saúde e equilíbrio que lhes foram impostas (COSTA, 1999, p.15).

É importante considerar que essa “desagregação familiar”, causada por uma educação higiênica eficazmente operante, se constituiu, num certo nível, como efeito de um *saber* (“*porque a medicina era, de fato, empírica e conceitualmente científica que sua ação política foi mais operante [...]*”), e noutro, porque a educação higienista era posta em ação por agentes subordinados a um Estado moderno capaz de lançar mão “dos equipamentos de *normalização* [grifo meu], que são sempre inventados para solucionar urgências políticas” (COSTA, 1999, p.51).

Este último aspecto é o mais destacado por Jurandir Freire Costa. Em sua análise, Costa afirma que havia uma animação da medicina higienista por um Estado que, após a abdicação de Pedro, teria se tornado “o moto-propulsor do súbito prestígio da higiene”. Esse novo Estado parece ter compreendido que “a atividade médica coincidia e reforçava a solidez de seu poder”. Além de uma medicina de Estado, Freire Costa também caracteriza a medicina como um instrumento de dominação de classe, tal como é destacado na crítica de José Carlos Pereira (2005): “o sucesso dos higienistas vincula-se ao fato de terem conseguido congregar ‘harmoniosamente interesses da corporação médica e objetivos da elite agrária’” (PEREIRA, 2005, p.126). Em todo caso, Costa

afirma que a urgência política que Estado e elites tinha que dar conta era disciplinar o corpo da população. Dessa forma, o desejo de *normatização* buscava se apropriar das tecnologias médicas de *normalização* (COSTA, 1999).

Essa exageração da agência dos médicos higienistas e do protagonismo do Estado é o aspecto que mais tem sido criticado na *ordem médica* de Jurandir Freire Costa. Novamente, José Carlos Pereira, ao elencar os modelos de explicação sociológica em medicina social, se ressentido de Costa em função deste, além de reservar à higiene o papel de causa e não de efeito, “atribuir aos agentes sociais da história, principalmente ao Estado, uma racionalidade praticamente impossível de ocorrer em condições sociais concretas” (PEREIRA, 2005, p.129). Vanessa Sial, procurando explicar a secularização do costumes fúnebres em Pernambuco, do final da primeira metade do século dezenove, destaca o pouco espaço que esquemas como o de Freire Costa reservam para as resistências de atores sociais que sofrem a ação médica e, apressadamente, atribui-se esse resultado à opção de análise pós-estruturalista (SIAL, 2005).

Trata-se, nos dois autores, de uma crítica a uma espécie de “cumplicidade em torno do Estado” (DELEUZE, 2005:40) que as análises de Jurandir Freire Costa estabelecem, e que tem conseqüências teóricas maiores do que as que apresenta Pereira — voltarei a esse ponto adiante — que, aliás, entende ser possível extrair, da pesquisa de Costa, “uma análise funcionalista”, ainda que a *ordem médica* de Costa seja, sob sua ótica, “uma obra vinculada ao estruturalismo, embora o autor não explicita seus pressupostos metodológicos” (PEREIRA, 2005, p.124). Acontece, porém, que o conceito de funcionalismo em Pereira, de tão geral, corre o risco de nada significar. Tomado de empréstimo de Florestan Fernandes, o conceito cobre “uma constante em praticamente em

qualquer investigação sociológica” (idem), impedindo o desenho de contornos que lhe habilitem como um método singular.

Não existe necessidade, em todo caso, de assumir a marca que Pereira procura imprimir ao trabalho de Jurandir Freire Costa, já que, ao contrário do que Pereira afirma, o próprio autor explicita seus pressupostos (nas primeiras páginas do capítulo III), filiados, é certo, a um tipo determinado de estruturalismo. Nem vejo razão para tomar por verídica as acusações de Vanessa Sial ao pós-estruturalismo. Essas desobrigações devem tornar explícito o que até aqui se insinuava: a opção desta tese de se apoiar numa teoria e numa metodologia intersticiais, e que, acredito, guarda possibilidades de análise que ainda não se esgotaram.

Gostaria de agregar desse modo, uma quantidade sensível de estruturalismo onde Sial só reconhece o seu *pós*-. Procurarei valorizar, aqui, certa zona de indecidibilidade que não permite distinções polares entre a teoria e metodologia estruturalista e a pós-estruturalista. O instrumental que Michel Foucault produziu, neste interstício, realiza, a um só tempo, a exigência feita por Pereira de uma análise sobre a ação dos médicos que apresente um grau menor de determinação dos mesmos pelo Estado e pelas elites, e a reivindicação de Sial a favor da entrada, na cena analítica, dos pontos de resistência à ação médica. Daí o que se segue.

1.4 Foucault: um estruturalismo para diagnosticar a atualidade

Acentuando um dos objetivos explícitos do trabalho de Foucault, qual seja, *alcançar os limites daquilo que, em cada época, é possível ser tomado pelo pensamento*, François Dosse (2007) procura marcar a importância do filósofo para o movimento estruturalista,

ainda que, pela singularidade de seu envolvimento com a abordagem, seja praticamente impossível reduzir a produção de Foucault a algum tipo de “molde comum” (DOSSE, 2007, p.201). De qualquer modo, como resultado dessa relação, o estruturalismo se viu enriquecido por uma “perspectiva histórica insuspeitada quando se estabelecia o paradigma frio de Claude Lévi-Strauss” (idem). É com esta certeza que Dosse avalia *História da loucura*. Apoiado, dentre outros lugares, no livro *Loucura e desrazão*, o autor traça a intenção comum entre a abordagem estruturalista e a foucauldiana:

Essa busca de um objeto desembaraçado das camadas sedimentadas de discurso que sobre ele se depositaram corresponde à temática estruturalista do momento que assume a forma da investigação da diversidade do grau zero da estrutura da língua, do parentesco, do inconsciente... O projeto foucaultiano inscreve-se nessa perspectiva ao se propor 'alcançar na história esse grau zero da história da loucura em que ela é experiência indiferenciada, experiência ainda não repartida da própria partilha'. Esse trabalho sobre os limites obscuros da razão quer devolver vida e voz, por trás dos discursos com pretensões de racionalização, à própria loucura: 'Não quis fazer a história dessa linguagem, mas, antes, a arqueologia desse silêncio' (DOSSE, 2007, p.210).

É necessário discordar do significado incongruente com todo o projeto foucauldiano, que François Dosse oferece sobre a história do silêncio que Foucault quis traçar em torno da experiência da loucura. É possível afirmar, inclusive, que a matéria loucura não existe¹⁰, que ela não preexistiu fora das regras modernas de sua formação. Mas é preciso reter, de qualquer modo, que a leitura do autor sobre as afinidades do pensamento foucauldiano com o programa estruturalista buscou validar-se, entretanto, na

¹⁰ Curiosamente, essa mesma percepção se encontra em um dos artigos de Barthes e que Dosse achou interessante destacar: “[...] Foucault realiza o mesmo deslocamento da natureza para a cultura, ao estudar o que era considerado até então um fato puramente médico. Da mesma maneira que as relações de parentesco foram analisadas por Lévi-Strauss como fenômeno de aliança, o inconsciente estruturado como linguagem por Lacan, a escritura literária depende de uma aprendizagem, de uma produção que nada tem a ver com um gênio qualquer criador na nova crítica literária. Michel Foucault 'recusou-se a considerar a loucura como realidade nosográfica [...] a loucura nunca mais será mais que uma forma acrônica a localizar com exatidão retirando-se dela toda a substância, todo o conteúdo transcendente" (Barthes *apud* DOSSE, 2007, p. 214). Reconduzir a loucura à história é, portanto, afirmar que a loucura, enquanto fenômeno natural, não existe

recepção da *História da loucura* por estruturalistas como Roland Barthes, que a percebe como “a primeira aplicação do estruturalismo à história” (ibidem, p.214)¹¹. Ademais, o próprio Michel Foucault reconhecia o papel que a noção de estrutura, tal como se encontrava em Dumézil, desempenhou no desenvolvimento de seu pensamento (ibidem, p. 208), aspecto que insistirei em momento mais oportuno. Que seja retido, por ora, o reconhecimento dessa relação singular de Foucault com o estruturalismo.

A leitura mais radical sobre a relação de Michel Foucault com o estruturalismo pode ser atribuída, com alguma segurança, a Hayden White, autor que o caracteriza como “o filósofo por excelência do estruturalismo”, ainda que, segundo o mesmo, Foucault tivesse “rejeitado qualquer filiação a esse movimento” (WHITE, 2001, p.253). Mas aqui, a rejeição que é destacada em Foucault só empresta maior força a afirmação de um Hyden White preocupado menos com os pontos coincidentes entre o pensamento de Foucault e de outros estruturalistas do que com o diferencial que a perspectiva foucauldiana instaura: “[...] o que o torna [Foucault] um pensador pós-estruturalista [em avanço], para não dizer *antiestruturalista* [pirotécnico], é o fato de voltar essa estratégia interpretativa contra as ciências humanas em geral e contra o próprio estruturalismo em particular” (ibidem, p.254).

Hyden White percebe aí o efeito político desse *anti*-estruturalismo: “o movimento estruturalista em geral, ele (Foucault) o toma como prova de que as ciências humanas

¹¹ Segundo Dosse, Roland Barthes chega mesmo a afirmar que “a história descrita por Michel Foucault é uma história estrutural. Essa é história estrutural em dois níveis: o da análise e o do projeto’ (idem).

chegam à consciência de estarem elas mesmas encarceradas nos seus modos particulares de discurso" (ibidem, p.253)¹².

A desfiliação completa de Michel Foucault, do horizonte estruturalista, tem seu lugar no livro de Dreyfus e Rabinow (1995) sobre a trajetória filosófica do pensador francês. Eles afirmam, de saída, ser possível aproximar a metodologia foucauldiana a um estruturalismo holístico ou diacrônico, tal como o praticado por Lévi-Strauss (DREYFUS E RABINOW, 1995, p.XV). Contudo, não somente o estruturalismo, mas também a fenomenologia e a hermenêutica figuram, no texto, como analíticas que fracassaram em suas tentativas de compreender o homem moderno. Para além dessas três analíticas, o pensamento de Michel Foucault, afirmam os autores, se constituiu no "[...] mais importante esforço contemporâneo não só de desenvolver um método para o estudo dos seres humanos, como de diagnosticar a situação atual de nossa sociedade" (DREYFUS E RABINOW, 1995, p.XIII). Dentre os vários motivos nos quais os autores procuram justificar a afirmação, me ateno a dois.

Parece, primeiramente, que, para Dreyfus e Rabinow, a condição para se praticar ou ser filiado ao estruturalismo residiria em alguma espécie de pertença às ciências sociais. Dessa forma, os autores destacam que Michel Foucault não era cientista social, que o mesmo não foi mais que um “observador externo”, que considerava o estruturalismo “a posição mais avançada no campo das ciências humanas” (ibidem, p. IX). Tudo se passa como se essa fosse a distância necessária para que o estruturalismo tivesse seu percurso

¹² O *antiestruturalismo*, assinalado particularmente por White, principalmente, adiante, quando analisa em conjunto com o resultado da passagem de Foucault pela fenomenologia (produção de uma *antivisão*) e pela disciplina histórica (transformação da história em *genealogia*) se constitui num elemento significativo para a compreensão sobre os tipos de funcionamento que a metodologia de Foucault pôde assumir, o que exigirá o desenvolvimento desse ponto adiante.

historicizado: “Foucault nos contou”, revelam os autores, “que o verdadeiro subtítulo de *As palavras e as coisas*, era *uma arqueologia do estruturalismo*” (idem). Desta revelação, nenhuma nota ou qualquer tentativa de explicar o câmbio para outro subtítulo, disposto a demarcar a emergência das ciências humanas¹³.

Em segundo lugar, existem ocasiões em que os autores demonstram uma incapacidade de decidir sobre o tipo de relação que Michel Foucault manteve com o estruturalismo, criando, dessa forma, uma fragilidade em sua proposta de desfiliação radical. Mas seja como for, em seus momentos de maior firmeza, os autores postulam uma diferença entre o método estrutural e o arqueológico num nível que não permitiria qualquer filiação entre Foucault e aquela abordagem. Se a arqueologia e o estruturalismo holístico guardam, de uma mesma forma, uma distância do modelo atomista da abordagem estruturalista, a arqueologia se separa da vertente holística na medida em que,

[...] enquanto o estruturalista afirma encontrar leis transculturais, a-históricas e abstratas que definem o espaço total de permutações possíveis dos elementos sem significado, o arqueólogo limita-se a encontrar as regras locais de transformação que num dado período, numa formação histórica particular, definem a identidade e o sentido de um enunciado (DREYFUS E RABINOW, 1995, p. 62).

Essa afirmação apresenta dois aspectos. Primeiro, diferenciando o estruturalista do arqueólogo, pelo fato de que este estuda a existência enquanto aquele se detém nas possibilidades, os autores demonstram que Foucault reconduziu à arqueologia justamente a preocupação com o *sentido*, aspecto esse, que os estruturalistas haviam abandonado. Segundo, um dos argumentos que sustentam a desfiliação de Foucault do estruturalismo,

¹³ Um exemplo sobre a importância dos câmbios de subtítulos dos livros de Michel Foucault, pode ser encontrado em Deleuze, quando o mesmo aponta as causas para a rejeição do subtítulo “uma arqueologia do olhar” para *O nascimento da clínica* (DELEUZE, 2005, p. 59-60).

reside na ausência, em seu pensamento — apesar da “influência”, daquilo que foi uma “moda francesa”, de “uma teoria universal do discurso” (ibidem, p.IX). Sobre esse aspecto em particular, resta perguntar se a produção de uma teoria universal representaria, para um pensador, a única forma de atestar ou desautorizar seu engajamento no estruturalismo ou em qualquer outra abordagem.

Da trajetória que Dreyfus e Rabinow oferecem ao pensamento de Michel Foucault, uma das estratégias para sua legitimação não poderia deixar de ser ressaltada: a distância assinalada entre Michel Foucault e o estruturalismo recebe suas credenciais do próprio pensador. No prefácio a *uma trajetória filosófica*, as referências a conversas e debates com Foucault e o seu assentimento às “pistas” que os autores seguiram se encontram em toda sua extensão. E a exata medida do distanciamento alegado é posta pelo próprio arqueólogo, posto que “[...] ele concordou”, na ocasião em que lhe apresentaram sua versão, “que nunca tinha sido estruturalista, mas que, talvez, não tivesse sido tão resistente quanto deveria aos avanços sedutores da terminologia desta corrente” (DREYFUS E RABINOW, 1995, p. IX).

Uma trajetória filosófica parece funcionar, dessa forma, como um lugar de justa medida, onde as heranças de que se serviu o pensamento de Michel Foucault pudessem, finalmente, alcançar seus verdadeiros matizes e determinadas questões teóricas, presas numa área de sombra durante todo um percurso, viessem, agora, totalmente à luz e serem mais bem desenvolvidas, liberando seu projeto de impressões equívocas: “ele concordou que seu conceito de poder é pouco explícito, porém importante. Concordou também em remediar esta questão, oferecendo-nos a possibilidade de incluir neste livro um texto inédito sobre o poder” (ibidem, p. X-XI).

Sob semelhante chancela, só restava a Dreyfus e Rabinow, além de ser “extremamente gratos”, se furtarem a formulação de uma questão sobre as relações de poder que aquela autorização fazia funcionar. O preço a pagar para atuar como uma espécie de *retífica*, daquele percurso intelectual, foi esquecer a lição pronunciada pelo próprio Foucault sobre a necessidade de encarar o discurso “como jogos (*games*), jogos estratégicos, de ação e de reação, de pergunta e de resposta, de dominação e de esquivar, como também de luta” (FOUCAULT, 2005c, p.9). Pressuponho, neste nível, que a análise de Dreyfus e Rabinow funciona como um dispositivo que atua no sentido de *esquivar* Michel Foucault das relações mais estreitas que desenvolveu com o estruturalismo, e que, em função de certas encruzilhadas a que se viu, em determinados pontos de sua trajetória, o obrigou a um progressivo afastamento.

Para sustentar esta hipótese, não farei muito diferente de Dreyfus e Rabinow. Servir-me-ei de escritos e entrevistas de Foucault, numa perspectiva cronológica, de maneira que possam funcionar como marcadores das mutações que sua trajetória sofreu em relação ao estruturalismo. Isso será feito para assegurar o espaço de indercinibilidade que devolve à metodologia de Foucault a sua dupla pertença, de cujos efeitos analíticos essa tese se utiliza. É assim que, tomados em conjunto, esses indicadores desenharam, em relação à questão, um desnível de superfície no pensamento de Foucault. Há, é verdade, uma recusa radical de sua filiação à abordagem estruturalista, mas essa radicalidade só se manifesta, de fato, na década de 1980, no último desdobramento de seu pensamento. Do início daquela década para trás, o que se pode notar são tentativas de descolamento, indecidibilidade e a feliz afirmação de sua adesão ao universo do estruturalismo.

Foucault foi convidado, na década de 1980, a precisar suas relações com o estruturalismo e o pós-estruturalismo. Tratou-se de uma entrevista conduzida por G. Raulet, publicada na Revista *Telos* na primavera de 1983. Naquela ocasião, Foucault situava o estruturalismo dentro do movimento formalista. “O formalismo em geral”, enfatizava, “foi verdadeiramente uma das correntes mais forte e, ao mesmo tempo, mais variada que a Europa do século XX conheceu” (FOUCAULT, 2005b, p. 307). Tratava-se, para Foucault, de uma tentativa de liberação do dogmatismo marxista, tal como se apresentava em alguns países do Leste europeu. E, reconhecendo mais uma vez o seu desejo de se dedicar a uma história dos diversos sistemas de interpretação do Ocidente, na medida em que essa empreitada incluísse o estruturalismo, este deveria ser situado “relocalizando-o nessa grande corrente do pensamento formal” (ibidem, p. 308).

Episódio de “curta duração”, espécie de “eco” do formalismo na França, uma estampa estruturalista não lhe parecia de fácil aderência, mesmo com o rótulo fácil que se impunha à força a alguns autores e trabalhos, ou ainda que, como também foi comum, se tratasse de auto-atribuição. Foucault acreditava que domínios analíticos de maior precisão, como era o caso da lingüística e da mitologia, contavam com uma percepção clara do que fosse o estruturalismo. No entanto, a parte esses âmbitos, “ninguém sabia ao certo o que era [...], exatamente do que se tratava” (ibidem, p. 307). O que é preciso guardar, aqui, é que essa afirmação procurava proteger Foucault às tentativas de lhe impor uma “etiqueta estruturalista”, uma adjetivação considerada, portanto, absolutamente arbitrária.

Em todo caso, Foucault achou melhor não arriscar e acabou afirmando categoricamente nunca ter sido freudiano ou marxista, “jamais [um] estruturalista”. Foucault recusava, com este artifício, uma história do pensamento francês onde as

alternativas teóricas se sucedessem por exclusão, e que apresentasse o modelo *nietzschiano* como uma alternativa tardia. Ele mesmo já havia, em 1953, lido Nietzsche, e era sob o efeito desse encontro que afirmou ter desenhado a problemática da *História da loucura*, escrito, portanto, na “[...] perspectiva de interrogação sobre a história do saber, a história da razão: como é possível fazer a história de uma racionalidade” (ibidem p. 312). Reconhecer naquele momento, como fizera tantas vezes antes, o papel que a noção de *estrutura*, tomada de empréstimo de Georges Dumézil e que foi nevrálgica para o desenvolvimento do seu pensamento, não teria a utilidade estratégica que, ao contrário, a filiação ao modelo de história das ciências efetuado por Canguilhem oferecia¹⁴.

Destarte, a demarcação do limite histórico do estruturalismo e seu desembaraço desse movimento não impediram Foucault de recuperar o problema teórico que o estruturalismo buscou resolver. Sabe-se que o *fenômeno Saussure* (HÉNAULT, 2006, p. 31-34) tornou incontornável, para as analíticas, a problemática da linguagem. E o estruturalismo, ao prescindir de um sujeito a quem a função de atribuição de sentido era assegurada, esteve, por algum tempo, em melhores condições de enfrentar a problemática. Seu sucesso consistiu exatamente na “insatisfação com a teoria fenomenológica do sujeito” (FOUCAULT, 2005b, p. 313). Nesta direção, o descentramento do sujeito foi

¹⁴ Combinando algumas afirmações de François Dosse (2007), percebe-se que nunca se tratou de filiações excludentes. Discutindo os limites da problemática sobre o normal e o patológico, Dosse assevera que a dilatação levada a cabo por Foucault “se inscreve numa estreita ligação com a obra de Georges Canguilhem, que já lançara as bases de uma história estrutural das ciências” (DOSSE, 2007, p. 213). A genealogia do deslizamento de certo método histórico para o arraial estruturalista, Canguilhem deveria ter uma participação assegurada. Do método de Dumézil, a seu turno, Foucault vampirizou aquilo que lhe permitisse “descobrir normas estruturadas da experiência cujo esquema pudesse ser reencontrado com modificações em diversos níveis” (*Id*, p. 208); uma história que se revelaria, com o tempo, cada vez mais *arqueologizada*. De qualquer modo, a história nunca foi utilizada por Foucault com um fim em si mesmo: tratava-se apenas de um método, um “instrumento no interior do campo político”, uma forma de não permitir que a ciência passasse por um sistema religioso, místico, e, por isso mesmo, intocável. A história ajuda a pressionar a ciência, questionar de onde vem sua força, fazer a repartição do que, na ciência, não é científico e, principalmente, quais os efeitos de poder que ela faz funcionar na sociedade.

tomado como o projeto comum de qualquer empreendimento estruturalista, operou sua visibilidade, e lhe emprestou a força centrífuga que permite afirmar que um movimento exista:

Enquanto percebo claramente que, atrás do que se chamou de estruturalismo havia um certo problema, que era em geral o do sujeito e o do remanejamento do sujeito, não vejo, nos chamados pós-modernos ou pós-estruturalistas, que tipo de problemas lhes seria comum (ibidem p. 323).

Na década de 1980, portanto, o estruturalismo constituía-se, para Foucault, no capítulo francês do movimento formalista do Leste europeu em seu desejo de fugir do marxismo ortodoxo. Nesse desdobramento, no entanto, o estruturalismo se tornou uma alternativa à teoria fenomenológica do sujeito, teoria esta que Foucault dizia ter escapado sem nenhum acordo com o estruturalismo a partir do horizonte nietzschiano. Sobre o pós-estruturalismo, finalmente, Foucault se absteve a qualquer consideração, por não acreditar ou pretender ignorar sua existência. Em todo caso, é necessário guardar que, ao declarar sua autonomia em relação ao estruturalismo — já bem próximo de seu desaparecimento —, Foucault não deixará de insistir que a tarefa do intelectual é diagnosticar a atualidade, forçar o pensamento em seu limite (ibidem, p. 325).

Durante uma série de conferências realizadas na PUC-Rio, em 1973¹⁵, sobre o papel das práticas jurídicas para a produção de verdade nas sociedades ocidentais, Foucault enfatiza

¹⁵ Essas conferências, juntamente com a mesa redonda que as seguiu, foram reunidas mais tarde em livro sob o título *A verdade e as formas jurídicas* (FOUCAULT, 2005b). Participaram da mesa redonda: Affonso Romano de Sant'Anna, Chain Katz, Hélio Pelegrino, Luis Costa Lima, Milton José Pinto, Maria Teresa Amaral, Roberto Machado, Roberto Oswaldo Cruz e Rose Muraro. Trata-se de um livro importante ao menos em dois aspectos: por reproduzir integralmente as conferências, apresenta, como seus seminários no Collège de France que foram publicados, um aspecto acentuadamente didático, o que oferece uma rara clareza ao pensamento foucauldiano — apreciadores ou não de seu trabalho, é certo que sempre se operará

sua distância do estruturalismo. Com mais precisão, Foucault mostrava como determinada forma de ler o *Anti-Édipo*, de Deleuze e Guattari, lhe permitia deslocar Édipo do seu lugar de emblema naturalizado do desejo e do inconsciente para instituí-lo como testemunho das relações de poder, pela via jurídica, na cultura Ocidental. Esse deslocamento, insistia Foucault, não o transformava em estruturalista: “não somos”, Deleuze e Guattari eram incluídos, portanto, “absolutamente estruturalistas” (FOUCAULT, 2005c, p.30).

Negativa, em todo caso, controversa, já que, se impondo a obrigação de assinalar em que consistia sua diferença, Foucault substitui uma *análise de estrutura*, própria ao estruturalismo, por uma *pesquisa de dinastia dinâmica* (δύναμιζ δυναστεία), ou, de outro modo, “fazer aparecer o que na história de nossa cultura permaneceu até agora escondido, mais oculto, mais profundamente investido; as relações de poder” (idem).

É possível argumentar que tomar o poder político, num enquadramento estrutural, se trataria apenas de um vício de linguagem, algo em todo caso estranho para um *filósofo do conceito* preocupado, na mesma passagem, em precisar a diferença entre o seu método e o estrutural. De qualquer modo, é necessário indagar se a pesquisa de dinastia dinâmica não significaria a forma acabada de um processo de condução do método histórico e de uma historicidade para o centro da abordagem estruturalista. Em todo caso, a utilidade do método foucauldiano para a análise que esta tese se propõe, exige perguntar se um método que emerge na década de 1970, que faz da guerra o modelo de inteligibilidade das práticas sociais e discursivas (FOUCAULT, 1999), e que assume as estratégias e as relações de poder como elementos fundamentais, também não exigiria a atenção para a mobilidade e as resistências observadas nos estratos analisados.

uma decifração; por outro lado, antecipa aspectos importantes do que será apresentado em *vigiar e punir* (1975), livro que inaugura uma nova *gramática* do poder.

De qualquer modo, opor, na primeira metade da década de 1970, a pesquisa de dinastia dinâmica a uma análise de estrutura, não significou um afastamento fundamental do tipo de análise estruturalista, tal qual operada por Georges Dumézil, mas sob a condição, é verdade, de Foucault assinalar os pontos de desacordo entre sua operação e as outras análises estruturalistas. Foucault se apresentava cada vez mais belicoso com a abordagem estruturalista, animada pelo paradigma de Lévi-Strauss. Sua crítica é que Strauss não conseguiu mais do que procurar estruturas, de produzir no interior de um mito oposições do “tipo estrutural”, e de encontrar relações binárias, sem ser capaz, como teria feito Dumézil, de conduzir essas estruturas ao “[...] interior das práticas sociais”. Faltava, a Lévi-Strauss, portanto, uma indiferenciação entre discurso e prática capaz de tomar o discurso como uma prática de efeito social, que faz funcionar uma estratégia (FOUCAULT, 2005c, p. 105).

Curiosamente, Foucault não se furtava, no começo daquela década, a prestar esclarecimentos sobre o estruturalismo. No mesmo ano em que eram apresentadas, no Collège de France, as pesquisas orientadas por um entrecruzamento das “descrições críticas e [d]as descrições genealógicas” (FOUCAULT, 2001, p. 69), Foucault traçava “o plano de batalha desse debate entre os estruturalistas e seus adversários a respeito da história” (FOUCAULT, 2005b, p.282). Um mapa necessário para precisar a relação idiossincrática entre o estruturalismo e a disciplina histórica, posto que, no cenário intelectual, História correspondia, concomitantemente, à prática historiográfica e à reflexão sobre essa prática. Neste domínio, não havia um consenso mínimo sobre o que fosse o estruturalismo, caracterizado por Foucault, de início, como uma tentativa de oferecer um método mais rigoroso e sistemático para a História. Essa perspectiva sobre o

objetivo estruturalista, Foucault afirmava deduzir de três exemplos extraídos de campos diferentes das ciências humanas:

i. Na Etnologia de Fraz Boas, o estruturalismo era uma maneira de criticar a história etnográfica feita na época (modelo de Taylor), que pressupunha uma mesma linha evolutiva para todas as sociedades e que seguia as mesmas leis de crescimento e desdobramento das espécies biológicas (vampirização de Darwin). O estruturalismo de Boas, consistia em abandonar o modelo biológico-evolucionista por um modelo específico para as sociedades humanas, e que fosse capaz de, a um só tempo, considerar suas relações internas (as estrutura da sociedade) e explicar sua singularidade. (ibidem, p. 282-283);

ii. Na Lingüística, especialmente a fonologia, posto que o objetivo de Troubetskoi, que consistia em operar a passagem de uma história de um fonema ou de um som, para "a história bem mais geral do sistema fonético de toda uma língua", exigiu a criação de um de instrumento (a análise estruturalista) que efetivasse esse deslocamento (ibidem, p.283-284);

iii. Na Literatura, a partir da noção de escrita de Roland Barthes, como tentativa de fazer uma "história da literatura enquanto literatura", procurando observar a sua especificidade. Portanto, com leis próprias de condicionamento e de transformação. Barthes reagia, daquela forma, à história literária francesa, praticada entre os anos de 1950 a 1955; história subjetiva, fundada na análise do autor — na verdade, uma história do indivíduo em suas demandas pessoais — ou numa história cultural abarcando toda uma época — o que lhe permita somente níveis muito gerais de análise (idem).

Esses três exemplos pareciam suficientes para demonstrar que a emergência do estruturalismo estava relacionada à certa tentativa de constituição de uma análise histórica mais rigorosa. No entanto, tratou-se de um exercício que não encontrou forças para se impor a metodologia estruturalista e, por isso mesmo, ainda que desqualificasse certas críticas ao estruturalismo oriundas da fenomenologia (supressão, pelo estruturalismo, do elemento humano, da liberdade e da iniciativa individual), Foucault afirmava, através da recuperação do anti-humanismo althusseriano, ser necessário ao estruturalismo *retornar à história*.

Mas não deveria se tratar de um retorno a qualquer história. Era imperativo macular a autoridade da história burguesa, emergente no século dezenove e que estendeu seus domínios até pouco depois da primeira metade do Século Vinte¹⁶. Esta História deveria ser substituída por uma nova história que fosse capaz de constituir uma "análise das transformações das quais as sociedades são efetivamente capazes". Sua preocupação, a partir desta orientação, era com a análise dos acontecimentos capazes de explicar as discontinuidades. Dessa nova orientação, as análises dos mitos, feitas por Georges

¹⁶ Eis o motivo para se postular o abandono de uma história burguesa: "[...] parece-me que, até o século XX, a análise histórica teve essencialmente por finalidade reconstruir o passado dos grandes conjuntos nacionais, conforme os quais a sociedade industrial capitalista se dividia ou se agrupava. Após os séculos XVII e XVIII, a sociedade industrial capitalista se estabeleceu na Europa e no mundo conforme o esquema das grandes nacionalidades. A história teve por função, no interior da ideologia burguesa, mostrar como essas grandes unidades nacionais, das quais o capitalismo necessitava, vinham de longa data e tinham, através der diversas revoluções, afirmado e mantido sua unidade" (FOUCAUL, 2005b, p.286). Foucault também expõe dessa história, seus mecanismos de legitimação: se apresentava como efeito de uma maturação histórica; seu poder, supostamente imemorial, não permitia que fosse ultrapassada por uma nova evolução; esses dois mecanismos, combinados, lhe permitia justificar seu direito ao poder e esconjurou qualquer ameaça ao mesmo (idem)

Dumézil — mais estruturalista que nunca¹⁷ — e a história serial¹⁸ praticada pela *Escola dos Annales*, ofereciam o modelo e o exemplo.

A produção de descontinuidades na disciplina histórica torna inócuo a preocupação tradicional com a duração, posto que a história é apresentada como o entrecruzamento de diversas temporalidades. Percepção particularmente importante e que permitia a Foucault desconsiderar as críticas feitas a sua abordagem estruturalista despreocupada com a noção de *tempo histórico*, quanto mais não fosse o fato de que o próprio arraijal dos historiadores já procurava se liberar desta problematização. De resto, o que se estabelecia entre o estruturalismo e esta nova história eram diversos pontos de contato¹⁹.

Boa parte dessas percepções fora desenvolvida, dois anos antes, em *Arqueologia do saber* (FOUCAULT, 1968), único livro propriamente metodológico que Foucault publicou em todo seu percurso, e que lançou seu programa para a disciplina histórica. Sua pretensão era radicalizar as mudanças de orientação que já se achavam em curso naquele domínio. A atenção para as séries documentais, como a *Escola dos Annales* demonstrava, e à descrição das descontinuidades históricas, própria a certo modelo de história das idéias,

¹⁷ O programa de Dumézil fazia convergir uma análise das interações entre as diferenças e a descrição do sistema de diferenças, suas hierarquias e subordinações. O resultado permitia traçar o perfil de diferentes sociedades a partir das diferenças existentes em um mito comum a essas mesmas sociedades.

¹⁸ Isso acarretou conseqüências na noção de *temporalidade*, na medida em que permitiu aos historiadores um desvio dos objetos construídos *a priori* — como feudalismo —; para se dedicarem a construção de séries a partir da documentação disponível. A análise não se restringia mais aos períodos e às épocas ou nações, cobrindo, então, toda documentação produzida sobre um ponto entre duas datas fixadas. Outra conseqüência deriva daí: a história não teria mais por função decifrar a origem ou o desenvolvimento de um fenômeno e sim estabelecer certo número de relações possíveis (internas e externas ao documento) a partir do documento (FOUCAULT, 2005a, p. 291; LE GOFF e NORA, 1974; LE GOFF, 1998).

¹⁹ Tanto o estruturalismo como a nova história procuravam analisar as relações externas e internas dos documentos, mitos, etc., abrindo mão de uma exegese documental; buscava-se o abandono, nos dois domínios, da metáfora biológica da vida e da evolução. Nessa direção, Foucault asseverava que o estruturalismo (definindo as transformações) e a história (a partir da descrição dos acontecimentos e das diferentes temporalidades) permitiam o aparecimento de descontinuidades e das transformações históricas regradas e coerentes. (FOUCAULT, 2005, p. 294-5).

lhe fornecia os elementos capazes de construir, com razoável grau de solidez, uma história das diversas racionalidades constituídas no Ocidente.

De fato, o momento em que Foucault empreendeu sua tentativa de fixar um método, a disciplina histórica e seus domínios conexos estavam em ebulição. Desde 1929, a disciplina se indispunha contra os seus ídolos²⁰, criticava a história factual e estabelecia os contornos de uma História mais preocupada com os elementos estruturais, de natureza econômica e social. Reunidos em torno da Revista dos *Annales* e, posteriormente, numa escola que respondia sob a mesma rubrica, a terceira geração desses historiadores completou o que, para alguns autores, significou a *Revolução francesa na historiografia* (BURKE, 1997). A última geração dos *Annales* operava, assim, um deslocamento da atenção da *longe è dure è*, à construção de séries e à crítica ao documento.

A introdução da *Arqueologia do Saber* marca outros avanços desenvolvidos no âmbito da história das idéias. Entre eles, a descrição, como fazia Gaston Bachelard, de *atos e liminares epistemológicos* que deslocava o objetivo da busca das "origens" para a emergência de novos tipos de racionalidade. Implicou, também, a descrição dos deslocamentos e transformações dos conceitos, como fazia Canguilhem, com a intenção de mostrar seu funcionamento/sentido em "seus diversos campos de constituição e validade, a de suas regras sucessivas de uso, a dos meios teóricos múltiplos em que foi realizada e concluída sua elaboração" (FOUCAULT, 2005a, p. 4-5). Chamava a atenção,

²⁰ Fora da disciplina, no entanto, as críticas foram erigidas mais de duas décadas antes. Já em 1903 o filósofo François Simiand, publicou na *Revue de Synthèse Historique* uma crítica aos "ídolos" da tribo dos historiadores: o *ídolo político*, responsável pela exageração dos eventos desta natureza; o *ídolo individual*, que exige um culto aos grandes homens; o *ídolo cronológico*, que encarcera o historiador numa eterna busca das origens.

ainda, para a descrição das *redistribuições recorrentes*²¹, que permitia a Michel Serres analisar as ciências à luz das mudanças do presente e em suas diversas relações e teleologias. Destacava, finalmente, a descrição das unidades arquitetônicas do sistema, da qual Guérault asseverava que análise sobre "a descrição das influências, das tradições, das continuidades culturais não é pertinente como o é a das coerências internas, a dos axiomas, das cadeias dedutivas, das compatibilidades" (ibidem, p. 5).

Existia, nessa descrição de mutações, nessa espécie de apropriação de modelos alternativos, uma orientação política. É certo que a *Arqueologia*, como método, guardava a intenção de orientar os trabalhos posteriores de Foucault, mas ela não estava menos compromissada, retrospectivamente, com a *História da Loucura*, com o *Nascimento da clínica* e com *As palavras e as coisas*. Esse aspecto é particularmente enfatizado por Deleuze: Foucault, "[...] arquivista, de propósito, não dá exemplos. Considera que já os deu em grande número há tempos, embora ele próprio não soubesse" (DELEUZE, 2005, p. 14). Ora, nos livros precedentes, o método já estava lá, pressentido, intuído, funcionando numa área de sombra, mas ainda assim capaz de estabelecer sua diferença em relação à História em curso nos domínios das idéias, do social e das ciências. Mas o que, aqui, se deve guardar da *Arqueologia*, é a ruptura que procurou estabelecer com esses trabalhos.

Foucault percebia que a crítica ao documento, tal como levada a cabo pelos *Analles*, colocava o historiador diante de um feixe significativo de problemas metodológicos. Era sua responsabilidade, a partir daquele momento: 1. constituir um *corpus documental* que apresentasse certo grau de coerência e homogeneidade; 2.

²¹ Análises como a de Michel Serres ofereceram o esteio para as etnografias de laboratório que começaram a ser desenvolvidas durante a década de 1970. Vide (LATOURE, 1989).

estabelecer os critérios dessas séries; 3. definir o nível da análise e os elementos que lhe fossem pertinentes; 4. especificar o método analítico; 5. delimitar os conjuntos e subconjuntos que se articulassem com o material estudado; 6. determinar as relações capazes de definir esses conjuntos. Essa nova *agenda* teria o poder de liberar a disciplina histórica da filosofia da história — e dos problemas que ela impunha —, e de permitir uma convergência com as questões próprias a domínios como a etnologia e a lingüística. Era possível, dessa forma, que os problemas postos pela história fossem manipulados de dentro do estruturalismo.

Havia, portanto, uma preocupação fundamental da *Arqueologia* em evitar se passar por um método estruturalista, posto que

Foucault procura com essa obra o meio de transformar em conceitos sua posição e, ao mesmo tempo, colocar-se a uma certa distância de suas posições estruturalistas de ontem. Envereda então por um caminho singular, ao sugerir uma nova aliança surpreendente com os historiadores, os da nova história, com os herdeiros dos *Annales* (DOSSE, 2007, p. 29).

François Dosse assevera, com razão, que *Arqueologia* servia, em certo nível, para corrigir o caminho percorrido em seus escritos anteriores, como em *O Nascimento da clínica*, onde “o recurso à análise estrutural, tentado várias vezes, ameaçava subtrair a especificidade do problema colocado e o nível característico da arqueologia” (FOUCAULT, 2005a, p.18). Mas se tratou de uma distância por motivos que só encontram uma explicação aceitável na observação de sua posição política.

Fundamentalmente, a *Arqueologia*, enquanto livro, é um desdobramento da resposta que Foucault oferece, em 1968, à questão formulada pelo *Círculo de Epistemologia sobre a episteme e a ruptura epistemológica*. O *Círculo* abrigava os althusserianos de segunda geração, preocupados com a práxis política, com o

engajamento, e em ruptura com o aparelho do Partido Comunista francês. A distância que o *Círculo* se impôs em relação aos althusserianos, que participaram do *Ler o Capital*, não residia apenas em sua filiação partidária — e do dogmatismo daí resultante —, mas pelo modelo estruturalista que Althusser se serviu, e que não parecia oferecer diretrizes para a prática (DOSSE, 2007). A resposta ao *Círculo* e, posteriormente, a *Arqueologia*, procurava operar uma desfiliação de Foucault ao estruturalismo, inegável nas obras anteriores, através da precisão de um método e de uma gramática que vazou o cimento estruturalista que lhe solidificava os conceitos anteriores. É nessa direção que deve ser lida a substituição, por exemplo, da noção de *episteme* pelo conceito de *formações discursivas*.

Nada dessa recusa era possível de se pressentir na lacuna que se achava entre os anos de 1966 e 1968. Nesse interstício de *As palavras e as coisas* e a *Resposta*, Foucault anunciava que a filosofia estruturalista permitia *diagnosticar a atualidade*. Nesse espaço, Foucault se reconheceu, espontaneamente, como o “coroinha” do estruturalismo: “[...] digamos que sacudi a sineta, os fiéis se ajoelharam, os incrédulos gritaram. Mas a missa tinha começado há muito tempo. O verdadeiro mistério não fui eu que o realizei” (FOUCAULT, 2005b, p. 57). Reconhecia sua filiação, portanto, e se percebia inserido numa longa linhagem.

Foucault assinalava dois procedimentos que podiam ser classificados como estruturalistas. O primeiro, de natureza disciplinar, tratou-se de uma metodologia que fez emergir ciências como a Linguística, e que foi responsável pela renovação de certos domínios, como a Sociologia. Esse estruturalismo se preocupava em descrever relações entre conjuntos de elementos ou de condutas. Descrevia mais o equilíbrio atual dessas

relações do que seu processo histórico, e permitiu a emergência de objetos de análise até então impensáveis, como foi o caso da língua.

O segundo procedimento, de natureza teórica e menos restritivo, consistia na definição “[d]as relações atuais que podem existir entre tal e tal elemento de nossa cultura, tal ou tal ciências, tal domínio prático e tal domínio teórico [...]”(idem). Preocupado, exclusivamente, com a época atual, aquele estruturalismo se detinha na descrição das relações entre conjuntos de elementos, de natureza teórica ou prática, capazes de caracterizar a modernidade. O estruturalismo figurava como uma atividade, portanto, diagnosticadora, necessária para a compreensão da atualidade.

O estruturalismo oferecia, nessa direção, uma sofisticação para o marxismo, ou, ao menos, podia liberá-lo da crença na história como uma longa narrativa teleológica, da função primeira de buscar causalidades, e dissolveria a confiança numa hierarquia de determinações que partiria de uma causalidade material para a liberdade humana. E, na medida em que o nível em que o marxismo se situava na análise das *condições de existência*, e que ao estruturalismo importa a constituição de uma *rede geral de elementos*, não era possível afirmar uma oposição natural entre os dois domínios.

Em todo caso, já neste breve período de feliz adesão, já era evidente para Foucault sua relação singular com o estruturalismo. A aplicação do método ao conjunto de suas pesquisas permitiu o exercício estruturalista em campos intocados até então. Acontecia, também, que aquela nova penetração em domínios como história da teoria, história do conhecimento, ou ainda história das idéias, ofereceu a Foucault a oportunidade de “analisar em termos de estrutura o nascimento do próprio estruturalismo” (ibidem, p.59). Sua relação com a metodologia instituíra, a um só tempo, um jogo de “distância” e

“reduplicação”: “de distância, já que falo dele em vez de praticá-lo diretamente, e de reduplicação, já que não quero falar dele sem falar sua linguagem” (ibidem, p. 60).

É possível situar de forma mais precisa essa relação, retomando ao mesmo tempo os textos foucauldianos e dos seus analistas. É possível afirmar, como fez Hyden White, a paridade entre Michel Foucault, Jacques Lacan e Claude Lévi-Strauss como figuras-chaves do estruturalismo, apesar da notável diferença entre eles. Seu compromisso com o paradigma foi duplo: atuou no sentido de aplicar o método, capaz de fazer descrição das relações entre elementos e condutas, em domínios insuspeitados pelo estruturalismo, mas se empenhou, sobretudo, na tarefa de tornar o estruturalismo um poderoso instrumento de diagnóstico da realidade. Trava-se, para Michel Foucault, de uma tarefa filosófica, mas que tomada a partir de sua percepção do que fosse filosofia, a atividade diagnosticadora se impunha à história, à sociologia, enfim, a todo ato de pensamento.

A certa altura, no entanto, por questões de método, pelo problema que desejava recortar, mas também por razões políticas, Foucault fará um esforço gradativo para se afastar do estruturalismo. Parece-me perda de tempo lhe dar ouvidos quanto ao papel de Nietzsche nesse processo, já que a descoberta do filósofo é de 1953, e que, ao menos em seus escritos anteriores a 1968, sua influência não parece ter sido forte o suficiente para ter oferecido — ao contrário do que Foucault dirá mais tarde — uma alternativa a “moda” francesa. O peso de Nietzsche se sentirá, acredito, a partir da *Arqueologia*, neste acordo, de natureza teórica, fixado com o domínio histórico. Será sua opção em construir um diálogo franco com os althusserianos da segunda geração, algo que lhe forçou a acelerar a descontinuidade da relação com o estruturalismo. É a partir dali que se observa uma

postura cada vez mais reativa a qualquer tentativa de lhe impor uma filiação ao movimento.

A aproximação com a História terá conseqüências importantes, tanto para a própria disciplina quanto para o estruturalismo. Para a primeira, porque a *Arqueologia* logo se transmutará, como mostrarei mais tarde, em *Genealogia*. Parece nunca ter havido, em Foucault, um projeto de revitalização da disciplina. Se são os textos de Nietzsche que lhe orientaram durante essa aproximação, certamente as *Intempestivas* tem especial destaque, pois permitiu — assim como o método arqueológico procurou se opor ao estruturalismo — que o procedimento arqueológico se voltasse contra a história. François Dosse oferece o plano de batalha.

Ao investir contra a história [...], Foucault ataca um saber ancestral mais considerável e mantém-se fiel a uma filiação estruturalista de destruição da história, mas com a exceção no deslocamento que consiste não em refutar a sua existência, mas em praticar uma invasão para desconstruí-la de dentro para fora, tarefa que será realizada além de toda esperança nessa hora nietzschiana do começo dos anos 70 (DOSSE, 2007, p.296).

Não é mais possível usar confortavelmente, neste contexto, a palavra *acordo*. Mas seja qual for o termo ou a análise que se faça da passagem de Foucault pela História, é perceptível suas conseqüências para o estruturalismo. Houve, é certo, uma dilatação do uso do método. Ademais, a perspectiva histórica atuou, em certo nível, para o arrefecimento da completa autonomia do discurso, o que abria caminho para a consideração das práticas não-discursivas. Em outro, a História marca uma ruptura com a imobilidade da estrutura, lhe oferecendo, em contrapartida, as “descontinuidades temporais, para os desequilíbrios e inversões que regulam os deslocamentos de um jogo incessante das práticas discursivas” (DOSSE, 2007, p. 295). Talvez resida aí, o que os

americanos irão denominar de pós-estruturalismo, isto é, o emprego de “[...] um estruturalismo aberto, historicizado” (Idem, p. 295), vazado pelo acontecimento.

Esses deslocamentos cobrem apenas uma parte das conseqüências. Como foi assinalado, a partir da percepção de Foucault sobre a relação entre o estruturalismo e a atividade de diagnóstico, apresentava-se, desde cedo, o projeto de descrever as *condições de possibilidade* do estruturalismo, de lhe questionar, como a qualquer outro método ou ciência, as condições nas quais o seu saber pode se constituir, e quais as relações de poder de que é capaz de por em funcionamento. Foucault desenvolvia, de dentro, aquele anti-estruturalismo do qual White fez referência.

A própria *trajetória filosófica* de Foucault desautoriza, portanto, a afirmação de um método construído com uma autonomia irrestrita em relação ao estruturalismo. Do começo ao fim do seu percurso, Foucault irá se impor a atividade de diagnosticar a atualidade, e afirmará, de saída, o estruturalismo como a melhor ferramenta de trabalho. As relações de força construídas, tanto no universo teórico, quanto no terreno da militância política, exigiram uma reavaliação dessa utilidade. É verdade que, no final, Foucault fez a opção por um distanciamento do estruturalismo. Ruptura difícil e, em todo caso, incompleta. Foi com esse *pós-estruturalismo* ou *estruturalismo historicizado*, legado por um Foucault já preocupado com a questão das relações de poder, que as pesquisas de Jurandir Freire Costa buscaram encontrar suporte e orientação.

Costa conduz sua análise a partir da diferenciação que Foucault estabeleceu entre os *mecanismos de poder* que operavam no direito de soberania, próprios da formação histórica feudal e clássica, de natureza repressora, e os *dispositivos* que emergiram a partir da historicidade moderna, que se caracteriza mais pela produção de subjetividade e menos

pela repressão dos indivíduos. Esses dispositivos são formados, tal como Costa compreendeu, por *práticas discursivas* (elementos teóricos) e *não-discursivas* (técnicas físicas de controle corporal, controle do tempo dos indivíduos, técnicas de organização arquitetônica dos espaços) que, combinados, permite aos dispositivos extraírem um “poder normalizador” (COSTA, 1999, p. 51).

E, muito embora reconheça que os dispositivos, em seu funcionamento, ajam “à margem da lei, contra ou a favor dela”, Jurandir Freire Costa acaba, tanto no âmbito teórico quanto no empírico, por reconduzir e concentrar esses dispositivos no “Estado moderno” que, a seu ver, “procurou implantar seus interesses servindo-se, predominantemente, dos equipamentos de normalização, que são sempre inventados para solucionar urgências políticas” (idem). Essa percepção de Costa me permite pensar, adiante, que a pouca ou quase nenhuma ênfase sob a resistência à ação médica, como Vanessa Sial destaca, trata-se de um resultado, não da condução analítica de caráter pós-estruturalista, mas de uma utilização de sua gramática em torno de uma definição ainda tradicional, em função da centralização do Estado, do que seja o *poder*.

Jurandir Freyre Costa declara se apoiar nos textos históricos de Foucault. Em sua bibliografia, entretanto, figura apenas *Vontade de saber* (1976), onde as considerações teóricas, dispostas no último capítulo, funcionam ao mesmo tempo como um desdobramento das pesquisas foucauldianas sobre o *poder* (estudos *genealógicos*) e como elo e vetor de passagem dessas análises para aquelas realizadas em torno da *clínica moderna*, sob a rubrica da *arqueologia* (estudos sobre o *saber*). Trata-se de um escrito importante, sem dúvida, mas que somente tomado em conjunto com os avanços de, ao menos, *O nascimento da clínica* (1963), *As palavras e as coisas* (1966), *Arqueologia do*

saber (1969), *Vigiar e punir* (1975) e *Em defesa da sociedade* (1975-6)²², seu alcance analítico e implicações teóricas podem ser adequadamente apreciados. Os fatos se dão na seqüência.

Em 1963, em *O nascimento da clínica*, Foucault identificou uma mutação, na ordem do saber, que teria operado uma descontinuidade entre a medicina clássica e a moderna. Tal ruptura permitiu a justaposição entre “corpo da doença e corpo do homem doente”, procedimento que, considerava, “só é evidente para nós, ou melhor, dele começamos apenas a nos separar” (FOUCAULT, 2004, p. 2). O *Nascimento da clínica* permitiu, portanto, o desenvolvimento de uma história de orientação completamente sociológica: sua pretensão é descrever as *condições de possibilidade* da nossa atualidade. É de se considerar, portanto, essa singularidade da clínica moderna. Contrastada com a gramática e a linguagem da medicina clássica, as regiões onde esta foi buscar seu suporte, bem como a natureza de sua operação, concluí-se por uma descontinuidade entre a *anátomo-clínica* e aquela *medicina das espécies* que lhe foi cronologicamente anterior e seu esteio (FOUCAULT, 2004; MACHADO, 2000).

Daí que a clínica moderna, ao menos em sua maturidade²³, não aproveitou praticamente nada do modelo nosológico que a história natural ofereceu como suporte para o procedimento da medicina clássica. Esta medicina produzia, de um lado, “uma figura das doenças diferente do encadeamento dos efeitos e das causas, da série

²² *Em defesa da sociedade* é o título que reúne a série de doze conferências proferidas por Foucault no *Collège de France* no ano de 1976. É provável que em 1979, ano em que publica *Ordem médica*, Jurandir Freire não poderia ter se beneficiado do seu conteúdo, posto que ainda não publicadas.

²³ Na verdade, Foucault faz a diferenciação, sob um fundo geral, de três espécies de clínica: a) a *protoclínica* emergente no século XVIII que, de certo modo, aprofunda certos procedimentos da medicina classificatória; b) a *clínica*, mais situada ao final dos setecentos, aonde a doença, o signo e o sintoma vêm convergir; c) e a *anátomo-clínica* emergente no século XIX fundada na interação do método clínico com a anatomia patológica (FOUCAULT, 2004; MACHADO, 2006).

cronológica dos acontecimentos e de seu trajeto visível no corpo humano" (FOUCAULT, 2004, p. 3). Essa operação foi caracterizada, por Foucault, como *especialização primária da doença*. É que, adiantando, dependente de uma linguagem própria à *formação discursiva* da época clássica, a medicina das espécies se realizava a partir de uma gramática assentada na noção de *semelhança*, onde as coisas — as doenças neste caso — encontravam seu termo de relação umas com as outras a partir do grau de analogia que apresentassem entre si. Tratava-se, por isso mesmo, de “um vocabulário de correspondências, vizinhanças e homologias” (ibidem, p.1). Era próprio, portanto, a essa medicina traçar

[um] espaço em que as analogias definem as essências. De uma doença para outra, a distância que as separa se mede apenas pelo grau de semelhança, sem que se intervenha o afastamento lógico-temporal da genealogia. A distribuição perspectiva que nos faz ver na paralisia um sintoma, na síncope um episódio, na apoplexia uma ataque orgânico e funcional não existe para o olhar classificatório que é unicamente sensível às repartições de superfície, em que a vizinhança é definida não por distâncias mensuráveis, mas por analogias de formas (ibidem, p. 5-6).

Nos casos em que doenças aparentemente diferentes apresentassem semelhanças, num grau de densidade capaz de indicar certa solidez, “essas analogias ultrapassam o limiar de simples parentesco e acedem à unidade de essência” (ibidem, p. 6). Era esse idealismo manifesto que impunha aos médicos uma tolerância desconfortável ao doente, esse que incontornável e com papel bem diferenciado do que se compreende qual lhe seja hoje. Sua inconveniência era julgada pelo coeficiente de perturbação que podia oferecer à manifestação natural da doença, esta encarada exclusivamente como uma essência.

Antipatia perfeitamente justificável, já que, desde que se observasse a *especialização secundária* da doença, ou, de outro modo, que se levasse em consideração

esse *o que se vê* do mal em sua experiência imediata no corpo, não era possível retirar desse suporte físico um “léxico coerente”. Sem condições de oferecer alguma espécie de *legibilidade*, o corpo devia ser ignorado. A produção do conhecimento sobre a doença não se relacionava, na época clássica, com o corpo humano, não encontrava nele o seu suporte. Simplesmente, não era possível instituir o corpo como “[...] realidade básica a partir da qual a doença se origina e adquire suas formas (MACHADO, 2006, p.90). Em todo caso, tem-se aqui a natureza do acordo entre o *ver* e o *dizer* a doença: uma subordinação do olhar — que, aprisionado, é incapaz de relacionar positivamente o corpo do doente e o corpo da doença — pela linguagem (FOUCAULT, 2004; MACHADO, 2000).

O quadro nosográfico da doença, que a medicina das espécies teve como objetivo traçar de modo exaustivo, e a gramática das simpatias, com que essa operação pôde se constituir, acusavam o terreno próprio àquele tipo de experiência médica: o momento que, cronologicamente, é identificado pelos historiadores como a formação histórica clássica do pensamento ocidental. A pretensão e o vocabulário que anima os domínios do saber ali instalados — não somente na medicina, posto que se encontrarão em toda a parte — são, ambos, produtos do modo de agir e pensar daquela formação. Daí que seu objetivo primordial, no nível da *especialização primária* da doença, como já indicado, a medicina classificatória foi decalcar da história natural. A seu turno, a doutrina da semelhança adquire, nesta perspectiva hermenêutica, uma dimensão diferenciada e mais vasta, como elemento formativo do traço clássico do pensamento Ocidental, na medida em que sua gramática conceitual informava a história natural, e daí, por contaminação, a medicina das espécies informava, igualmente, a botânica, a cosmologia e mesmo a filosofia da época

(FOUCAULT, 2005b). A formação discursiva atua, portanto, numa diagonal, animando todos os diversos tipos de saberes e práticas de uma época.

Tomar a formação histórica clássica como o solo onde a medicina classificatória foi encontrar seu ponto de emergência e seu espaço de desdobramento permitem, ademais, acrescentar outro elemento explicativo sobre a representação radical do doente, mas também do médico, como acidentes que pudessem atrapalhar o percurso da doença, já que os traços marcados na *especialização primária* garantiriam liberdade e independência da moléstia em relação ao corpo. Se ambos só puderam ocupar, na experiência clássica da medicina, uma posição idiossincrática, um tipo de existência caracterizada como uma espécie de contra-natureza da doença, foi tão somente por que não era possível, para aquele tipo de formação histórica, tomar o homem como *sujeito*. Diferente de uma experiência moderna, que se aniquilará enquanto configuração quando este homem-sujeito perder, uma a uma, suas *condições de possibilidade*, o pensamento clássico sequer desconfiava que um tipo de homem como esse pudesse ser dado à realidade, trazido à luz²⁴.

Por isso, é preciso ter em mente que uma formação histórica, tal como pensada por Deleuze ou Foucault, não se define por uma tendência ou espírito da época, mas por uma composição²⁵ singular, em função de um acontecimento de forças. Perguntar-se-á, então, que forças são essas, como entram em relação e quais as hierarquias e subordinações ela

²⁴ Essa é uma das teses que Foucault nunca irá abandonar: que os deslocamentos de uma forma discursiva para outra, permite não somente a formação de novas formas e objetos de conhecimento, mas também fazem emergir o próprio sujeito cognoscente.

²⁵ Aqui adianto: a noção de *composição* e outras aqui utilizadas indicam como o pensamento de Michel Foucault e de Gilles Deleuze se aproxima da microsociologia de Gabriel Tarde. Não é à toa que uma parte significativa da construção teórica desses autores está assentada sobre o conceito de *diferenciação*. Sobre a singularidade desta noção em Tarde vide a introdução de Eduardo Viana Vargas (2007) em *Monodologia e sociologia*, livro que agrega o trabalho indicado e outros ensaios de Gabriel Tarde com o objetivo de tornar o autor mais conhecido pela sociologia brasileira.

estabelece (DELEUZE, 2005, p. 132). Essas relações desenham, em seu conjunto, os traços distintivos de certa *formação discursiva*. E o traço credencial do pensamento clássico era “[...] sua maneira de pensar o infinito” (idem).

Este traço foi mapeado por Foucault durante a década de 1960, a partir de *As palavras e as coisas*. A confissão, em seu prefácio, de se tratar de um livro nascido do riso desconcertante que a leitura de Jorge Luís Borges²⁶ lhe causou, antecipa seu conteúdo: as diferentes formas de racionalidade que o Ocidente experimentou, desde a época clássica. Trata-se de um livro que descreve o pensamento Ocidental historicamente, para fazer aparecer seus limites. O que está em jogo, ali, são as diferentes *epistèmes* que emergiram no Ocidente e que, com seus conceitos basilares, animaram, a cada época, a produção e desenvolvimento dos saberes (FOUCAULT, 1999).

Nesse nível de problemática, era perceptível para Foucault que as técnicas modernas de interpretação contrastavam com as utilizadas no sistema de interpretação da *epistème* clássica. O dispositivo do século XVII e XVIII estava alicerçado numa gramática articulada pela noção de *semelhança*; “lá onde as coisas se assemelhavam”, informava, “lá onde isso se parecia, alguma coisa queria ser dita e podia ser decifrada” (FOUCAULT, 2005b, p. 41)²⁷.

²⁶ Trata-se de um enxerto de uma enciclopédia chinesa que, demonstrando uma lógica diferente daquela operada no ocidente, dispara um riso tanto mais incômodo na medida em que signifique o limite do nosso pensamento, a impossibilidade de ver, ali, qualquer espécie de razão, de sentido: “*os animais se dividem em: a) pertencentes ao imperador, b) embalsamados, c) domesticados, d) leitões, e) sereias, f) fabulosos, g) cães em liberdade, h) incluídos na presente classificação, i) que se agitam como loucos, j) inumeráveis, k) desenhados com um pincel muito fino de pêlo de camelo, l) et cetera, m) que acabam de quebrar a bilha, n) que de longe parecem moscas*” (BORGES apud FOUCAULT, 1999, p. IX).

²⁷ O vocabulário da doutrina das simpatias foi analiticamente discriminado: a convenientia para determinar o ajustamento entre as coisas; a *sympatheia* que marcava, entre as coisas de substâncias distintas, a identidade comum dos acidentes; a *semelhança* se desdobrava ainda através dos conceitos de analogia, *emulatio*, *signatura*; estes elementos que formavam a ordem da boa *semelhança*, manifestavam uma oposição a noção

Acontece que quando a formação clássica operava por meio de procedimentos que permitiam um “conhecimento em profundidade”, capaz de seguir um percurso que se desdobrava “de uma semelhança superficial a outra mais profunda”, era o termo *divinatio* que marcava tal direção hermenêutica. Esse traço do divino da formação clássico era o elemento que desdobrava o pensamento em direção ao infinito. “O que é Deus”, argumentará Deleuze mais tarde, “senão a explicação universal, o desdobramento supremo?” (DELEUZE, 2005, p. 134). Um procedimento que prendia os clássicos na eterna produção de tautologias²⁸.

A identificação de um pensamento voltado para o infinito, como marca distintiva da formação histórica clássica, aparece como questão anexa, mas nem por isso menos especial, no livro de Deleuze sobre *Foucault* (2005). Mesmo porque existia, em ambos os autores, uma compreensão comum sobre a ontologia da formação clássica. Deleuze publicará, mais tarde, um livro sobre Leibniz, autor cujo pensamento era indicado, já em *Foucault*, como um sintoma de um sistema voltado para a infinitude. O conceito de dobra, central para a imagem do pensamento que Leibniz irá produzir, exige que Deleuze conduza sua mão diretamente ao coração do barroco/clássico: “o traço do barroco é a dobra que vai ao infinito” (DELEUZE, 1991, p.13). Leibniz, munido de todos os seus

de simulacrum, uma semelhança onde sua maldade “repousa na dissensão entre Deus e o Diabo” (FOUCAULT, 2005b, p. 42).

²⁸ Onde quer que a arqueologia dos sistemas de pensamento se apóie, ela sempre encontrará a semelhança cerzindo os enunciados. A discriminação das semelhanças, por exemplo, levanta um problema, posto que aponta “os caminhos da similitude e por onde eles passam; não onde ela está nem como a vemos, nem com que marca a reconhecemos”. A solução se encontra, ainda, no jogo que se estabelece entre as semelhanças: as *assinalações*, a marca que, presente em uma semelhança, indica a existência de outra. Era assim que os autores clássicos se achavam completamente convencidos da “afinidade entre a noz e a cabeça: o que cura “as aflições do pericrânio” é a espessa casca verde que repousa sobre os ossos — sobre o invólucro — do fruto: mas os males interiores da cabeça são evitados pelo próprio núcleo “que indica totalmente o cérebro” (FOUCAULT, 1999, p.37-38). Qualquer operação na *epistème* clássica trata-se, portanto, de um desdobramento da similitude.

infinitos, aparece, em Deleuze, como modelo do pensamento clássico, como uma forma de pensar “que não pára de se perder no infinito” (DELEUZE, 2005, p.133).

É possível, dentro desta perspectiva, compreender por que a medicina classificatória não poderia ser uma prática que constituísse *um conhecimento singular do indivíduo doente*. Isto porque, bem entendido, uma formação histórica é o resultado de um composto de forças, onde o próprio homem conta como um dos elementos desse composto e ele mesmo um resultado de forças²⁹:

[...] as forças no homem entram em relação com as forças de elevação ao infinito. Estas são, justamente, forças de fora, já que o homem é limitado e não pode dar conta dessa potência mais alta que o atravessa. Por isso, o composto das forças no homem, por um lado, e, por outro, das forças de elevação ao infinito que elas enfrentam, não é uma forma-Homem, mas a forma-Deus. Objeta-se que Deus não é composto, que ele é unidade absoluta, insondável. É verdade, mas a forma-Deus é composta, para todos os autores do século XVIII. Ela é composta, precisamente, por todas as forças diretamente eleváveis ao infinito (ora o entendimento e a vontade, ora o pensamento e a extensão, etc) (DELEUZE, 2005, p.133).

Composto clássico: forças do homem (*fh*) + forças de elevação ao infinito (*fi*): forma-Deus (f-D). Daí porque *desdobramento* é o conceito que repercutirá, em toda formação clássica. E “se a clínica [clássica] pertence a essa formação”, como Deleuze irá apontar, “é porque ela consiste em desdobrar os tecidos sobre 'regiões de duas dimensões' e em desenvolver os sintomas em série, cujas composições são infinitas” (ibidem, p.134-135). Acompanhar tal dispositivo, a partir de um olhar informado pelo que se convencionou chamar de *anátomoclínica*, experiência médica que traduz a nossa

²⁹ Tanto em Deleuze quanto em Foucault as forças do homem não figuram como elementos que, per si, possam lhe moldar formalmente; argumenta-se que, numa relação exclusiva com suas forças (o homem e seu lado de dentro), tem-se não o homem, mas um elemental. Deleuze antecipa a crítica, desdobra: “objetar-se-á que tais forças supõem, já, o homem; mas não é verdade. As forças, no homem, supõem apenas lugares, pontos de aplicação” (DELEUZE, 2005, p.132).

modernidade, só pode gerar estranheza e incomunicabilidade, em função do afastamento que se pode medir daquele tipo de formação.

"A coincidência exata do 'corpo' da doença com o corpo do homem doente", e aqui se encontra a singularidade da clínica moderna, "é um dado histórico e transitório. [...]" Essa ordem do corpo sólido e visível é [...] apenas uma das maneiras de a medicina espacializar a doença. Nem a primeira, sem dúvida, nem a mais fundamental" (FOUCAULT, 2004, p.1). Isso marca a clínica moderna como uma experiência radical. Não se trata de um desenvolvimento natural, uma espécie de "desdobramento" da medicina clássica. Foucault não cansou de insistir no fato de que o "espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal no corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante curto período" (ibidem, p.2), o moderno, onde, diferente da experiência clássica da medicina, tornou-se possível subordinar o olhar à linguagem. A *dizibilidade*, na *anátomoclínica*, apenas dá conta do que o olhar observa. O que ocorreu, entre uma experiência e outra, foi, então, da ordem de uma mutação dupla.

Mutação de um olhar de superfície deliberadamente limitado à visibilidade dos sintomas a um olhar de profundidade que penetra o espaço volumoso do organismo em busca da lesão oculta; mutação, correlata, da linguagem médica, cujo privilégio, na época clássica, fazia da doença um espaço racional, essencial, ideal, nosográfico, e cuja subordinação ao olhar, na modernidade, destrói a idealidade do conhecimento médico, tornando-o empírico, positivo (MACHADO, 2000, p.54-55).

Acontece que essa dupla mutação só é compreensível quando articulada junto à temática da morte. Pois é certo que, se *O nascimento da clínica* não pára de recorrer à literatura, em particular aquela dedicada a relação entre linguagem e morte, o faz para indicar que a morte não passou a ocupar uma posição fundamental para a medicina

somente. A morte e toda a possibilidade que ela funda de discursos sobre a finitude, permite entender a sua posição basilar para a experiência moderna.

Compreende-se, nessa perspectiva, a percepção de Roberto Machado, para quem os livros escritos por Foucault sobre Raymond Roussel, como também o que trata da emergência da clínica moderna, sejam marcados pelo mesmo núcleo de preocupações sobre a relação entre *ver* e *dizer*, entre *linguagem* e *morte*. É “neste sentido”, interpretava Machado, que “uma frase do tipo: 'como se o olhar, para ver o que há para ver, tivesse necessidade da desdobrada presença da morte', que relaciona a obra de Raymond Roussel com sua morte, bem poderia ser do *Nascimento da clínica*" (ibidem, p.73).

É que, em determinado nível, a literatura moderna só pôde se constituir a partir de sua experiência com a finitude. Daí porque é em Chateaubriand, “escritor obcecado pela morte desde o momento em que começou a escrever, e para quem a palavra que escrevia só tinha sentido na medida em que ele estivesse morto, ou que ela se inscrevesse além de sua morte” (ibidem, p.57-58), que se marcará a emergência da literatura moderna. A morte, então, é o rochedo ao qual essa literatura não cansará de se lançar, seja em Sade, com seu tripé, *assassinato*, *mal* e *contranatureza*, seja em Hölderlin, convicto que “a morte é a forma mais ameaçadora e mais plena das formas de finitude” (ibidem, p.58).

Se a clínica acusa sua filiação com a literatura é por que aqui e ali a morte não se acha como um tópico, como uma tematização. A morte é o ponto de partida, o lugar onde a positividade da clínica irá encontrar sua base e constante revigoração. Deleuze retomará essa relação em seu lugar de emergência:

É Bichat, como vimos, que rompe com a concepção clássica de morte, enquanto instante decisivo e indivisível! (a fórmula de Malraux, retomada por Sartre, a morte é que ‘transforma a vida em destino’, pertence ainda à concepção clássica). As três grandes novidades de Bichat são: colocar a

morte como coextensiva à vida, fazer dela o resultado de mortes parciais e, sobretudo, tomar como modelo a ‘morte violenta’ em lugar da ‘morte natural’.

E mais:

O livro de Bichat é o primeiro ato de uma concepção moderna da morte (DELEUZE, 2005, p. 139).

Primeiro ato que não cansou, até aqui, de se repetir. Nada impede, como demonstrado, que aqui e ali um autor retome a concepção clássica sobre morte³⁰, mas a perspectiva da morte, na modernidade, é *Hilsteana*, que faz seus versos coincidir, termo a termo, com as novidades sobre a morte que Bichat inaugura. Em Hilst (2003), a morte “em tudo és e estás” (morte como coextensiva a vida). Se alguma coisa se sabe da morte é porque “em vida provei teu gosto” (as *mil e uma mortes*); sabe-se, também, “porque é rompida e disjunta”, que a morte exerce e exacerba seu domínio com violência.

Deslocada das sombras e de estatuto positivo na modernidade, a morte passou a funcionar como o vértice da triangulação que passou a formar com a vida e com a doença. E é somente por isso que, “fazendo do conhecimento da morte a base do conhecimento da vida e da doença, Bichat desclassifica as anotações dos médicos ao leito dos doentes, convidando-os, ao invés de colecionarem sintomas, a abrirem alguns cadáveres” (MACHADO, 2000, p.56). Bem notado, o corpo morto se transmuta na experiência da *anátomoclínica em espaço discursivo*, único capaz de revelar os mecanismos que fazem funcionar a vida e a doença.

³⁰ É o que faz Sartre, na década de 1950 como já indicado, mas também Ariano Suassuna, falando pela boca de Xicó: “cumpru sua sentença e encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca de nosso estranho destino sobre a terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo num só rebanho de condenados, porque tudo o que é vivo morre” (SUASSUNA, 1975, p.39)

A clínica clássica, essencialista e essencialmente nosográfica, objetivava, caracteristicamente, formar quadros classificatórios da doença. Sua incursão ao corpo do doente — sendo este e o próprio médico, considerados acidentes da doença —, fazia-se tão somente para reafirmar o que, no quadro, já se dava desdobrado; exigia que o olhar se subordinasse à linguagem simpática. A *anátomoclínica* moderna apaga o quadro, se dirige ao doente, faz da morte a experiência que funda sua positividade como primeira “ciência do indivíduo”, já que será “um dos primeiros saberes a relacionar o homem com sua finitude originária, com o limite que ele traz em si próprio, assinalando assim a disposição antropológica dos saberes modernos” (ibidem, p.57). Não se tratava mais do privilégio da linguagem. A *anátomoclínica*, ao levar em consideração “o espaço dos volumes e das massas”, o olhar, em sua experiência, “lê, de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas” (FOUCAULT, 2004, p.2).

Entre uma experiência e outra, o que se passou?

"O que mudou foi a configuração surda em que a linguagem se apóia, a relação de situação e de postura entre o que fala e aquilo de que se fala" (ibidem, p.VII), adiantará Foucault no prefácio de *O nascimento da clínica*. E tudo se passa ali, é configurado a partir do mesmo princípio que provou a emergência do solo clássico do pensamento: uma nova relação de forças; um novo composto daí resultante:

$$fh + ff = fH$$

Que as forças do homem, na modernidade, tenham entrado em contato com novas forças de fora, de finitude, é algo que a dissolução experimentada pela *gramática geral*, pela *história natural* e pela *análise das riquezas*, na senilidade da formação histórica clássica, pode assentir. A ruptura com as coordenadas que constituíam o plano de

imanência desta formação, permitiu uma nova articulação interna aos saberes sobre a *vida*, o *trabalho* e a *linguagem*. É assim que, a biologia, a economia política e a lingüística vêm oferecer ao homem um modelo de enunciação que só poderá saber de sua própria finitude, e isso em dois tempos:

Foucault insiste na necessidade de introduzir dois momentos bem distintos. É preciso que a força do homem comece a enfrentar e agarrar as forças da finitude enquanto forças de fora (vida, trabalho, linguagem): é fora de si que ela deve se chocar com a finitude. Em seguida, e só em seguida, num segundo tempo, ele passa a vê-las como sua própria finitude, ele toma consciência delas como de sua própria finitude" (DELEUZE, 2005, p.135).

Tudo se passa bem ao estilo da microssociologia de Gabriel Tarde (2007)³¹: um novo composto de *elementais* redefine relações, hierarquias, acordos, acomodações, e acusa, em si mesmo, sua diferenciação. Daí que “a finitude seja constituinte, o que haveria de mais incompreensível para a idade clássica”? (DELEUZE, 2005, p.135). É que na ausência das forças de finitude o sujeito não existe. Uma ruptura foi, assim, assinalada. Anulados os resultados da combinatória de forças do pensamento clássico, a morte passou a se constituir como experiência fundamental para clínica, porque ela mesma integrante da *epistème* moderna.

É rapidamente perceptível, para o tipo de leitura que se impõe a uma tese, que usei até aqui e de modo indiscriminado, os termos *epistème* e *formação discursiva*. É verdade que se referem aos mesmos objetos (os sistemas de pensamento do Ocidente, a partir da época clássica), mas, absolutamente, não têm o mesmo alcance. A *formação discursiva*,

³¹ Para Deleuze existe uma convergência entre o desenho geral da teoria social de Foucault e a microssociologia de Gabriel Tarde: “Quando Gabriel Tarde fundava uma microssociologia, era exatamente isso que fazia: não explicava o social pelo indivíduo, mas analisava os grandes conjuntos assinalando as relações infinitesimais, a ‘imitação’ como propagação de uma corrente de crença ou desejo (quanta), a ‘invenção, como encontro de duas correntes imitativas... Eram verdadeiras relações de força, na medida em que ultrapassavam a mera violência” (DELEUZE, 2005, p.45-46).

noção que foi inaugurada em *Arqueologia do saber*, pressupõe uma reavaliação da herança estruturalista presente no conceito de *epistème*, desenvolvido em *As palavras e as coisas*. Foucault reconhece que o termo se ressentia da ausência de uma metodologia que desviasse sua análise da procura de uma *totalidade cultural* (FOUCAULT, 2005a, p.18-19).

Ora, totalidade cultural é outra forma de Foucault reconhecer que em *As palavras e as coisas* praticou um modelo de história que procurava reconstituir dos princípios da lei geral que rege determinada época. Essa história global, primordialmente, acredita ser possível costurar todos os acontecimentos de uma época a partir de um sistema de relações homogêneas. Sua percepção sustenta que esses acontecimentos estão submetidos a uma única e mesma forma de historicidade, e, na medida em que esta mesma historicidade divide os fenômenos em grandes unidades, considera que são elas que oferecem o seu princípio de coesão (ibidem, p.11). Por isso, ao refletir sobre as *unidades discursivas*, a *Arqueologia* problematiza a operacionalidade dos conceitos de *tradição*, *influência*, *desenvolvimento* ou *evolução*, *mentalidade* ou *espírito*, se agita diante de certos *recortes* ou *agrupamentos* (como história, filosofia, religião), coloca em suspenso a legitimidade do *livro* e da *obra*, e quando condena, finalmente, a pretensão de elucidar um *discurso secreto*, repousado num *já-dito*, (ibidem, p.23-28), o faz na medida em que estes conceitos compunham a gramática da história global.

Foi a partir das investidas da *Escola dos Anales* contra este tipo de história tradicional que Foucault encontrou uma alternativa de análise, uma “história geral [que] desdobraria, ao contrário, um espaço de dispersão” (FOUCAULT, 2005a, p.12). E, na medida em que tanto a história tradicional como as outras modalidades tem pressupostos

que são, ao mesmo tempo, epistemológicos, antropológico e políticos, a preocupação fundamental da *Arqueologia* era não se transformar em mais um refugio seguro do sujeito³².

É, portanto, sob um fundo geral onde unidades e continuidades são asseguradas, que o conceito de *formação discursiva* emerge, denunciando a percepção de uma totalidade cultural que a *espitème* ainda fazia funcionar. A suspensão das categorias não era capaz de dispensar, ainda assim, algum critério para a formação de determinados conjuntos de enunciados. De qualquer modo, os princípios disponíveis para produzir os agrupamentos pareciam, do mesmo modo que os conceitos, figurar pouco promissores quando respeitados os problemas empíricos que eles suscitavam.

Torná-los, por exemplo, num conjunto, quando se referissem “a um único e mesmo objeto”, se deparava com o fato deste objeto não se manter historicamente constante (o objeto loucura na Idade Clássica, não é o mesmo que se desenha na época Moderna). Seria pouco produtor também, agrupá-los a partir de uma enunciação tipologicamente definida e normativa, em função de sua heterogeneidade (como explicar uma medicina, como a do século XIX, que se define menos por conceitos e mais por seu estilo, estruturada em descrições que nunca deixou de sofrer deslizamentos?). Resultado idêntico ocorreria com quem se baseasse numa gramática conceitual, posto que, na prática ela não cobre todos os enunciados (se os conceitos de sujeito e de predicativo podem ser utilizados para se referir aos gramáticos de Port-Royal, não são suficientes para aglutinar outros empreendimentos). Enganosa, finalmente, é a unidade temática (é sobre o

³² Do sujeito fenomenológico, evidentemente. A partir daí, Foucault insistirá no caráter anti-humanista da arqueologia, e em sua afinidade, em virtude disto, com o pensamento de Marx, de Nietzsche, e com direção os postulados da psicanálise lacaniana.

evolucionismo que se fala em Darwin e Diderot; mas o evolucionismo é regido em cada um deles, por aspectos de ordem completamente distinta).

Foucault tem em mente que a falência destes princípios está em sua tentativa de descrever o que há de mais artificial no desenvolvimento histórico: as unidades e as continuidades. No fundo, insiste-se sobre a inócua tentativa destas pressuposições para deixar de fora o sistema de dispersão, o próprio nervo da história. A arqueologia tinha a intenção de descrever “formas de repartição”. Chamar-se-ia *formação discursiva* o resultado da descrição que desenhe,

[...] entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações) (FOUCAULT, 2005a, p.43).

Assim, no final da década de 1960, Foucault parece estar resolvido quanto as suas correções conceituais e satisfeito com suas análises sobre essas formações discursivas. Na primeira metade da década de setenta, seu objetivo é descrever seus dispositivos e apontar os efeitos de poder que eles faziam circular.

Sob o fundo das análises sobre as modernas *tecnologias de disciplina* e de suas aplicações sobre o corpo, a partir de uma *individuação (normatização)*, era gestada, em 1975, uma nova *gramática do poder* que se contrapunha, termo a termo, aos postulados clássicos e marxistas sobre o poder. É suficiente registrar que o novo mapa conceitual assentia: a) um poder *difuso* ao invés de *localizado* (no Estado); b) um poder que atravessa, na *diagonal*, todo o campo social frente a um poder *subordinado* à economia, c) um poder *operatório e relacional* que se opõe a um poder essência ou atributo (privilégio exclusivo de uma classe ou um grupo). Em todo caso, um poder mais *produtor* — produz

realidade — que *repressor*. *Vigiar e punir* inaugurava uma *microfísica* do poder (FOUCAULT, 1987).

Não foi preciso esperar muito tempo, após a publicação de *Vigiar e punir* (1975), para que a novidade da *anátomoclínica*, tomada em conjunto com as tecnologias instauradoras da disciplina que emergiram no final do século XVIII e inícios do XIX, fosse perceptível como um elemento operatório daquilo que Foucault denominou de *biopoder*, espécie “assunção da vida pelo poder [...] uma espécie de estatização do biológico” (FOUCAULT, 1976, p.285-286).

Já que a descontinuidade entre a doutrina das simpatias e o sistema moderno de interpretação foi anteriormente assinalada, é compreensível que se espere aí uma ruptura com o *direito de soberania*, ideologia política anterior a essa novidade. Foucault, no entanto, parece sentir-se mais a vontade indicando, antes de tudo, a função complementar — o *biopoder* completa o direito de soberania — desta nova política, para também indicar, numa afirmação econômica, que a novidade “transpassa” aquele direito. Em todo caso, Foucault irá insistir que o direito de soberania e o *biopoder* são, de fato, dispositivos com naturezas diferentes: a pedra angular do direito de soberania pode ser traduzida pela fórmula *fazer morrer, deixar viver*, assimétrico em sua natureza e funcionamento, já que

[...] o soberano só exerce, no caso, seu direito sobre a vida, exercendo seu direito de matar ou contendo-o; só marca seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir. O direito que é formulado como 'de vida e morte', é, de fato, o direito de causar a morte ou de deixar viver. Afinal de contas, era simbolizado pelo gládio (FOUCAULT, 1988, p.128).

E, com o mesmo tom, algo de falsamente titubeante, Foucault procurou uma conexão entre o direito de soberania e uma formação histórica singular

talvez se devesse relacionar essa figura jurídica a um tipo histórico de sociedade em que o poder se exercia essencialmente como instância de confisco, mecanismo de subtração, direito de se apropriar de uma parte das riquezas: extorsão de produtos, de bens, de serviços, de trabalho e de sangue imposta aos súditos. O poder era, antes de tudo, nesse tipo de sociedade, direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la (idem).

O *modus operandis* do biopoder é outro. Seu funcionamento prescindiu de uma teoria política que lhe fosse suporte — já que, constituinte da formação histórica moderna, exige a subordinação da linguagem pelo olhar. E é por isso que as análises de Foucault se inscrevem no domínio das práticas, das técnicas, das operatórias e dos mecanismos: ocorre que ao biopoder interessa o exercício das “funções de incitação, de reforço, de controle, de vigilância, de majoração e de organização de forças, a fazê-las crescer e ordená-las mais do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las” (idem). A maquinaria, onde essas funções se cruzam, opera a partir de uma *tecnologia disciplinar do trabalho* centrada na normatização do indivíduo, de seu corpo.

A *anátomoclínica* se inscreve num segundo tipo de tecnologia, operando sem concorrer e combinada com a tecnologia disciplinar. Em sua diferença, a *anátomoclínica* ignora os indivíduos para se aplicar às coletividades. Trata-se de uma política voltada para a gestão, não do homem-corpo — como no caso da disciplinar —, e sim do homem-espécie. O homem, portanto, tomado em sua experiência como população, um tipo de “[...] massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.” (FOUCAULT, 1976, p.289).

Circunscrita a seu domínio, a medicina moderna cultivou uma disposição inicial para combater epidemias, contra essa “morte que se abate brutalmente sobre vida”.

Vampirizada pela *biopolítica*, a preocupação foi deslocada para as endemias, para “a forma, a natureza, a extensão, a duração, a intensidade das doenças reinantes numa população” (ibidem, p.291). O alvo era a normalização da saúde da população. Evitava-se o patológico.

Mesmo mantendo certa relação com os enunciado da soberania, é a partir do solo moderno que a combinatória de uma tecnologia normatizadora e outra, voltada para a normalização, emerge e se desenvolve. Pertence a esse solo a prática de se considerar taxas demográficas (nascimento, óbito) sob o critério das medições estatísticas. É sob essa rubrica que se torna operatória, no caso específico da intervenção médica, “a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação de tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, é que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população” (idem). Em todo caso, as técnicas de normatização e normalização se aplicavam sob as multiplicidades. Através de um regime de luminosidade, extraía-se, de uma situação coletiva, o indivíduo para normatizá-lo; através das estatísticas e das práticas higiênicas, esperava-se normalizar a saúde de uma coletividade.

Foucault enxerga aí o deslizamento — um rebatimento talvez — de uma tecnologia médica para a esfera da gestão pública numa escala cada vez mais ampla na sociedade moderna

Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma 'biopolítica' da espécie humana (FOUCAULT, 1976, p.89).

Eis o que ocorria: o modo como o médico percorre o corpo humano trata-se de um dispositivo e, como tal, permite ser apropriado, passando a funcionar a mesma operatória em outro nível. Assim, a emergência do conceito de *população* ocorre de modo em que sua realidade concreta passa a ser administrada do mesmo modo como se gere um corpo. E, quer funcionando no âmbito restrito dos interesses médicos ou atuando como gestor de coletividades, esse dispositivo é constituído por *formas de saber* — já que tanto o corpo humano como o corpo da população são objetiváveis — e por *relações de poder* capazes de engendrar subjetividades.

É possível dar a esse percurso uma configuração *sociológica* mais geral a partir da noção de *campo social*, aqui tomado como a forma específica que a configuração de um espaço social assume em sua emergência numa formação histórica particular. Os objetos, conceitos e sujeitos que animam as relações no campo são produtos, concomitantemente, da *formação discursiva* e dos dispositivos imanentes ao próprio campo que combinam, provisoriamente, novas relações entre o *ver* e o *dizer*. As relações que se desenvolvem neste espaço determinado são essencialmente relações de poder. Todos esses aspectos se entrecruzam, concretamente, no corpo. É assim que o *campo social moderno*, animado pelas forças de finitude que compõem sua formação histórica, subscreve uma medicina que funda seu *saber* constituindo uma positividade sobre a morte ao mesmo tempo em que é marcada, no nível dos *dispositivos*, por uma preocupação cada vez mais governamental com a gestão da vida.

Posso voltar agora, aos documentos que citei de início. Eles me sugerem que foi em torno dos protocolos da *anatomoclínica* e da *biopolítica* que se organizou a

experiência médica a partir do século XIX brasileiro. Uma aplicada ao *indivíduo singular* e a outra aos indivíduos em sua experiência como *população*, as duas experiências se articulam em torno da doença que, num campo social, se manifesta a partir de espacializações nas quais a espacialização terciária articula

o conjunto dos gestos pelos quais a doença, em uma sociedade, é envolvida, medicamente investida, isolada, repartida, em regiões privilegiadas e fechadas, ou distribuída pelos meios de cura, organizados para serem favoráveis. [...] ela implica um sistema de opções que diz respeito á maneira como um grupo, para se manter e se proteger, pratica exclusões, estabelece as formas de assistência, reage ao medo da morte, recalca ou alivia a miséria, intervém nas doenças ou as abandona a seu curso natural. Mais do que as outras formas de espacialização, ela é, porém, o lugar de dialéticas diversas: instituições heterogêneas, decalagens cronológicas, lutas políticas, reivindicações e utopias, pressões econômicas e afrontamentos sociais. Nela, todo um corpo de práticas e instituições médicas articula as espacializações primária e secundária com as formas de um espaço social de que a gênese, a estrutura e as leis são de natureza diferente (FOUCAULT, 2004, p.6).

Isso sugere, portanto, que a minha pesquisa — desviando-se de uma explicação pela *tradição* ou por uma *ofensiva médica*, como também de uma perspectiva concentrada no poder do Estado, deve mapear o modo como a *anátomoclínica* e o *biopoder* vieram se combinar, no Brasil, de modo particular, como um resultado de um *mais de poder* que as relações de forças que indivíduos, grupos e instituições encetaram, referentes ao medo da morte. Isso significa que a experiência médica no Brasil oitocentista trata-se de um desdobramento — uma repetição que se dá pela diferença ou pela individuação — da *clínica* e das formas de *gerir a vida* na sociedade moderna.

Nesta perspectiva, é pouco produtor aceitar, como faz Freyre, diferenciar os médicos brasileiros baseado no critério de formação, se aqui ou na Europa, enxergando aí um indicador sobre a adesão a uma medicina moderna ou a outra que não fosse.

Tampouco é possível ver na *medicina tropical* uma *medicina brasileira*, posto que, se havia médicos — inclusive os de formação européia —, interessados nas substâncias e remédios que se podia extrair do clima tropical, estes acreditavam que o estudo desses materiais devia ser “científico, regular e sistemático”, dentro, portanto, das concepções e procedimentos de um saber médico baseado na clínica moderna. Da experiência médica no Brasil, do século dezenove, trata-se, em todo caso, de analisar sua *diferenciação*. A experiência oitocentista brasileira é marcada por uma *singularidade* e não uma *marca identitária*.

Dessa singularidade é necessário se perguntar se existe alguma implicação teórica quanto ao tipo de relação que a espacialização terciária da doença permite num espaço *colonial* e *escravocrata*. Sobre o aspecto colonial, é Ilmar Mattos quem formata a experiência oitocentista brasileira em termos de uma *recunhagem da moeda colonial* (MATTOS, 2004), configurada em torno da *preeminência britânica* (MANCHESTER, 1973). Aceito esse pressuposto, um espaço colonial pode ser definido como uma *zona de contato*, “espaços sociais onde culturas díspares se encontram, se chocam, se entrelaçam uma na outra, freqüentemente em relações extremamente assimétricas de dominação e subordinação [...]” (PRATT, 1999, p.27). Essa definição abarca a experiência escravagista brasileira que organizava a sociedade brasileira de modo diverso das *sociedades do trabalho* nas quais as análises de Foucault sobre a *anátomo-clínica* e o *biopoder* se desenvolvem.

De qualquer modo, meu objeto é mapeado a partir de uma teoria sobre os procedimentos de *normalização* presentes nos pressupostos de Foucault acerca do *biopoder*, sob a condição de que se considere a *normalização* como uma espécie de

dispositivo que atravessa na diagonal todas as especificidades e pontos de um campo social. Na experiência brasileira, as famílias ou as populações deviam ser normalizadas, como percebia Jurandir Freire. E, juntamente a elas, os próprios médicos (fabricar para a sua imperícia um nível que pudesse ser considerado *tolerável*) e de igual modo o Estado oitocentista (era preciso convencê-lo sobre a saúde como investimento estratégico), ainda em processo de formação.

Dessa forma, a chave de leitura dos processos de *normalização* no Brasil retira do Estado, da classe ou de um grupo o mérito da configuração assumida pela experiência com a doença; seu objetivo é mostrar a microfísica das relações que fazem da normalização um dispositivo que se desloca do domínio do saber para o do poder, de instituições médicas para outras de natureza diversa. Como discursos médicos são animados internamente com outras ordens de discursos, e como, finalmente, esses elementos se combinaram para compor a diferenciação, na dobra brasileira, da experiência moderna em torno da *anátomoclinica* e do *biopoder*. Minha aposta é que o modo como esses dispositivos foram operados no Brasil oitocentista, sugere a necessidade, para a época, da dilatação da função normalizadora: população, médicos e o Estado careciam de uma regulação capaz de efetivar a salubridade pública. Tratava-se, efetivamente, de um vasto campo que se devia regular.

CAPITULO II

As expensas do doutor Varella

Durante os meses de julho e agosto de 1829, o periódico *O Cruzeiro*, que passara a circular na praça do Recife, naquele mesmo ano, publicou uma série de epigramas cuja sátira era voltada à intervenção médica na saúde dos provincianos. “Dizes, que me achando enfermo/Fostes o meu facultativo/A prova de que isto é peta/É eu ainda estar vivo”¹, disparava um dos menos cáusticos. Em outro, uma relação inerente entre o ato médico e a morte era cruamente estabelecida: “Morte! Aqui tens este estojo/Já não sou mais Cirurgião/Não aceito (disse a Morte)/Está em muito boa mão”². Essa espécie de fabricação, mas antes de julgamento do ato médico, apresentava quase sempre, como seu objeto, certo doutor Varela (por vezes Varella). Nele, toda a imperícia que se podia atribuir a uma classe era denunciada, fustigada. “Fala-se muito de mortes/No Monteiro, e na Panella./Há por lá fome? Houve Peste?/Nada: é que está lá Varella”³.

¹ APEJE, *O Cruzeiro*, Epigramas, 21/07/1929.

² Ibidem, 09/07/1829.

³ Ibidem, 06/07/1829. Não é possível asseverar, com a documentação disponível, a existência do doutor Varella. No entanto, real ou não, a presença deste personagem nos chistes de 1829 funcionava, certamente, como um vetor da crítica das anedotas aos médicos de formação científica.

A novidade desses epigramas não está, contudo, nesta relação mais geral, entre ato médico e morte. A despeito de certa singularidade desses epigramas, algo que gostaria de demonstrar é a percepção do ato médico como uma ação mortífera, a qual foi sustentada depois e mesmo constituída antes, dentro e fora das páginas dos jornais.

Na imprensa, o periódico *O Carapuceiro* foi um desses lugares e pode ser considerado um exemplo quente dessa representação, posto ter demonstrado indisfarçável simpatia pela medicina alopática. Duas ocasiões são exemplares. No final de 1832, criticando a ação dos curandeiros na província pernambucana, já que os mesmos não eram formados nem possuíam licença das escolas de medicina, *o Carapuceiro* perguntava “que coisa é prática de uma arte sem nenhuma teoria” (GAMA, 1983, s/p). Obviamente, o padre queria destacar a perícia que, pressupunha, acompanhava as credenciais; sem diploma, o terapeuta popular “que naò sabe ajuntar duas silabas, que naò sabe assignar o seu nome [sic]” (idem), não passava de uma caricatura do médico:

he de ver o desempenho, e fresquidão, com que hum assassino destes de curiosidade tatea o pulso de hum pobre doente, sem saber o que he pulso, nem onde elle está, nem qual o seu estado normal, nem as variações das temperamentos, e das diversas idiosincrazias, classifica as febres, chama lhes causas, e não effeitos de enfermidades [sic] [...] (idem).

O regime que a linguagem institui não deixa dúvidas de que o autor pressupõe que o curandeiro agia no escuro; ele “tatea” o pulso do paciente (com *desempeno, e fresquidão*); ignorava a anatomia humana (*sem saber o que he pulso, nem onde elle está*) bem como a fisiologia (*nem qual o seu estado normal*), e ainda outros fatores que pudessem incidir sobre a doença (*nem as variações das temperamentos, e das diversas idiosincrazias*). Apesar disso, aquela espécie de homicida “arrota[va] sentenças fisiologicas, que metem n'hum chinello o mesmissimo Broussais” (idem). A despeito disto,

o *Carapuceiro* não ignorava o prestígio que o curandeirismo experimentava junto à população da província. Reconhecia, também, a direção inversa na qual a imagem do médico era tomada a tal ponto de asseverar que não conhecia

officio mais desgraçado, do que o de Médico. Se o enfermo foi tractado por huma velha cristalleira, e ervanaria, e morre, ninguem se queixa da bruxa assassina. Deos, nosso Senhor, achou o em estado da sua graça, e lá o levou para si: mas com o Medico não ha indulgencia, o Medico nunca tem, se naõ o demerito; por que se o doente escapa, naõ foi o Professor, que o curou, foi o Padre Santo Antonio, a quem se prometteo huma trezena, foi ao glorioso Sr. Santo Amaro, a quem se fez voto de huma romaria [...]; porém, se apezar de todos os recursos d'Arte, o enfermo succumbe, aqui d'ElRei; foi o Dr. Fulano, que o matou; por que a molestia era hum espasmo conhecido, e mandou-o sangrar; por que teve huma febre malina, e em vez de lhe dar Agoa Ingleza (que he fogo em cima da polvora) para evitar a gangrena, encheo-o de bixas, deo-lhe agoas de cevada, e de arroz, e mato-o á fome (idem).

De um mesmo problema (doença) e diante de um mesmo resultado (morte), o crítico da cultura observava julgamentos distintos para os interventores: condescendente com o curandeirismo, a ineficácia daquela ação terapêutica era escamoteada por uma perspectiva religiosa sobre a morte do paciente (*Deos, nosso Senhor, achou o em estado da sua graça, e lá o levou para si*); antipática ao ato médico, a população não somente o responsabilizava pelas mortes (foi o Dr. Fulano, que o matou) como roubava do facultativo qualquer mérito da cura (*naõ foi o Professor, que o curou, foi o Padre Santo Antonio, a quem se prometteo huma trezena, foi ao glorioso Sr. Santo Amaro, a quem se fez voto de huma romaria*).

Cinco anos mais tarde, os provincianos continuavam sendo exortados pelo padre *Carapuceiro*, posto que continuavam a oferecer resistência aos remédios alopáticos, e demonstravam continuado apego ao curandeirismo. Esse artigo do padre adianta uma temática que cruzará todo o dezenove, com uma questão médica, qual seja, que tipo de

prática terapêutica uma cultura deverá estimular para que seja considerada ilustrada? É por isso que as passagens iniciais do artigo se preocupam em situar o curandeirismo e a feitiçaria, que tomavam as doenças como fenômenos sobrenaturais, dentro de uma história que se estende da antiguidade até o século XVI, aparentemente sem interrupção, e que permitia urdir uma história comum a povos tão distintos como gregos, chineses e hindus (idem). Uma história que só pôde experimentar um arrefecimento quando "o estudo mais profundo da Physiologia, e dos mais ramos da Medicina fez ver, que a mór parte dessas enfermidades extraordinárias, que offereciam efeitos espantosos, e se chamavão obras do demonio, erão verdadeiras neuroses, erão causadas por affecções do cerebro, do utero [...]" (idem).

O problema era que esses avanços da medicina, ainda que permitissem uma percepção das doenças a partir de causas puramente naturais, admitiam, *paripassu*, os limites nos quais a ação médica se esbarrava; "molestias ha principalmente e das Chronicas", explicava, "que procedendo d'alguma lesão, ou defeito organico, são incuráveis" ou que exigiam, do enfermo, um compromisso que poucos pareciam dispostos a assumir, posto que só se curassem "depois de largo tempo à força de rigorosa, e não interrompida dieta" (idem).

Certa urgência em ser curado, portanto, era acrescentada à cultura supersticiosa dos pernambucanos, que preferiam o curandeiro, o feiticeiro, a parteira, o preto boçal, o "caboclo estúpido, e borracho", o pai Matheus ("que costuma a ser hum negro velho, insigne bebarrão, carregado de cabacinhos, e cornimboques" ao médico; por isso mesmo rejeitavam também os instrumentos e procedimentos alopáticos em favor da oração, reza, talismã, cobras, lagartixas, cruces velas e galinhas pretas (idem). Nesse artigo, como no

precedente, o *Carapuceiro* é útil, dessa forma, para circunscrever num âmbito mais geral — num artigo que pretendia desqualificar o curandeirismo e reabilitar a ação médica —, a questão posta pelos chistes: não se tratava de um julgamento sobre a ação mortífera de todo e qualquer agente de saúde, mas, especificamente, de uma crítica a morte causada pelo ato médico.

É de se pontuar, a despeito dessas graves considerações, que as anedotas sobre médicos que, aqui e ali, apareciam naquele periódico flertaram com vários aspectos que o ato médico fazia funcionar. Ironizava sua linguagem hermética, por exemplo: “indo um médico ver uma doente,/ perguntou-lhe esta qual fosse a sua enfermidade:/e dizendo-lhe aquele, que era uma gastro-interites/, complicada com hepatites, e com princípios de uma hipertrofia;/ exclamou a pobre mulher — senhor doutor, isto não pode ser:/ eu não posso ter essas moléstias estrangeiras; por que nunca sai da minha terra” (GAMA, 1983, s/p). Advertiam sobre os males que a literatura médica podia causar a um hipocondríaco, chegavam mesmo a fragilizar argumentos pretéritos em favor dos remédios alopáticos ao revelar o segredo da longevidade de um médico: “[...] como lhe gabasse a saúde, e boa disposição, e quisessem saber, qual o método, que seguia, para assim conservar em tão avançada idade, disse [o médico]: vivo do produto dos medicamentos que aplico, sem tomar nenhum dos que receito” ou atestava a burrice dos práticos (idem).

As anedotas faziam mais. Em uma delas, a fórmula latina contida no despacho de um Cardeal governador, numa disputa entre um médico e um advogado sobre o direito de precedência por ocasião de uma procissão do corpo de Deus, não deixava dúvidas sobre o a natureza do ato médico: *precedant latrones sequantur assassini* (“vão adiante os ladrões, e após destes os assassinos” (idem)). E, num relato sobre médicos que teriam comido, sem

o saber, o fígado de um dos pacientes morto, a conclusão um tanto irônica da história deixa entender que a capacidade de assassinar era algo tão inerente ao ato médico, que experimentava uma espécie de naturalização, de aceitação tácita desse fato: “decerto até hoje todos têm concedido aos médicos o direito de matar seus enfermos,[sic] mas o de comê-los vai muito além de toda a permissão” (idem).

Os afetos produzidos por epigramas ligados a um campo mais propriamente literário antecipavam, no final do século XVIII e inícios do século XIX, as representações sobre os médicos que os periódicos recifenses da década de 1820 marcariam. O poeta português Manuel Maria Barbosa du Bocage, atuante no reinado de D. Maria I⁴, nos oferece o melhor exemplo. Escritor que dominava uma variedade de estilos literários, quase a totalidade de seus epigramas destacavam as várias formas como a imperícia médica atualizava seu acordo com a morte: “A Morte um dia enjoou-se/Dum nome, que se abomina:/Quis o azedume adoçar-lhe,/E crismou-se em Medicina” (BOCAGE, 1956, p. 241). E ainda: “A morte perdendo a foice/Creu sua força desfeita:/Disse-lhe um médico insigne:/Aqui tens esta receita!” (ibidem, p. 257). O modo como era descrito o fim de um paciente reforçava a responsabilidade dos médicos sobre a morte dos enfermos: “Aqui jaz um homem rico/Nesta rica sepultura:/Escapava da moléstia,/Se não morresse da cura” (*Id.*, p.243). Um de seus epigramas instituíva, finalmente, a morte como *o negócio* da medicina: “Consta que o médico fora/Inventor da guilhotina:/Deu bem rapidez à morte!/Mostrou saber medicina” (Ibidem, p. 240).

⁴ Sobre as consequências políticas, morais e culturais do período de D. Maria I para a poesia de Bocage, vide *Bocage, Poesias*. 3ª. Edição. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora, 1956.

A singularidade dos epigramas de 1829 não está, como se pode deduzir, na relação mais geral que eles construíram entre o ato médico e a morte. Tal emenda era algo que se achava na cultura tanto na portuguesa quanto na brasileira. De certo modo, era também comum aos periódicos, com maior ou menor grau de simpatia ou antipatia aos médicos, publicarem chistes hábeis em produzir tais estereótipos. É necessário, portanto, avançar para a análise das *condições de possibilidade* que sustentavam aquele tipo de representação. Sobre este aspecto, parece-me fortuito refletir como a *formação dos médicos na primeira metade do século dezanove*, pode ser apontada como uma dessas condições.

Afirmar que os epigramas apontavam, invariavelmente, para a imperícia médica; para os efeitos mortíferos do ato médico, propriamente. Imperícia insistentemente colada em cada ato do doutor Varela. Impossível, com a documentação recolhida, precisar se Varela existiu ou se era personagem fictício⁵. Seja como for, a narrativa que os epigramas dão à questão que Varela encarna aponta, frequentemente, para uma dimensão coletiva, já que eram muitas pessoas que o ato médico, nos chistes, matava de uma só vez. Dificilmente esses chistes não se destinassem aquele médico com a intenção de transformá-lo no emblema de uma coletividade. Afirmava-se, através de Varela, que os médicos matavam e muito: “Trinta mortos se enterraram/Ontem só numa Capela/Ou lá

⁵ Dois epigramas da série de 1829 talvez devam ser tomados como indícios de uma existência real. O primeiro, precisa locais de atuação do médico: “Fala-se muito de mortes/No Monteiro, e na Panella/Há por lá fome? Houve Peste?/Nada: é, que está lá Varella.”. APEJE, O Cruzeiro, 06/07/1829. O segundo, último epigrama da série, funciona algo como que uma resposta aos críticos do tipo humor que os chistes faziam: “Para saber-se, que é falso/Quando se diz do Varela/Ontem curou uma escrava/A quem caiu a espinhela”. APEJE, O Cruzeiro, 12/08/1829. É necessário ressaltar, entretanto, o fato de que na lista registrada por Leduar Assis Rocha (1962, p.20) dos médicos atuantes em Recife, no começo da década de 1830, não consta nenhum deles que tenha Varela por sobrenome.

anda a epidemia/Ou anda o Doutor Varela”⁶. Essa habilidade em perder vidas era denunciada e expressa, dentre outras formas, no reconhecimento da Morte de que o médico lhe era um concorrente cujo valor devia ser respeitado⁷.

Da imperícia médica emergiam, também, contradições entre termos: “Dizes, que me achando enfermo,/Fostes o meu facultativo:/A prova de que isto é peta,/É eu ainda estar vivo”⁸. Estar vivo e a *intervenção médica* figuravam como realidades que se excluía mutuamente, tomando a morte do médico como ocorrência de utilidade pública: “Aqui jaz um Doutor de raro engenho,/Jovem, que da Medicina foi aborto:/Quantos inda estariam neste mundo,/Se quando foi Ligeiro, fosse morto!”⁹. Os chistes seguiam generalizando a imperícia médica: os práticos matavam enfermos, diagnosticavam errado¹⁰, eram cínicos, reconheciam o lance de dados que não cansava de se repetir a cada vez que um enfermo se colocava sob os seus cuidados: “Estas minhas cirurgias/Sabem todos, que são petas:/Tanto curo, quanto mato/Vamos escrever Gazetas”¹¹.

Certamente seria difícil encontrar um médico, na primeira metade dos oitocentos, disposto a reconhecer abertamente, como seu colega da anedota, sua imperícia e essa produção de efeito similar ao da Morte. Em seu penúltimo decênio era possível, como fizeram os médicos reunidos na *Sociedade de Medicina de Pernambuco*, reconhecer a imperícia dos práticos que exerciam a profissão no período anterior “às luzes” que aquela associação afirmava trazer. A *SMP* antecipava, dessa forma, a proliferação dos lugares

⁶ APEJE, *O Cruzeiro*, Epigramas, 15/07/1829.

⁷ “Morte! Aqui tens este estojo/Já não sou mais Cirurgião./Não aceito (disse a Morte)/Está em muito boa mão”. *Id.*, 09/07/1829.

⁸ APEJE, *O Cruzeiro*, Epigramas, 21/07/1829.

⁹ *Idem* 24/07/1829.

¹⁰ “Uma leve erisipela/Atacou certa menina/Chamou-se o Doutor Varella,/mudou-lhe em febre maligna”. *Id.*, 07/08/1829.

¹¹ *Ibidem*, 05/08/1829.

institucionais onde a crítica ao ato médico seria formulada. Em 1850, por exemplo, o senador Cunha Vasconcelos assim se dirigia aos colegas:

“[...] que se deixe ao povo a liberdade de escolher quem o trate em suas enfermidades, ou seja filho das escolas do Brasil, ou de nenhuma escola. Quero ter a liberdade em minhas enfermidades de chamar as pessoas que julgar habilitadas para curar-me. Seria necessário demonstrar que quem não estuda nas nossas escolas não pode curar, isto é, que mata sempre. Pode-se dizer que alguns desses que não estudaram nas nossas escolas tem matado muitos doentes, mas haverá quem diga também que os filhos dessas escolas têm feito o mesmo. Entendo pois, que se o governo for um tanto frouxo em coibir a liberdade do cidadão a este respeito, fará um serviço a saúde”(VASCONCELOS apud PIMENTA, 2004, p.89).

A presença desse debate no Senado gravitava em torno do papel do Estado para a fixação de garantias individuais. A fala do Senador Cunha Vasconcelos referia-se a uma lei, de 1832, onde o Governo assegurava verbas de até 100 contos de réis para o combate as epidemias. O Senador expressava um receio de que leis como o Decreto de 1832 acumulassem, pouco a pouco, certos privilégios e, principalmente, garantissem o monopólio no mercado da saúde para os médicos. Receio não somente seu, mas de tantos outros dirigentes do Império. A questão levantada pelo Senador era, por um lado, sobre a liberdade do indivíduo de administrar seu próprio corpo, de poder estabelecer permissões e interdições a seu acesso; de escolher os critérios que credenciam um e não outro agente como o portador de uma prática e de um saber confiável — ou que valesse a pena o risco —, e, por outro, sobre o papel do Estado no asseguramento deste direito. Interessam, aqui, apenas as considerações do Senador sobre a relação entre ação terapêutica e morte.

Em termos gerais, o argumento do Senador sustentava que, já que os filhos das escolas de medicina matassem tanto quanto aqueles que não fossem iniciados em certa formação científica; já que, indiferente de ser o médico ou curandeiro o terapeuta que se

disponha, o indivíduo sempre estava no limite entre a vida e a morte. Isto é, ele poderia, efetivamente, morrer. Logo, ao estar perto da morte, o que escandalizava não era a sua presença pura e simples, mas sim a perda da liberdade que o indivíduo, por direito, deveria gozar, de escolher, ele mesmo, certo tipo de intervenção no seu corpo. A perda deste direito de escolha tornava-se, neste plano, arbitrária.

O argumento do Senador era de peso. Se havia algum motivo para que o monopólio do mercado da cura devesse pertencer exclusivamente aos facultativos, esse deveria estar assentado em certo efeito estatístico, isto é, os “filhos” das escolas de medicina deveriam matar menos que os terapeutas leigos. Mas não era o que parecia acontecer. Não era raro, na cena humorística, que os filhos das escolas de medicina ou aprendizes da arte figurassem nos jornais como pouco inteligentes, como indivíduos cognitivamente limitados. O *Diário de Pernambuco*, periódico fartamente utilizado por Leduar Assis Rocha (1962), como fonte privilegiada para capturar a “solidariedade humana” dos médicos bem como o papel destes para que o Recife se encontrasse, na década de 1820, “superada pelo progresso”, fazia publicar, em 1827, uma anedota que demonstrava a incapacidade de um aprendiz de medicina em interpretar, acertadamente, os sintomas de um enfermo:

um médico havendo tomado um jovem para lhe ensinar os mistérios da ciência, costuma sempre levá-lo em sua companhia quando visitava os seus doentes: um dia indo ver um enfermo, achou-o alterado, e disse-lhe: Sr. V., é muito imprudente, no estado em que se acha, comeu ostras: o doente confessou que era verdade havê-las comido aquele dia. Voltando a casa o doutor com seu pupilo, lhe pergunta este, porque modo pôde ele descobrir que o doente tinha comido ostras? Oh! pelos sintomas, e também porque vi algumas conchas de ostras debaixo da cama. No dia seguinte mandou o doutor o seu pupilo que fosse visitar aquele mesmo enfermo para saber como tinha passado: bem depressa voltou dizendo que violentamente o tinham botado fora da porta. Porque semelhante insolência! Perguntou o doutor; Sr! respondeu o pupilo, foi porque eu disse ao doente que ele não

deveria ter comido um cavalo. O médico pergunta sobre os sintomas: porque vi debaixo da cama uma sela, uns estribos, e um freio¹².

Outros registros, por sua função, se concentravam menos nos “filhos” das escolas e mais naqueles centros de formação. Sua perspectiva permite asseverar que, até certo ponto, os centros de formação não pareciam aptos para efetivarem um ensino que assegurasse a perícia necessária ao ato médico. Será preciso tomar esses estabelecimentos em análise, levando em consideração o seu contexto mais geral.

2.1 Sobre usos e percursos

A instituição das escolas de medicina, na província da Bahia e na Corte, é considerada, para alguns historiadores, com um dos marcos da institucionalização da medicina no Brasil (MIRANDA, 2001, p. 101; PIMENTA, 2004). Esse alegado papel das escolas pode, entretanto, ser questionado se for levado em conta os efeitos para o ensino da medicina que a extinção da Fisicatura- Mor, em 1828, ocasionou. Na ausência de um órgão médico com autonomia suficiente para regular o ensino e exercício da arte de curar, houve apenas o aumento das competências e atribuições das Câmaras Municipais relativo à saúde pública (MIRANDA, 2001; COELHO, 2004.).

Esse aspecto fica mais evidente quando se analisa a disputa entre o físico e o cirurgião-mor do Império, para determinação a quem deles competia o direito de expedir diploma de formação em medicina. Edmundo Coelho aponta para o fato de que dois anos antes da extinção da Fisicatura, as funções de físico e cirurgião-mor já se encontravam esvaziadas e, somente por isso, as escolas de medicina passaram a gozar de relativa

¹² FUNDAJ, Microfilmagem, Diário de Pernambuco, 12/04/1827.

autonomia, passando seus diretores a expedir e validar os diplomas (COELHO, 2004, p. 121). Mas uma autonomia que era, vez por outra, ameaçada.

O projeto da *Academia Imperial de Medicina*, de 1831, preconizava a liberdade de ensino da arte, admitindo que “qualquer pessoa, nacional ou estrangeira, poderá estabelecer cursos particulares sobre os diversos ramos das ciências médicas e acessórias, e lecionar à sua vontade sem oposição qualquer da parte das Faculdades” (COELHO, 2004, p. 123). Deve ser pontuado que, muito embora o ensino livre de medicina tenha sido sancionado, nada foi dito sobre a quem cabia a autoridade de expedir os diplomas desses cursos livres.

No entanto, o monopólio do mercado de saúde não se transformou em uma realidade completamente efetiva para os seus habilitados, já que, nos debates e lei de 1826, não foi dita “nem uma palavra sobre o exercício da medicina e da cirurgia. Por omissão, instituiu-se a liberdade de curar” (idem, p. 118). Liberdade que, em todo caso, seria revista pelo decreto de 1832, já que nenhuma pessoa estaria habilitada ao exercício da cura se não fosse diplomado por uma das escolas de Medicina do Império. É nesse contexto, de busca de autonomia e com um mercado de trabalho não totalmente domesticado, que as faculdades de medicina procuravam habilitar os seus alunos. Tão precárias quanto a autonomia, foram as condições em que se dava a sua formação.

O Decreto de 3 de outubro de 1832, que buscou organizar o ensino de medicina nas faculdades da Bahia e da Corte, não havia sido executado no ano seguinte. A pasta do Império responsável pela instrução pública apresentava, como razão à demora, a prudência “com que convêm proceder na escolha de lentes para matérias que tanto interessam a

humanidade”¹³. O ano de 1833 foi, certamente, um ano de organização: lentes eram lotados nas duas escolas e outros, por motivos vários, jubilados¹⁴. Parecia natural, portanto, esse discreto índice de desordem das faculdades. Acontece que a desorganização viria a se tornar um elemento endógeno às faculdades de medicina do Império, e muito do que era anualmente registrado pela pasta do Império sobre a realidade das faculdades, ao menos até o ano de 1845, autoriza pensar dessa maneira. A contar, de partida, com os problemas estruturais que os prédios, onde as escolas se encontravam instaladas, apresentavam.

O ministério deixou esse aspecto evidente quanto à escola da Corte. Funcionando precariamente no Hospital da *Santa Casa de Misericórdia*, sabe-se que seu ambiente circundante era considerado “prejudicial a saúde pública”¹⁵, o que permite afirmar que a insalubridade era um estado tão difundido nos lugares de formação e de exercício médico quanto nos lugares onde se amontoavam os “ignorantes” que os médicos, assim que alcançaram voz pública, passaram a cercear e combater seus hábitos. A descrição do espaço do Hospital não ficava devendo nada àquelas que os médicos faziam das casas insalubres em seus relatórios aos presidentes de província:

a casa forte, ao nível da rua, sem soalho, com escassa luz, e paredes denegridas, mais parece hum cárcere, do que lugar destinado ao curativo daqueles, que tem infelizmente perdido o uso da razão. As enfermarias, posto que limpas, contudo abafadas pela pequena altura dos tetos, e pela falta de ventilação, sem luz suficiente, oferecem uma perspectiva

¹³ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters*, 1832.

¹⁴ É possível que tenha havido uma vontade do governo imperial de purificar as faculdades de medicina dos resquícios da Fisicatura. O juízo que, em 1835 o ministro do império ao relatar o excesso de atividades da câmara relativos a saúde pública, expedida sobre aquela instituição não era dos melhores: “A abolição da provedoria mor da saúde aliás necessária pelo desleixo em que havia caído, e abusos praticados pelos seus agentes, que só se ocupavam de seus interesses individuais, deveria ser substituída por uma outra instituição que exclusivamente se empregasse em vigiar sobre este importante ramo da pública administração”. *Ibidem*, 1835.

¹⁵ *Idem*.

melancólica. A aglomeração dos doentes em estreito espaço, e o contato, em que estão os de diferentes enfermidades, forçosamente hão de prejudicar os menos atacados, e muito concorrer para que as moléstias graves terminem fatalmente¹⁶.

Falta de circulação do ar, “*enfermarias [...] abafadas pela pequena altura dos tetos, e pela falta de ventilação*”, luminosidade inadequada, mais parecia uma prisão. Elementos esses que concorriam para uma *perspectiva melancólica*, mas também um espaço exíguo, onde pessoas portadoras das mais diversas enfermidades se misturavam, o que acabava por potencializar a taxa de mortalidade no hospital. Essa essa promiscuidade do espaço “haveria de prejudicar os menos atacados, e muito concorrer para que as moléstias graves terminem fatalmente”. A descrição era exagerada? Não, certamente. Em 1843, por exemplo, o Hospital recebera o montante de quatro mil duzentos e vinte e três enfermos, vindo a falecer, deste total, mil cento e vinte e quatro (27%)¹⁷; um ano depois um número muito próximo dessas entradas e falecimentos era registrado¹⁸.

Foram registrados também os problemas de funcionamento da escola em relação ao espaço interno do prédio. Dizia-se que o espaço reservado para as suas atividades “não pode ser pior”¹⁹. Reservaram-lhe um “recanto”, contando com apenas duas salas

¹⁶ Idem.

¹⁷ Ibidem, 1843.

¹⁸ Ibidem, 1844. Essa situação do Hospital da Santa Casa, lotado na corte, não era contrastante dos outros hospitais das outras províncias do Império. Neste mesmo ano, por exemplo, o presidente da Província pernambucana relatava: “de duzentos e oitenta e dois enfermos, que entraram neste período para o grande hospital saíram curados cento e noventa e quatro, e morreram oitenta”. Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Provincial Presidential Reports, 1844. Por outro lado, é possível afirmar que o número de doentes que chegavam a falecer nas Santas Casas era altíssimo, inclusive para os médicos da época. O doutor Eustaquio Gomes, que trabalhou no hospital Militar em Pernambuco durante a Confederação do Equador, informava que “de 866 bexiguentos que ahi entrarão [...] morrerão 203, cabendo um por quatro e meio e tantos decimos”. A esse pouco menos de um quarto de mortos ele tomava como “avultado numero”. *Annaes da Medicina Pernambucana*, Discurso. Ano II, nº IV. O número de mortos na Santa Casa da Corte chegava a ultrapassar mais de um quarto das entradas.

¹⁹ Ibidem, 1833.

“pequenas, escuras, e abafadas”²⁰. Constatava-se, ainda, que a faculdade “não está em relação ao número de alunos, que a freqüentam [...] nem com o das aulas, e seu exercício”²¹. Mesmo com sua remoção para o “antigo Convento dos Jesuítas” que, assegurava o relatório, era o “unico Edificio, que á capacidade para a acomodação da Faculdade reúne a circunstancia, determinada pela Lei, de ficar proximo ao dito hospital”²², os ministros solicitaram, ao longo dos anos, “avultadas despesas”²³ que pudessem tornar as instalações do prédio mais adequadas às necessidades da escola.

A lista dos problemas de infra-estrutura era extensa. Era preciso “reparar os telhados arruinados”²⁴; era urgente, também, “agregar-lhe outras salas convenientemente arranjadas”²⁵ para que os estudos, principalmente os práticos, pudessem acontecer de forma satisfatória. No final da década de 1830, a despeito das insistências, não havia sido possível construir um salão para que os alunos pudessem acompanhar “ás preleções de Clinica, e abertura de cadaveres”²⁶. As lições aconteciam, então, e de modo deficiente, “na Santa Casa da Misericordia a cabeceira dos doentes, servindo unicamente para as authopisias a que tinha de ser applicada para aquelle serviço”²⁷. Algumas vezes se indicava que esse salão deveria ser construído no próprio hospital, posto que ali tivessem sido reservadas, para aquele tipo de prática, salas “pequenas, e improprias”²⁸. Esperava-se que pudesse acomodar duzentos alunos para as aulas.

²⁰ Idem.

²¹ Idem

²² Ibidem, 1833.

²³ Ibidem, 1837.

²⁴ Ibidem, 1839.

²⁵ Idem.

²⁶ Idem

²⁷ Idem.

²⁸ Idem

Durante a década de 1840, a precariedade do espaço físico da escola era sentido com maior intensidade. Era urgente, por exemplo, “transferir-se a Secretaria da mesma Escola, visto que se faz precisa para deposito de instrumentos de Physica, e outros, e que actualmente está occupada com aquella Repartição”²⁹. Urgente, certamente, mas não prioritário. O gabinete sabia de “de outras obras de maior importância”³⁰, que exigia que aquela transferência não chegasse a termos.

O recrudescimento aconteceria mesmo em 1844. A escola, que assistira a construção de um Hospital Militar em seu prédio, viu-se “reduzida a tão pequeno espaço”, de modo que já não lhe era “possivel conservar-se assim por muito tempo”³¹. A necessidade não era mais de reparos, mas de sua transferência imediata para outro edifício, posto que a nova situação tornou “improductivas as avultadas sommas, que se tem gasto, para que elle seja proficuo”³². Seguir-se-á, a partir de então, indicações de imóveis “que se possa lançar mão, e que com facilidade se possa converter em hum edificio com as accomodações necessarias para o fim, a que he destinado”³³. Muito embora o Gabinete tivesse encontrado alguns que, em termos físicos, podiam, com algum trabalho, atender a maior parte das necessidades da escola³⁴, a transferência se demorava pela incompatibilidade desses prédios com as prescrições do Decreto de 1832, que exigia, dentre outros aspectos, que as faculdades estivessem situadas, para fins de exercícios práticos, próximas de um hospital. Esse era o problema do edifício próximo à localidade onde funcionava o ministério do Império que, muito embora pudesse “facilmente prover

²⁹ Ibidem, 1840.

³⁰ Ibidem, 1840.

³¹ Ibidem, 1844.

³² Ibidem, 1845.

³³ Idem.

³⁴ Ibidem, 1844.

d'agua o Theatro Anatomico”, apresentava a desvantagem de situar-se distante do Hospital da Santa Casa de Misericórdia³⁵.

A percepção do Gabinete, em relação à infra-estrutura do prédio da escola baiana, naqueles mesmos anos, deslizava da afirmação de “necessidades similares”³⁶ para a constatação de seu estado “deplorável”³⁷, observando, entre uma e outra, necessidades “ainda maiores, do que as da Escola da Côrte”³⁸. Há que se notar que sua estrutura física se mostrava de tal maneira comprometida, que, em um de seus relatórios, o Ministério do Império questionava sobre a serventia de “tratar das necessidades deste Estabelecimento, se no mesquinho edificio, em que elle existe, até falta [...] espaço para o transito de alumnos”³⁹.

Alunos e, também, professores, na década de 1830, precisavam, para chegar até o local de suas aulas, passar em meio a outras salas, “perturbando assim as suas lições”⁴⁰. Em 1841, o Gabinete informava que a escola estava “precisada de algumas obras no edificio”⁴¹, principalmente o seu anfiteatro, que corria o risco de desabar, como alertava o diretor daquela faculdade em um ofício endereçado para o presidente da Província⁴².

Diante do risco de desabamento (o “recobrimento ameaça vir abaixo”), a presidência buscou orçar o conserto que sairia por pouco mais que um conto e seiscentos e sessenta mil réis. Uma quantia relativamente alta, quando se sabe que o orçamento

³⁵ Ibidem, 1845.

³⁶ Ibidem, *Reporters*, 1837.

³⁷ Ibidem, 1839.

³⁸ Ibidem, 1838.

³⁹ Ibidem, 1844.

⁴⁰ Ibidem, 1838.

⁴¹ Ibidem, 1841.

⁴² Antonio Carlos Nogueira Britto, s/d. Nótulas sobre a “Bibliotheca” da Faculdade de Medicina da Bahia, no Terreiro de Jesus, no período de 1841 a 1909. Disponível em http://www.fameb.ufba.br/historia_med/hist_med_art74.html. Acessado em 05 de fevereiro de 2008.

aprovado em 1833 dispensava, para cada escola de medicina, a quantia de vinte e oito contos de réis. Era necessário, em todo caso, uma mão-de-obra grande. Era preciso escorar o cobrimento para desmanchá-lo e construir outro em seu lugar. Além disso, não seria barato o material exigido para a empresa: “Importão as madeiras relacionadas em 316\$400 - Condução das ditas ...68\$080. Os mais materiais, como caibros para amarrar, tábuas para as ditas, ditas para tranças, molhos de cal, 3.000 telhas, 2.000 tijolos, 2 medidas de pedras , importão com condução em 250\$000. Mão d'obra de carpinas e pedreiros ... 1:030\$000”⁴³.

O que se sabe mais dos problemas do edifício, é que o mesmo não possuía “[...] lugares preparados para Bibliotheca, Secretaria, doutoramentos, e Concursos”⁴⁴. Curiosamente, esses problemas foram pouco desdobrados nos relatórios da pasta do Império, apesar de sua notória gravidade. Em 1840, o relatório do Gabinete aumentava o elenco dos *carecimentos*: “carece de mobília; carece de instrumentos para as aulas de física, anatomia, e operações; carece de um gabinete de história natural, e matéria médica”⁴⁵, além de, obviamente, reformas e a construção de um horto.

É de se notar que em meio a descrição dos problemas de infra-estrutura dos prédios, onde as escolas estavam lotadas, ou se utilizavam — a da Corte propriamente —, os hospitais figuram como local vinculado ao ensino, e que, do mesmo modo que os prédios das escolas, não se achavam em condições de suprir essa função adequadamente. Observando-se o tipo de vínculo que Decreto de 1832 estabeleceu entre as escolas e aqueles estabelecimentos, é perceptível que o hospital criava limitações para a

⁴³ http://www.fameb.ufba.br/historia_med/hist_med_art74.html.

⁴⁴ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters*, 1838.

⁴⁵ *Ibidem*, 1840.

transferência das escolas, já que um novo imóvel deveria reunir adequação física e geográfica, entendendo por esta, sua proximidade das Santas Casas.

O Hospital agregava outro problema para as faculdades: a prática dos alunos ficava engessada pelas regras administrativas das Santas Casas, aspecto este, que não favorecia as demandas dos estudantes. A direção das enfermarias, por exemplo, “apenas finda a visita diurna, fica entregue a enfermeiros empregados das Santas Casas, sobre as quais nenhuma inspeção tem as escolas”⁴⁶. Naquelas condições, o exercício prático do ensino da medicina se efetuava numa “*ordem irregular* [grifo meu] de coisas”⁴⁷.

Outros problemas se somavam para que o exercício prático dos alunos de medicina fosse raro e quase sem efeito. Era o próprio caso, por exemplo, do Decreto de 3 de Outubro de 1832, que procurava organizar as Academias Médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia. O Decreto, disposto em quatro títulos, tratava, sucessivamente, *Das Escolas, ou Faculdades de Medicina, Do Ensino, Dos estudantes e Disposições Gerais*. Para entender o tipo de dificuldade que chegou a criar, é preciso observá-lo mais de perto.

O título primeiro assegurou a mudança de status das Academias, que passavam a ser chamadas de Escolas ou Faculdades. Estabelecia o número de Lentes (quatorze, posto que na mesma proporção que as matérias) e dos substitutos (*dous ás sciencias accessorias, dous ás cirúrgicas, e dous ás medicas*⁴⁸). Estes seriam responsáveis, também, pelas disciplinas preparatórias. O Decreto sancionou a possibilidade de jubramento dos Lentes, por motivo de doença ou idade avançada, bem como a garantiu a redistribuição dos mesmos para disciplinas mais adequadas às suas competências. Admitir-se-ia, na falta de

⁴⁶ Ibidem, 1839.

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Decreto de 03 de Outubro de 1832, Título I, *Das Escolas ou Faculdades de Medicina*. Coleção Documentos do Brasil, vol. 22.

quadros nacionais, docentes estrangeiros. Instituíam, ainda, a necessidade de concursos públicos para a admissão de substitutos que, após quatro anos de funcionamento das Faculdades, só poderiam ter suas inscrições homologadas, caso fossem portadores de diplomas em uma das escolas brasileiras. Lentes e substitutos teriam as mesmas honras e direitos que seus colegas das faculdades de Direito, ganhando um conto e duzentos mil réis e oitocentos mil réis⁴⁹, respectivamente.

O título primeiro do Decreto dispunha, também, sobre o número, a função e as atribuições dos empregados das Faculdades. Um Diretor, com gestão de três anos e escolhido pelo critério da lista tríplice, constituída pelos membros da Faculdade, um Secretário e um Tesoureiro. Sobre a remuneração é omitida a do diretor. O secretário deveria ganhar oitocentos mil réis, enquanto o cargo de tesoureiro, exercido somente por um ano, não haveria nem “vencimentos, nem propina”⁵⁰. As faculdades passaram a contar também com um porteiro “e os mais empregados, que se julgarem necessários para o serviço das Escolas, com os ordenados, que estas arbitrarem”⁵¹.

Dispunha, ainda, sobre as titulações. Era privilégio exclusivo das Faculdades, como já visto, conferir os títulos de doutor em Medicina, de Farmacêutico e de Parteira. No mesmo movimento se extinguiu o título de Sangrador. O título permitia a seus portadores, o exercício da medicina em todas as partes do Império. Na ausência desse credenciamento, “ninguém poderá curar, ter botica, ou partejar, enquanto disposições particulares, que regulem o exercício da Medicina, não providenciarem a este respeito”⁵².

⁴⁹ Decreto de 03 de Outubro de 1832, Título I, *Das Escolas ou Faculdades de Medicina*. Coleção Documentos do Brasil, vol. 22.

⁵⁰ Idem.

⁵¹ Idem.

⁵² Idem.

O decreto não alcançava os médicos cirurgiões, parteiras e boticários licenciados pela Lei anterior ao Decreto.

Estabelecia, finalmente, outras competências para as escolas. Algumas ainda ligadas às titulações. O Decreto definiu que as escolas deveriam verificar os diplomas dos profissionais formados em escolas estrangeiras e atestar, através de exames, a competência dos mesmos e habilitá-los para o exercício legal da medicina. O Decreto deixa sob a responsabilidade das escolas, a formação de seus regulamentos, tanto de natureza econômica, como policial e disciplinar⁵³.

Os cursos disponíveis e as grades disciplinares, referentes a cada um deles, foi matéria do segundo título do Decreto. As Faculdades dispunham, no total, de quatorze cadeiras dispostas em seis anos, para o curso médico, e em três anos para o farmacêutico⁵⁴. O último contava com um número menor de disciplinas. Haveria, ainda, “um curso particular para as Parteiras, feita pelo professor de Partos”⁵⁵. As aulas deveriam ser ministradas dentro ou nas mediações dos Hospitais. Previa-se, também, uma regulação de caráter especial e em acordo com os administradores daqueles estabelecimentos que garantisse a gestão, por parte dos médicos, das enfermarias destinadas a prática dos alunos. Já se sabe que, pelo menos até inícios da década de 1840, esse acordo não fora efetivado. O título previa a possibilidade de redistribuição das disciplinas durante os anos

⁵³ Idem.

⁵⁴ As disciplinas eram: *Física Médica, Botânica médica e princípios elementares de Zoologia; Química médica e princípios elementares de Mineralogia; Anatomia geral e descritiva; Fisiologia; Patologia externa; Patologia interna; Farmácia, matéria médica, especialmente a brasileira, terapêutica e arte de formular; Anatomia topográfica, Medicina operatória e aparelhos, Partos, moléstias de mulheres pejudadas e paridas e de meninos recém-nascidos; Higiene e História da Medicina; Medicina Legal; Clínica externa e anatomia patologia respectiva; Clínica interna e anatomia patológica respectiva.* Decreto Ibidem, *Do Ensino*. Coleção Documentos do Brasil, vol. 22.

⁵⁵ Idem.

letivos, de modo a assegurar o melhor tipo de formação; No mais, é fixado o período do ano a ser considerado como letivo⁵⁶.

Foram fixados, no título III, os pré-requisitos exigidos dos alunos de medicina, bem como de suas obrigações acadêmicas e financeiras, além de seus direitos. Os alunos de Farmácia deveriam possuir a idade mínima de dezesseis anos, demonstrar domínio do idioma inglês ou francês, saber Aritmética e Geometria. Além desses requisitos, os alunos de Medicina deveriam ter, ainda, domínio do Latim e ser conhecedores da Filosofia Racional e Moral. Nas exigências para as candidatas ao curso de Parteiras, o corte de Gênero ficava manifesto: a idade mínima era a mesma que se exigia dos alunos de Medicina e Farmácia, mas não se esperava que estes soubessem latim, ou um daqueles idiomas exigidos aos primeiros, tão pouco quaisquer daquelas matérias. Nesse caso, era suficiente se soubessem apenas “ler, e escrever correctamente”⁵⁷. Em contrapartida, era necessário apresentar “um attestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguezia respectiva”⁵⁸.

Ficava estipulado o período da matrícula (*antes do principio de cada anno lectivo*⁵⁹) e seu custo (*vinte mil réis*), valor este que, juntamente com a soma que Boticários, Cirurgiões e Médicos, formados no estrangeiro, pagariam, para a verificação dos seus diplomas. Esses recursos deveriam ser revertidos para a compra de livros para as bibliotecas. Além dos exames preparatórios, os alunos deveriam ser submetidos a exames anuais; exames públicos, nos quais o aluno discorria sobre um ponto sorteado pertinentes as disciplinas cursadas. Este critério não era considerado para as cadeiras de Clínica, posto

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ Idem.

⁵⁸ Ibidem, Título III, *Dos Estudantes*.

⁵⁹ Idem.

que “o exame destas será feito á cabeceira dos doentes depois do sexto anno”⁶⁰. Os estudantes de Farmácia ficavam obrigados a um exame prático, terminados os três anos de curso, “no qual executarão varias preparações pharmaceuticas”⁶¹.

Os estudantes não eram obrigados, todavia, a prestarem os exames das disciplinas no mesmo ano em que estas fossem cursadas. Eles podiam se submeter à avaliação dentro de um prazo que se entendia até o ano subsequente ao das disciplinas cursadas, desde que ocorresse antes do prazo de matrícula. Findo esse prazo, os que não tivessem “sido aprovados ao menos no exame mais atrazado, não poderão ir adiante”⁶².

Diferente dos alunos lotados em Farmácia e no curso de Parteiras, os de Medicina só seriam considerados doutores quando, após aprovados em todos os exames, defendessem uma tese pública. O Decreto, todavia, não discriminava um prazo para a defesa. Tendo sua forma determinada pelas próprias faculdades, a tese poderia ser escrita em português ou em latim, sendo de responsabilidade dos alunos os custos com a impressão. Arcariam ainda, assim como os concluintes de Farmácia e do curso de Parteiras, com a expedição dos diplomas⁶³.

Finalmente, o Decreto fixava algumas disposições gerais em seu título final. Regulava a forma como os cirurgiões, “formados ou simplesmente aprovados”⁶⁴ pelas Academias Médico-cirúrgicas, podiam ser diplomados como doutores. Aos formados em escolas estrangeiras era possível, por seu turno, receber o diploma expedido pelas escolas nacionais. Estes não precisariam freqüentar as aulas, mas ficavam obrigados a prestar

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Idem.

⁶² Idem.

⁶³ Idem.

⁶⁴ Ibidem, Título IV, *Disposições Geraes*.

todos os exames e a arcar com os mesmos custos, aos quais estivessem submetidos os alunos das escolas nativas. No caso daqueles que ainda estivessem em processo de formação, estariam obrigados a freqüentar as aulas das “matérias científicas”, que ainda não tivessem cursado⁶⁵.

O título previa que a cada quatro anos se escolhesse um doutor formado de cada escola que, custeado pelo governo, fosse enviado para Europa com fins de se apropriar das novidades em ciência médica. Determinava que as Assembléias Legislativas investissem na compra de instrumentos e objetos para as faculdades, de acordo com as suas demandas, como também autorizava as escolas “receber, e guardar fundos, legados, e presentes”⁶⁶, provenientes do governo e de particulares, fossem eles indivíduos ou instituições, para aplicá-los “com hum fim útil á humanidade, e á Sciência”⁶⁷, desde que observassem, em seu usufruto, a intenção dos doadores.

As *Disposições* garantiram a liberdade de ensino da medicina, “sem opposição alguma da parte das Faculdades”⁶⁸, tanto para indivíduos nacionais quanto para estrangeiros que desejassem abrir cursos particulares “nos diversos ramos das sciencias medicas”⁶⁹. E instituía como cânone, enquanto as escolas não tivessem aprovados seus próprios estatutos, os regulamentos da Faculdade de Medicina de Paris. O que se seguiu nas *Disposições*, tratava-se das tramitações burocráticas para a execução efetiva do Decreto.

⁶⁵Ibiden, Título IV, *Disposições Geraes*. Coleção Documentos do Brasil, vol. 22.

⁶⁶Idem.

⁶⁷Idem.

⁶⁸Idem.

⁶⁹Idem.

É possível, agora, fazer algumas observações. Primeiramente, nota-se que o Decreto de 3 de Outubro de 1832, investiu as escolas de Medicina de um poder maior do que aquele que as Academias Médico-cirúrgicas experimentaram. Eram as únicas que podiam expedir diplomas, somente elas podiam validar os títulos conseguidos em escolas estrangeiras. É verdade que o ensino particular das artes médicas ficava livre da ingerência das escolas, e não deveria enfrentar, nem mesmo da parte daquelas, qualquer espécie de oposição. Mas esse aspecto era minimizado pelo fato de que, somente eram livres para o exercício da medicina, aqueles que fossem credenciados pelas escolas do Império. Não fossem as dificuldades para a organização de uma *polícia médica*, durante quase todo o século dezenove, dificilmente se poderia exercer o ofício sem a chancela das faculdades. É assim que, na primeira metade do Oitocentos, a formação de profissionais em Medicina, ficava restrita a duas escolas que, como já demonstrei, enfrentavam dificuldades estruturais para a habilitação de práticos.

O Decreto estabeleceu, em segundo lugar, uma hierarquia, de natureza cognitiva, entre os alunos das faculdades. Exigiam-se pré-requisitos aos estudantes de Medicina e praticamente nada àqueles que cursavam Farmácia. Ademais, a duração do curso de Farmácia cobria apenas metade do tempo em que se desdobrava o curso de Medicina (seis anos). Isso indicava a importância social que se queria conferir a cada um dos cursos. Sabe-se que, em geral, os alunos de medicina vinham de estratos mais privilegiados economicamente (SCHWARCZ, 1993, p. 197). No caso do curso de Parteiras, o corte de gênero, já indicado, não deve esconder a estratificação social que operava em sua base. Ora, tanto o requisito mínimo (saber ler e escrever), como a exigência do atestado de bons

anteriores, emitido por uma autoridade competente, indicam a origem humilde das mulheres, a quem o curso se destinava⁷⁰.

Em todo caso, as hierarquias, na prática, não puderam ser assentadas a partir destes pré-requisitos, em função de uma tensão que se instalou entre a intenção do Decreto, a prática das faculdades, e a compreensão do Ministério do Império. Em contraposição ao Decreto, a Lei orgânica das escolas minimizou demais os saberes exigidos para os candidatos em medicina por lhes considerar com baixa formação. Por outro lado, para o Gabinete do Império, parecia inegociável que o candidato demonstrasse conhecimento do idioma inglês, muito embora, pelo Decreto, o mesmo tivesse o direito de escolher entre aquele idioma e o francês. Mas, pelo tom que o relatório assumiu, parece mesmo que o idioma britânico deixou de figurar como obrigatório, e com ele, o Grego, a Álgebra e a Geografia⁷¹. O Ministério concluía que, sem respeitar aqueles pré-requisitos, “não se podem considerar bem habilitados para estarem na Sciencia Medica os que a ella pretenderem dedicar-se”⁷². Eis mais um problema que, à sombra do Decreto, a formação dos médicos acabou por enfrentar.

A redação do Decreto acarretava, em terceiro lugar, formas distintas de interpretação dos seus artigos. Um deles, o artigo 28, o primeiro das *Disposições Gerais*, é exemplar sobre os efeitos funestos que certas leituras do Decreto podiam ocasionar no que

⁷⁰ Dentre os vários exemplos que denotam a baixa extração das mulheres que se dedicavam ao ofício de parteira, me ateno a um artigo de Lopes Gama, publicado em 1837. Intitulado *Os curadores de feitiço*, buscava sensibilizar a opinião pública contra os curandeiros populares. Na extensa lista dos curadores que se devia temer figuravam o *preto boçal*, o *caboclo estúpido*, a *comadre*, a *bruxa*, o *Pai Matheus* e a *parteira*. (GAMA, 1983, S/P).

⁷¹ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters, 1839.*

⁷² *Idem.*

se referia a qualidade da atenção médica ofertada à população pelos diplomados. Fixava o artigo que

[...] os Cirurgiões formados, ou simplesmente aprovados, pelas actuaes Academias Medicos-cirurgicas, e os alumnos, que actualmente as frequentam, poderão receber o gráo de Doutor em Medicina, fazendo os exames, que ainda não tiverem feito, tanto das matérias dos annos lectivos, como dos preparatórios, ficando aquelles dispensados de toda a freqüência, e estes de frequentarem as aulas, que já houverem frequentado. No caso porém de estes quererem obter o titulo de Cirurgião, ou Cirurgião formado, as Escolas a conferirão, como actualmente se pratica⁷³.

O artigo 28 buscava, em função da mudança eminente do estatuto das instituições de ensino, operar uma isonomia (*poderão receber o gráo de Doutor em Medicina*) entre alunos e diplomados das Academias Médico-Cirúrgicas e os titulados pelas Faculdades, respeitando, de qualquer modo, o percurso tanto dos já formados pelas Academias (*os Cirurgiões formados, ou simplesmente aprovados*) quanto daqueles que, em processo de formação (*os alumnos, que actualmente as frequentam*), se vissem apanhados pela mudança curricular.

Eram discriminadas, portanto, duas situações diferentes que, partindo de uma exigência comum aos dois casos (deveriam se submeter aos *exames, que ainda não tiverem feito, tanto das matérias dos annos lectivos, como [sic] dos preparatórios*), estabelecia situações de direito, diferentes para cada situação, *ficando aquelles* (os formados ou simplesmente aprovados) *dispensados de toda a freqüência, e estes* (os alunos submetidos a mudança das instituições) *de frequentarem as aulas que já houverem frequentado*. É de se notar que o artigo 28 nada falasse, em nenhum dos casos, sobre a defesa de tese exigida para os alunos das faculdades, disposta no Artigo 26 do Título III e

⁷³ Decreto de 03 de Outubro de 1832, Título IV, *Disposições Geraes*. Coleção Documentos do Brasil, vol. 22.

que regulamentava a vida estudantil. Também ficava assegurada, aos estudantes atingidos pela transição, a possibilidade de receber a titulação de cirurgiões formados ou simplesmente aprovados, tal como ocorria no momento em que a o Decreto era publicado.

E eis a forma como, nos primeiros anos, a escola carioca interpretava tal regulação.

[...] foi o governo informado que a desta corte entendeu até a pouco tempo, que o favor concedido no Art. 28 da Lei de 03 de Outubro de 1832 aos cirurgiões formados, ou simplesmente aprovados pela antiga escola, devia compreender os alunos, que nesse tempo a freqüentavam, e que, continuando a fazê-lo, obtinham pela nova escola o título de cirurgiões formados, ou simplesmente aprovados, com o qual se apresentavam consequentemente requerendo o grau de doutor, sob única condição de fazerem exames das matérias, cujas aulas não haviam freqüentado⁷⁴.

O Decreto concedia um favor *aos cirurgiões formados ou simplesmente formados* pelas academias, qual seja, a obtenção do grau de Doutor. Visto que se tratava de uma possibilidade aberta aos *estudantes em transição*, é correto pensar que a questão não estava no *favor concedido* e sim na *forma de concessão*. No entanto, no que se referia aos estudantes, o artigo 28 não garantia apenas uma isonomia entre os da transição e os alunos das escolas. Aqueles poderiam ainda, requerer a titulação de cirurgiões. Não demorou que os estudantes identificassem uma brecha no Decreto, e dele pudessem se beneficiar. Já que o título de cirurgião estava aberto aos da transição pela forma como *actualmente se pratica* — dentro dos critérios, portanto, das Academias —, aqueles alunos investiam, primeiramente, na obtenção do diploma cirúrgico para, sem freqüentar as disciplinas da nova grade, requerer o grau de Doutor.

Sabe-se que aquele tipo de “intelligencia” da lei fora impugnada, a partir dali, pelo diretor da faculdade da Corte e que o Gabinete passou a exigir das Faculdades “hum plano

⁷⁴ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters, 1836.*

regular de estudos propriamente Cirúrgicos”⁷⁵. Deve ser ressaltado, no entanto, diante da referida lei, caso fosse sancionada em 1832, ao menos durante quatro anos, alunos do tempo das Academias conseguiriam seus títulos com uma formação incompleta, o que poderia resultar, e o Gabinete não escondia tal fato, num “gravame [...] á Sociedade, e ao Estado, se não houver senão Doutores naquella Sciencia [...]”⁷⁶. A “intelligencia” correspondia, portanto, a uma imperícia em potencial.

Contribuindo para o baixo nível intelectual dos alunos, por meio da redução de certas exigências, com uma redação que permitia a interpretação duvidosa de alguns aspectos fixados, o Decreto de 1832 estabeleceu, finalmente, um ordenado pouco estimulante para os docentes das faculdades. Do mesmo modo que seus colegas do curso de Direito, os Lentes de Medicina eram “pouco favorecidos”, de tal forma que, em 1835, já era possível estabelecer uma relação entre baixos vencimentos dos professores e a formação deficiente dos alunos. Não era possível aos docentes exercer dedicação exclusiva, posto que os baixos salários os obrigassem ao exercício da clínica, e a demanda dessa última impedia “a assiduidade de suas cadeiras, ao estudo profundo das matérias, que ensinam, e de seguir de perto a ciência nos seus progressos”⁷⁷. A necessidade de assegurar sua subsistência com outras atividades, além do ensino, fazia dos Lentes, portanto, faltosos, superficiais e ignorantes.

Nem foi possível, também, assegurar uma prática contínua de envio de doutores a Europa, responsáveis pela atualização do conhecimento da ciência médica nas faculdades, como previa o Decreto de 1832. Seis anos após sua publicação, o Gabinete do Império se

⁷⁵ Ibidem, 1836.

⁷⁶ Idem.

⁷⁷ Ibidem, 1837.

queixava dos prazos expirados dos editais, ainda que reconhecesse o desestímulo que a quantia ofertada, aos médicos, constituía. “[...] todos sabem que hum Medico”, argumentava o ministro, “por pouco procurado que seja, ganha annualmente muito mais, do que a mesquinha quantia de novecentos e sessenta mil réis: como esperar pois que por ella alguém se sujeite ás obrigações impostas ao respectivo Programma, e aos incommodos das viagens?”⁷⁸.

É certo que as escolas procuraram desenvolver estratégias para amenizar os custos das viagens. A faculdade da Corte, por exemplo, convenceu o Governo que o Edital fosse co-extensivo a professores substitutos e Lentes que, interessados no projeto, fossem enviados para o exterior com o subsídio destinado, mais seus vencimentos como docentes. A escola baiana, atenta à proposta, requeria a mesma solução⁷⁹. Em todo caso, no começo da década de 1840, as escolas tinham finalmente conseguido enviar seus representantes⁸⁰, e o médico-viajante que partira da Corte, chegou mesmo a solicitar, com sucesso, uma dilatação de sua estadia na Europa, “para melhor poder desempenhar a sua comissão; e o Governo, tendo ouvido a respectiva Faculdade”⁸¹.

O esforço do gabinete não pôde garantir, no entanto, mais de dois anos de investimento naquele tipo de atualização científica. Em 1843, a pasta informava que “o Governo se vio na necessidade de mandar Recolher os Medicos viajantes, e de reduzir outras despesas, a fim de não exceder o credito ultimamente votado para esses estabelecimentos”⁸².

⁷⁸ *Ibidem Reporters*, 1838.

⁷⁹ *Ibidem*, 1840.

⁸⁰ *Ibidem*, 1841.

⁸¹ *Idem*.

⁸² *Ibidem*, 1843.

Também por falta de instrumentos, a formação era, em quase sua totalidade, teórica. Essa situação, os relatórios do Ministério do Império não deixaram de denunciar, desde 1834: "[...] não é possível que sem instrumentos"⁸³, esclarecia o ministro do Império, “se façam as demonstrações físicas, químicas, anatômicas, e cirúrgicas, que devem acompanhar as lições teóricas”⁸⁴. E advertia sobre as conseqüências, ao asseverar que a teoria, “sem tais demonstrações, deixam quase sempre o estudante na escuridão, e sempre na impossibilidade de praticar aquilo, que nunca fez, nem viu fazer”⁸⁵.

Uma lista de todos os instrumentos e demais materiais necessários para um bom aprendizado dos alunos foi apresentada pelo ministro, em 1835. Ficava sabido, assim, que faltava ,“adjacentes a tais estudos”— referindo-se a necessidade de complementação do ensino teórico —, “como sejam laboratórios químicos, gabinetes de física, hortos botânicos, enfermarias contíguas, instrumentos e utensílios operatórios, bibliotecas, etc.”⁸⁶. Muito embora o ministro afirmasse ser aquela realidade “circunstancial”, característico “da recém institucionalização das faculdades”⁸⁷, essa situação iria se arrastar, mesmo com a insistência do ministro para o fato de que a medicina “não depende somente do estudo teórico, mas precisa também da prática”⁸⁸.

A cada relatório do Gabinete, a falta de instrumentos nas escolas de medicina — precariamente sanada ora pelo Museu Nacional, ora pela generosidade dos Lentes das matérias — era registrada, de modo cada vez mais taxativo, a necessidade do Governo onerar-se com as faculdades, como único meio do mesmo “evitar que de outra maneira se

⁸³ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters*, 1834.

⁸⁴ *Idem.*

⁸⁵ *Idem.*

⁸⁶ *Ibidem*, 1835.

⁸⁷ *Idem.*

⁸⁸ *Ibidem*, 1836.

frustrem em grande parte as diligências, e os sacrifícios feitos no intuito de promover a instrução, e de dar ao Brasil *hábeis* [grifo meu] facultativos”⁸⁹.

Essa situação se estenderia até depois de 1845, período no qual foram pensadas e propostas várias soluções, da parte dos ministros que se sucediam na pasta do Império, para garantir um funcionamento eficaz das faculdades. Isto quase sempre significou uma efetiva e essencial complementação das aulas teóricas com a atividade experimental e prática da clínica. Era o que se fazia ao eliminar, como já indicado, a receita gasta com médicos em viagem ao exterior, para reinvestir a quantia no custeio das necessidades materiais das faculdades⁹⁰. Destarte, o ensino prático seguia, como relatava o ministro, “muito imperfeito”:

A [matéria] de física médica não pode ser bem desempenhada, por não possuir o estabelecimento um só instrumento de física: a de botânica, apesar dos esforços, e herborizações do seu professor, não presta a utilidade, que poderia prestar, se ali houvesse um horto botânico, onde ao menos se cultivassem as plantas medicinais: a de partos não pode compreender seus fins sem uma clínica correspondente: da mesma forma a de operações, e aparelhos, por se acharem já deteriorados os poucos instrumentos, que ele possui, devido a generosidade de alguns lentes⁹¹.

Essa descrição geral permite uma alternativa à leitura “ilustrada” sustentada por Leduar Rocha sobre o percurso dos médicos das décadas de 1820 a 1850 (ROCHA, 1962). O autor toma como exemplo, na ocasião, um anúncio de venda do livro *Higiene resumida*, publicado no *Diário de Pernambuco* da década de 1830. Esse livro, escrito por “José Isidoro de Sá, Cirurgião do quinto batalhão de caçadores de primeira linha”, afirmava ser

⁸⁹ Ibidem, 1837.

⁹⁰ Ibidem, 1843.

⁹¹ Ibidem, 1845.

uma pequena síntese de “parte da medicina que trata de preservar e curar as moléstias e conservar a saúde” (ROCHA, 1962, p. 13).

Trata-se de um anúncio instigante quando se considera dois aspectos ali misturados: operando a partir de uma estratégia comercial, o anúncio que o livro interessaria a “todos que amarem a sua saúde e de sua família”; por outro lado, o valor comercial do livro era reforçado em função de seu estatuto acadêmico, já que era “o único impresso que está no caso de servir a quem na Academia médico-cirúrgica do Rio houver freqüentado a aula de Higiene e marcha escolástica ali admitida” (idem).

Ora, com os olhos já viciados por exemplos tão marcantes sobre a precariedade da formação médica, na primeira metade do século dezanove, não será possível concordar com a afirmação, sustentada por Rocha, sobre o ganho civilizacional que ação médica efetuava. Também não impressiona que a cadeira de higiene dispusesse somente de um opúsculo, que norteasse a formação de seus alunos, nem a constatação de que, essa mesma brochura assumisse um grau de generalidade tão grande, a ponto de ser consumido por um público que, em matéria de medicina, possivelmente continuaria leigo para o resto de suas vidas.

As faculdades eram, portanto, problemáticas em seu aspecto formativo. Instituições pouco vantajosas para a docência: faltaram-lhe, por muito tempo, gabinetes para os estudos; perdurou, também, a ausência de espaços para preleções e para a dissecação de cadáveres; faltavam instrumentos para os práticos e havia carência de livros; seus professores e funcionários eram mal remunerados. Para o governo, como insistirei mais tarde, nunca pareceu interessante aumentar suas despesas com investimentos nas faculdades. Preferia-se contratar substitutos e, na medida em que esses passassem a ser

onerosos, podia-se recorrer ao uso de substitutos honorários, “a quem a lei garantisse, em identidade de mérito, a preferência a quaisquer outros concorrente aos lugares de substitutos efetivos, que vagassem”⁹². Isso explica porque os editais que as faculdades publicavam não atraíram, durante muito tempo, interessados. Explica também, porque, ainda em 1836, não havia uma cadeira cirúrgica funcionando, algo que se efetivará próximo à década de 1840⁹³.

Explica, por fim, os usos que os epigramas faziam dos médicos. As faculdades de medicina figuravam como o começo de um percurso institucional. A precariedade com que as mesmas funcionaram, nas décadas de 1830 e 1840, não permitia a formação de facultativos hábeis e experientes, tornando a imperícia um fato tão colado à prática médica, que os epigramas a quis endógena a própria medicina. E nesse movimento, as pretensões dos médicos de instituir uma alopatia monopolizadora do mercado da saúde se viam comprometidas. Assim, não lhes era possível combater, com tanta veemência, os terapeutas que não fossem formados nas escolas do Brasil. Ao menos, não a partir de um argumento que os desautorizassem em função do número de mortes dos enfermos sob seus cuidados, posto que, retomando o Senador Vasconcelos, *haverá quem diga também que os filhos dessas escolas têm feito o mesmo*.

2.2 Agendas e apropriações

Não há razão para acreditar que a formação dos médicos nas décadas anteriores e mesmo nos anos próximos aos chistes de 1829, fosse algo diferente do percurso até aqui descrito.

⁹² Ibidem, 1839.

⁹³ Ibidem, 1837.

Ao contrário, alguns historiadores que estudaram o período descrevem, por vezes, um quadro muito pior (SCHWARCZ, 1993; SANTOS FILHO, 1947)⁹⁴. De qualquer modo, as apropriações políticas, indicadas naquelas anedotas, expressavam o incômodo que certas experiências causavam num determinado extrato da sociedade pernambucana, e que se pode verificar antes e depois da década de 1820.

Incômodo com o modo como a função do padre se exercia no mercado da morte, por exemplo. Pressente-se esse aspecto numa das anedotas já citada aqui (*Trinta mortos se enterraram/Ontem só numa Capela/Ou lá anda a epidemia/Ou anda o Doutor Varela*). Deixando de lado as considerações sobre o tipo de horror que o ato médico podia causar — posto que matasse tanto quanto uma epidemia —, a referência aos enterros na Capela indicava (além de uma atitude insalubre, diriam os higienistas) que a simples atividade médica acarretava no aumento dos honorários dos sacerdotes. De qualquer modo, outro epigrama, da mesma série, não deixará dúvidas sobre essa direção

Varela cumprimentou/Certa vez a certo Cura,/Por ter levado em um dia/Dez ricos à sepultura/Reconheço (diz-lhe o Padre)/Sou grato a tanto favor/Foram dez, bem me recordo:/ Mercês do Senhor Doutor⁹⁵.

A crítica era, portanto, criteriosa. Reconhecia no ato médico uma ação que levasse as pessoas, em grande quantidade, à morte, mas também entendia que essa ação, acabava

⁹⁴ Sobre a formação médica na colônia, Lilian Moritz Schwarcz assevera: “se o anacronismo e as ineficiências do ensino médico português eram patentes, pode-se então imaginar a situação brasileira. Impedida durante trezentos anos de fundar instituições de ensino superior, a Colônia sofria com a falta de pessoal especializado e de conhecimentos científicos mais atualizados” (SCHWARCZ, 1993, p.192). A situação não foi diferente mesmo com o investimento de João VI em instituições de ensino, já que, “apesar das diferentes manobras, continuava precária a situação das academias. Do Rio partiam queixas referentes à pouca assiduidade dos lentes e à falta de apoio oficial e material. Já na Bahia, onde a frequência de alunos foi incomparavelmente menor, o ensino não foi regular e eficiente. Por ocasião da Independência, por exemplo, as aulas foram interrompidas, e ainda em 1829 as lições eram ministradas nos corredores da Santa Casa. A escola baiana vivia numa pobreza franciscana, sem móveis nem utensílios para as aulas regulares” (*Id*, p.195).

⁹⁵ APEJE, *O Cruzeiro*, Epigramas, 14/09/1929.

por se tornar um procedimento capaz de garantir maior rentabilidade para algumas categorias profissionais, para o padre, em particular. Guardadas as exagerações próprias de um chiste, como o agradecimento que o padre dirige ao médico (*reconheço [...], sou grato a tanto favor*), a crítica era bem fundamentada e demonstrava um conhecimento preciso das engrenagens que moviam o mercado da morte no Brasil, coisa que se pode asseverar quando esses chistes são analisados à luz de alguns estudos que descrevem o funcionamento desse mercado. É assim que as análises sobre a secularização dos ritos fúnebres no Brasil (REIS, 2000; SIAL, 2005) têm sido de grande utilidade para a compreensão daquele fenômeno.

Algumas análises procuram descrever as *condições de possibilidade* que permitiram a forma como se lucrou, economicamente, com a morte. Esses estudos mapeiam, de saída, as *atitudes diante da morte*. É o caso das pesquisas de João José Reis. Identificando a sociedade oitocentista brasileira como de estrutura tradicional, Reis aponta para a percepção oitocentista, sobre a continuidade entre a vida e a morte, entre o espaço dos vivos e o espaço dos mortos. Mas, longe de identificar nessa aproximação uma falta de temor da morte, Reis nota que tal proximidade se constituía numa das formas de lidar com o medo, sobretudo, quando a morte se manifestava “sem aviso, sem preparação, repentina, trágica e, sobretudo, sem funeral e sepultura adequados” (REIS, 2000, p. 74).

Essa proximidade, certamente, não era apreciada por todos os segmentos da população. Em particular, os médicos que, na década de 1840, passaram a denunciar em Pernambuco os inconvenientes para a salubridade pública que aquela espécie de promiscuidade entre vivos e mortos causava. “Até poucos anos”, registrava o doutor Joaquim d’Aquino Fonseca, presidente do recém instalado *Conselho Geral de*

Salubridade Pública, “os transportes dos cadáveres erão feitos, sem excepção, a braços de homens, e em forma de procissão; e ainda hoje (1845) se encontrão enterros semelhantes, que percorrem as ruas da Cidade [...]”⁹⁶. Antes daquele presidente, em 1843, a *Sociedade de Medicina de Pernambuco* insistia no mesmo ponto⁹⁷.

De qualquer modo, uma boa parte da população acreditava ser necessário operar *formas de bem morrer*. Como forma de lidar com o temor, certamente, mas também por que para muitos brasileiros era vantajoso cuidar dos mortos. Era crença comum que lhes proporcionando uma partida adequada, eles fossem capazes de interceder pelos vivos. É de se notar que o cuidado com os mortos tratava-se apenas de uma das etapas que envolviam o *bem morrer*. Implicava, de partida, em *formas de bem viver* — formas marcadas pelos critérios da fé católica. A boa morte se manifestava, também, no cuidado com o moribundo (conceder-lhe, principalmente, o sacramento da extrema-unção), na exigência, ainda, de cuidado de seu corpo (que deveria ser lavado, os cabelos, a barba e as unhas aparados, e vestido em algum tipo de mortalha, de acordo com a condição do defunto). E, finalmente, na execução de todos os rituais funerários (missas, vigílias) que garantissem uma passagem católica e feliz para o além.

Na esteira das pesquisas que Philippe Àries e Michel Vovelle desenvolveram sobre a morte na Europa, João José Reis classificou esse cuidado com os mortos como parte integrante de uma visão pré-liberal da morte; uma *morte barroca*, “marcada por uma extraordinária mobilização ritual, coerente com um catolicismo que enfatizava as manifestações exteriores de religiosidade, a pompa, as procissões festivas, a decoração

⁹⁶ APEJE, *Colleção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

⁹⁷ *Annaes de Medicina Pernambucana*. Discurso. Ano I, N° II, 1843.

elaborada dos templos". (REIS, 2000, p.91). Um catolicismo já muito influenciado, certamente, pela cultura africana, como indica a necessidade de um funeral coletivo, afastando, por assim dizer, o silêncio — daí o papel das Carpideiras; “entre os africanos, por exemplo,”, afirma Reis, “a morte silenciosa era uma má morte” (REIS, 2000, p. 105).

Claro, ainda aí não havia, certamente, unanimidade. O doutor Aquino da Fonseca, presidente do Conselho Geral de Salubridade Pública, em 1845, fazia notar, na mesma ocasião em que chamava a atenção sobre o risco de um contato tão direto entre vivos e mortos, outras preocupações, escondidas sobre a motivação religiosa, para que os enterros ocorressem daquela forma. Insistia na forma de “procissão”, que tomavam os enterros, acontecendo geralmente á noite, o que obrigava a se fazer uso de “tochas, ou archotes acesos”. Registrava, como muitos cronistas e críticos da cultura, o espaço largo para as “encomendações recitadas em altas vozes”, como também “todo este aparato faustoso, e que deveria cessar com a vida”. Aquino da Fonseca indicava, assim, o problema do status social que investia, atravessava e motivava todo o processo funerário.

Para muitos não é a salvação da alma que se deve attender em primeiro lugar ; isso é cousa mui secundaria : o que se procura é desenrolar a opulência ; o que se deseja é mostrar aos vivos, que o morto era rico⁹⁸.

Não se tratava, para Aquino da Fonseca, de negar a motivação religiosa dos enterros, mas de esclarecer que neles, a espiritualidade ocupava um plano recuado, deixando, dessa forma, que a dimensão econômica — e as repercussões sociais daí decorrentes — dos mortos e dos seus vivos assumisse certo protagonismo. Era verdade, por exemplo, que alguns provincianos estivessem cientes que os enterros noturnos, em

⁹⁸ APEJE, *Collecção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

forma de procissão, pela lentidão que o deslocamento do cadáver sofria, fossem prejudiciais à saúde individual e coletiva. Aquino dizia, ainda, existir fiéis que teriam mesmo até “prazer” na adoção de práticas fúnebres diurnas, mas era também verdade que “por temor do dedo popular não praticão aquillo, que muitos desejarão fazer”⁹⁹.

O doutor Aquino da Fonseca parecia indicar, portanto, o catolicismo popular como depositário daquele tipo de relação com os enterros. Contudo, a percepção do doutor Fonseca sobre as dimensões de sociabilidade, que envolviam a morte na província de Pernambuco, pode ser considerada tardia. Lopes Gama, treze anos antes, indicava a longevidade da crítica: “ha muitos seculos, que a rasão clama, que a Igreja se queixa, que os Filózofos escrevem contra a louca vaidade dos Funeraes" (GAMA, 1983, s/p). Afirmção estratégica que estabelecia um acordo entre o universo racional e o poder eclesiástico, contra certa forma popular de vivência religiosa. Esse aspecto parecia crucial, posto que, para o Carapuceiro, não era possível confundir religiosidade com Religião: à esta pertenciam as almas, e era ela quem fazia de todo luxo um “abuso” expressamente condenável (Ibidem).

Assim, a consciência de uma espécie de controle social que permitisse a continuidade do luxo e da vaidade, que o doutor Aquino da Fonseca se referia, era antecipado em Lopes Gama. Já para sua época era possível encontrar “muita gente [...] persuadida, que deixando de fazer exequias sumptuosas aos seus finados, escandaliza n[o] público, e dá quebra na sua pessoa” (idem). Um funeral que não oferecesse mostras públicas de certo poder econômico podia, por exemplo, levar seu morto a ser confundido

⁹⁹ Idem.

com um escravo. A questão era que, na prática, evitar uma confusão desta natureza sensibilizava as famílias mais ricas, mas também aquelas menos remediadas.

Quantas vezes huma Senhora; carregada de filhos, despende nas exequias de seu marido todo o dinheirinho, que há em caza, empenha trastes de ouro, e prata, e além da dispeza da molestia de seu defuncto, fica por tal modo arruinada, que no outro dia não tem com que mande á quitanda, á taberna, e ao assogue, e os meninos a berrarem de fome? (GAMA, 1983, s/p)

Além do dilema moral que o doutor Aquino,, antes dele o padre Carapuiceiro, iria atacar, o luxo dos enterros concorria, em muitos casos, para uma pauperização das famílias (já que ficasse *por tal modo arruinada*). Não era possível, no contexto que o padre apresentava, cumprir com as exigências financeiras de um funeral e manter, nos dias subsequentes, o equilíbrio orçamentário capaz de viabilizar a manutenção do lar, de garantir a subsistência familiar (*que no outro dia não tem com que mande á quitanda, á taberna, e ao assogue, e os meninos a berrarem de fome*). É que as atitudes diante da morte e a fabricação das *formas de bem morrer* encontravam seu suporte num “esforço coletivo”, permitindo, assim, que determinados profissionais pudessem tomar a *morte como negócio* (REIS, 2000, p.100).

É preciso registrar que a análise do processo de secularização da morte no Brasil oitocentista, que até aqui descrevi, estava interessada em compreender a mais perturbadora reação contra a instalação de cemitérios públicos na província baiana. Conhecida como *Cemiterada*, envolveu várias instituições ligadas à Igreja — principalmente as Irmandades — e diversos profissionais que atuavam direta ou indiretamente no mercado da morte, em Salvador. Uma das condições de possibilidade daquela revolta popular residia na percepção de que “a concretização desse plano, se ameaçava um tipo específico de comportamento diante da morte, teria também implicações econômicas para

consumidores, profissionais e instituições envolvidos no mercado funerário” (ibidem, p. 228).

O elenco dos profissionais envolvidos naquele mercado era respeitável: “coveiros, pedreiros, carpinteiros, armadores, campeiros, cirieiros, comerciantes de tecidos, alfaiates, músicos, padres, frades, sacristãos, sineiros” (idem). Abarcava, também, outros atores e instituições como carpideiras que “em se lhes dando huns tantos reis, perante hum defunto, que parese que se funde a caza” (GAMA, 1983, s/p), e as Santas Casas de Misericórdia que, como já indiquei, contavam como um dos meios de renda, o aluguel de caixões¹⁰⁰, prática que, adianto, será condenada pelo *Conselho de Salubridade Pública*.

É possível retomar os chistes, agora, para encontrar neste mercado funerário, o alvo de suas quadras: do universo de profissionais que dinamizavam a economia da morte, era o padre, sem dúvida, o mais visado pelas críticas de 1829 e das décadas que se seguiram. Isso é compreensível quando se sabe que numa Irmandade como a do Rosário, em Salvador, montante gasto com as missas rezadas pelos padres, chegavam a somar quinze por cento de suas despesas (REIS, 2000, p.229). Comparando este aspecto com os demais dispêndios que se podia ter em torno dos funerais, Reis notou que se tratava do produto mais caro, chegando mesmo a constituir setenta por cento do que se gastava com os enterros e capaz de cobrir, no caso dos frades do Convento de São Francisco, na mesma cidade, trinta e cinco por cento de suas despesas com subsistência (*Id* p.232).

É certo, também, que a exigência que a *boa morte* fazia, de missas e de outros serviços sacerdotais, podia beneficiar outros profissionais além do padre, como os escrivães e corregedores. Ora, o número e o valor das missas eram fixados em testamentos

¹⁰⁰ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters, 1837.*

e registrados por esses profissionais, coisa que lhes permitia fazer uso de certos procedimentos capazes de lhes auferir lucro:

há escrivães, e Corregedores que tem dicto mais missas, do que a mais numerosa Comunidade de Frades, em muitos annos; há Testamenteiros de consciência taò Anjelica, que se o defunto deixa por ex. 128\$000 rs para oito capellas de Missas á esmola de 320 rs. cada huma; elle, que he pontual, manda-se dizer em Lisboa á rasaò de 120 rs., que vem a somar a quantia de 48\$ rs.; e mette em si 80\$ que fica pro labore (GAMA, 1983, S/P).

Era possível lucrar com a morte para além das missas e outros produtos sacerdotais, relacionados diretamente com as formas de bem morrer. Sabe-se que, até 1845, quando um indivíduo morria, o procedimento necessário para enterrá-lo estava praticamente concentrado e dirigido pela figura do padre: aquele que se responsabilizasse pelo enterro, denunciava em relatório o *Conselho de Salubridade Pública*, “tira uma licença para que o Sacristão possa receber o cadaver, que deve ser sepultado e esse que só tem a obrigação de dar, mediante certa quantia, que muitas vezes é marcada ao arbítrio [...]”¹⁰¹. Tudo concorria, portanto, para uma convergência conveniente entre *ato médico* e *ato sacerdotal*. Convergência que fazia da morte um negócio, e isso em dois sentidos: Primeiro, a morte era um negócio médico, já que era ele quem a provocava; segundo, a morte figurava também como negócio sacerdotal, posto que os padres engordavam seus lucros, enterrando os mortos.

A conexão entre os epigramas e os relatórios do ministério do Império, operada pela descrição, permite o credenciamento dos epigramas como documento histórico e sociológico, ao demonstrar a não arbitrariedade dos seus chistes contra os médicos a partir

¹⁰¹ APEJE, *Colleção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845

das informações sobre o percurso de formação profissional daquela categoria, dispostas naqueles relatórios. Trata-se, na verdade, da apresentação de duas formas distintas, em termos estilísticos e funcionais, de um diagnóstico sobre os médicos e que, numa e noutra série, apontava para a sua imperícia, real e/ou potencial.

Diagnosticar, no entanto, não era a única atividade que epigramas e relatórios exerciam sobre os médicos. Se for mantida em mente que esses registros eram produzidos em lugares e instâncias que possuíam uma agenda política, torna-se possível mapear, nesses registros, as apropriações que faziam do saber e da prática médica, como um dos elementos dinamizadores da mecânica do poder, onde esses registros são, simultaneamente, produto e agência.

Tem-se então que, na primeira metade do século dezenove, os médicos não eram considerados como um elemento capaz de trazer o *progresso* e a *civilização* para o país, ainda que fossem utilizados, como se verá, pelos dirigentes do Império, como uma espécie de agentes da administração. Os médicos eram julgados, pelas instâncias formadoras de opinião, como inábeis, imperitos, danosos, letais. Mesmo as descrições dos ministros não sugerem nada mais acalentador do que os chistes inflamados de *O Cruzeiro*. O único progresso que o médico aparecia ligado, nesse nível, era ao *progresso da doença e dos conseqüentes efeitos dela decorrentes*.

Nesse contexto, é difícil sustentar uma *ofensiva médica*, como fazem alguns autores (PIMENTA, 2004; MIRANDA, 2001), ou afirmar, como faz Gilberto Freyre, que a resistência singular que medicina alopática sofreu na província pernambucana, possa se explicar a partir da tradição de uma população simplesmente mais apegada aos terapeutas populares. Certamente, não seria perda de tempo analisar porque a tradição é invocada e

preferida em momentos críticos, como o foi durante o embate entre médicos e curandeiros pernambucanos, por exemplo. Mas é necessário pensar as condições em que se produz a valoração dos elementos exógenos à tradição, e que ajudam os indivíduos a reafirmarem sua escolha. Em Pernambuco, entre 1820 e 1850, é possível afirmar que a escolha pela tradição se dava por um fato flagrante e escandalizador: os médicos matavam. Não havia, efetivamente, vantagem alguma em escolher diferente. E, numa trajetória que só reforçava a sua imperícia, o ato médico, naquelas décadas, só poderia mesmo figurar as expensas do doutor Varela.

CAPITULO III

Que vastíssimo campo

A compreensão sobre a necessidade que "pessoas estranhas a Arte formassem justa e adequada idea [...] sobre a medicina"¹, que os médicos reunidos, a partir de 1841, em torno da *Sociedade Pernambucana de Medicina (SMP)* passaram a demonstrar, acusa uma percepção coincidente com a que se pôde observar nos chistes de 1829 sobre a atividade médica na província pernambucana. O proêmio anônimo do primeiro número do *Annaes de Medicina Pernambucana (AMP)*, periódico que, entre 1842 e 1844, irá publicizar as atividades daquela *associação*, enfrentou a questão diretamente: a medicina, até ali, "jazia no estéril e acanhado solo, que lhe circunscrevia à pratica taciturna de cada médico isolado [...]"². Na atividade de cada prático se podia notar a ausência de um procedimento científico, posto que "não se observava como era de mister; não se compilavam os fatos; a vida do facultativo parece que tinha outro objeto, que lhe absorvia a atenção"³.

Num estado de coisas, como o descrito, era praticamente impossível atestar a utilidade da medicina para o país (leia-se Pernambuco). Era necessário, portanto, junto

¹ *Annaes de Medicina Pernambucana*. Proêmio. Ano I, nº I, 1842.

² Idem.

³ Idem.

aos objetivos marcados nos dois primeiros artigos do estatuto da recém formada *Sociedade* (*promover nesta Província, os progressos da medicina, e de todos os ramos das ciências médicas/dar a classe médica a posição que lhe e assinada pela nobreza de sua profissão*)⁴, comunicar a um público não especializado em medicina, os “mui rápidos e consideráveis progressos na ciência”⁵. Necessário, também, mostrar as credenciais, firmar sua autoridade: “[...] de modo que interpondo agora uma reunião de Medicos, que exercem todos na zona torrida o peso de sua competente authority, contribuirá para a decisão de pontos até aqui duvidosos na ciencia, adquirindo, e dando á terra onde se estabeleceo, merecido renome”⁶. Mais que isso, era preciso indicar a natureza e o alcance da ciência médica e elaborar para essa medicina sua carta de intenção política.

⁴ *Ibidem*, Estatutos. Ano I, n° I, 1842.

⁵ Não foi possível medir o grau de circulação dos *Annaes* entre os leigos. Seus editores não se preocuparam ao menos em indicar a tiragem de cada número. Leduar Assis Rocha, autor da introdução que compõe a reedição do periódico em 1977, informa que os primeiros quatro números custavam 800 réis; enquanto que dois últimos foram comercializados a 500, valor que se estendeu, retroativamente, aos demais. Isso deve indicar uma estratégia para a maior difusão do jornal. Seja qual for a incidência dos *Annaes* junto a população, é certo que alguns de seus leitores não o consumiam passivamente. Numa polêmica sobre a incidência de cancro uterino nas mulheres pernambucanas, e que fora protagonizada por José Joaquim de Moraes Sarmiento e Joaquim de Aquino Fonseca, ambos médicos e membros da *Sociedade de Medicina*, o último comenta em nota de rodapé: “já havíamos escripto isso quando uma senhora Pernambucana, que daqui se acha ausente e que havia lido o Relatório do senhor Dr. Sarmiento no ponto em que trata das affecções cancerosas do útero e suas causas, nos escreveu, enviando-nos algumas reflexões á cerca do pretendido desenvolvimento dessas affecções, que não nos parecem muito destituídas de fundamento”. Na resposta que Sarmiento dirige a Fonseca evidencia-se, a seu turno, os efeitos da leitura do periódico: “um Collega nosso há pouco chegado do Rio de Janeiro me disse que illudida pelo artigo do nosso illustre censor uma senhora se negára a applicações de bichas no collo uterino, que elle julgava necessárias [...]”. Sabe-se apenas, portanto, que circulava, formava opinião e permitia a interação entre leitores e membros da *Sociedade*. Os *Annaes* eram lidos ainda por Jeronymo Martiniano Figueira de Mello, autor do *Ensaio sobre a estatística civil e política da província da Pernambuco*. Nessa obra as observações metrológicas dos doutores Serpa, Moraes Sarmiento e Loudon, são incorporadas ao *Ensaio*, como também a relação que os médicos da *Sociedade* faziam entre as regularidades encontradas nessas observações e as moléstias reinantes.

⁶ *Annaes da Medicina Pernambucana*. Relatório. Ano II, N° III, 1843.

3.1 De todas as ciências a mais social

O Dr. Antônio Peregrino Maciel Monteiro, em seu primeiro discurso na qualidade de presidente da *SMP*, afirmava que, de todas as ciências, a medicina se constituía na mais social. A mais social, porque fazendo do homem “esse mais nobre elemento da sociedade”⁷, seu objeto e matéria, o fazia considerando-o e compreendendo-o “em suas mais importantes e mais amplas relações”⁸. Eram assinalados, portanto, o homem e sua doença numa dimensão *ecológica* (ROSEN, 1979; FREYRE, 1983). A medicina era a mais social das ciências, também, em função do pressuposto sobre “a necessidade rigorosa de aquinhoar largamente a medicina na distribuição da influência social”⁹.

Este último aspecto foi desdobrado pelo próprio Maciel Monteiro. Por *influência social*, deveria se entender a necessidade de recorrer à medicina “[...] quando se trata de estabelecer direitos, ou seja, quando se tem por fim determinar os deveres”¹⁰. Esse papel, a um só tempo jurídico e normativo, postulado para a medicina, era operado a partir de uma relação estabelecida entre *exercício dos direitos e deveres sociais e funcionamento orgânico* dos indivíduos. Para Maciel Monteiro, era “[...] evidente que todas as considerações relativas a tais direitos e obrigações entram nos fenômenos fisiológicos, que fazem o objeto de estudo da medicina”¹¹.

Esse aspecto já indicava, adiante, o tipo de compromisso que a medicina buscou estabelecer com a Ordem ou, mais precisamente, com o “poder social”. A este competia,

[...] para prevenção dos atentados feitos aos direitos dos Membros da Associação a faculdade de punir, ou mais exactamente de penalizar, e ao estabelecimento da penalidade ligando-se o estudo e exame de huma

⁷ Ibidem, Discurso. Ano I, nº I, 1842.

⁸ Idem.

⁹ *Annaes de Medicina Pernambucana*. Discurso. Ano I, nº I, 1842.

¹⁰ Idem.

¹¹ Idem.

multidão de circunstancias physiológicas da maior importância e valor; é evidente a participação da Medicina em o Direto Criminal, e na organização geral das Leis penaes¹².

Elaboração bastante moderna, não somente do papel da medicina como também do próprio funcionamento da prática jurídica. Na perspectiva da ciência, tratava-se de prestar uma intervenção essencial para garantir a finalidade da justiça. Joaquim de Aquino Fonseca, membro da *SMP*, relatava, logo quando assumiu a presidência do *Conselho Geral de Salubridade Pública* (CGSP) da Província de Pernambuco, em 1845, um caso policial, em Paris, por ocasião da morte de uma cantora de ópera, e que ilustra vivamente a verdade que se queria na assertiva do Dr. Monteiro. Tendo a mesma

[...] morrido depois de alguns dias de horríveis soffrimentos do ventre, e havendo sido enterrada, sem que a pessoa que examinou o cadáver se tivesse informado sufficientemente das causas da morte, deu taes suspeitas de envenenamento, que obrigarão a polícia a Perseguir os pretendidos culpados, e prende-los; e sem o exame minucioso feito pelo meu illustre Professor o Decano da Faculdade de Paris, Mr. Orfila, que demonstrou que a morte era resultado de um estrangulamento com grangena dos intestinos, tão bem conhecida, e que exclue a idea de envenenamento, o cuttello da guilhotina, que em França sempre cahe sobre as cabeças dos malvados, teria dessa vez cahido sobre cabeças de innocentes!¹³

Ademais, é preciso notar que, junto ao nexos entre *perícia médica* e o *exercício efetivo da justiça*, o presidente do CGSP procurava estabelecer, a partir da produção de uma exageração em torno da experiência jurídica francesa (*o cuttello da guilhotina que em França sempre cahe sobre as cabeças dos malvados*), um cânone capaz de implicar intimamente a prática médica com a realidade social e política da província. Essa exageração não cessará de recolher e reunir exemplos sobre a alegada disparidade entre a justiça francesa e a do país, ou ainda acerca da polícia parisiense, “sem

¹² Idem.

¹³ *Collecção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

contradição, a mais vigilante, que nos oferecem os tempos modernos”¹⁴, e a “polícia imperfeita, que existe entre nós”¹⁵. Era necessário à polícia de cá ser mais diligente, posto que “nada é mais fácil do que o assassino acompanhar sua vítima até a sepultura, onde também fica sepultado o seu crime”¹⁶.

Em todo caso, os efeitos práticos da exageração não se fizeram esperar, e já nos primeiros relatórios, que o presidente do *Conselho* dirigia à presidência da Província, ficava sabido que os facultativos ali lotados “se tem mostrado solícitos no cumprimento de seus deveres, e continuam a prestar-se aos exames médico-legaes requeridos pelas Autoridades Públicas, e os tem feito com todo o cuidado e zelo, a fim de que a verdade seja patenteada, e a justiça esclarecida”¹⁷. Para que essa atividade se tornasse efetivamente regular foi preciso, em parte, secularizar os ritos fúnebres (REIS, 1991; SIAL, 2005) e envolver a morte num procedimento burocrático. Eis o protocolo:

a) *Fabricar identificação*. Seria preciso, a partir de então e da parte de quem quer que se apresente responsável pelo “inhumação” do cadáver, prestar informações capazes de se fazer conhecer, para as autoridades, a recém perdida identidade civil do morto. Com esse fim, o responsável deveria preencher e encaminhar, ao agente policial, uma petição (ressaltava-se a preferência de que o responsável fosse algum parente do morto) “em que deverá declarar o nome, pronome do individuo, idade,

¹⁴ Idem.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Idem.

¹⁷ *Collecção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845. Gostaria de reforçar que os procedimentos médicos-legais eram feito quase que exclusivamente pelo *Conselho*. No relatório do último trimestre de 1845 o órgão informava ao presidente da Província que os “Membros do Conselho se tem visto sobrecarregados de trabalhos com esses exames pela supposição, em que achão muitos Facultativos desta Cidade de que a elles não compete fazer os ditos exames, julgando-os attribuições exclusivas dos Membros deste Conselho; e assim ordinariamente a elles se negão, apesar de parecer terminante o § 2º. Do Art. 8º. Da Lei Provincial N.º 143”. A emparedada da Rua Nova, romance de Joaquim Maria Carneiro Vilela ambientado na década de 1860 em Recife, questiona a imperícia que podia envolver esses exames: um corpo, examinado depois de uma semana de enterrado, quase volta a cova sem que uma série de indícios sejam percebidos. E muito embora se diga que “os peritos procediam a um exame minucioso”, o mérito da descoberta de tais indícios cabe a um curioso que fazia às vezes de detetive particular (CARNEIRO VILELA, 1984).

qualidade, estado, profissão, casa de sua moradia, e o andar, se for sobrado, bairro, rua, número, hora, dia, mez, e anno em que expirou o individuo”¹⁸. Dados pessoais (cor da pele, se casado ou solteiro), profissionais, e endereço completo. Tratava-se, portanto, de um dispositivo de estriamento, de uma vida que chegou a seu termo, que esse documento inicial fazia funcionar.

b) Ampliar os atores, determinar subordinações. Não era mais possível que o sacristão ou o vigário continuassem os responsáveis, quase que exclusivos, na opinião de Aquino da Fonseca, pelos enterros. “Ninguém sustentará”, argumentava o médico, “que o Vigário ou Prioste é pessoa competente para verificar a morte de um indivíduo para quem se pede licença de enterramento”, posto que “[...] além de incompetente, por não ser autoridade civil, não podia garantir a Sociedade”¹⁹. Juntar-se-ia ao agente eclesiástico, para subordiná-lo, o subdelegado (ou qualquer outro agente policial do distrito), o facultativo (ou o médico da cidade em caso de “duvida, suspeita ou denúncia”), e os médicos do *Conselho*.

c) Produzir documentação. Chamar-se-ia um enterro clinicamente conduzido, aquele que, ao final, se pudesse recolher uma *petição* (“escrita segundo o regulamento”²⁰), um *certificado* (proveniente do facultativo ou médico da cidade ou do próprio *Conselho*), um mandado de inumação (expedido pela autoridade policial) e, após o enterro, um recibo (sob a responsabilidade do agente eclesiástico ou do “guarda das sepulturas”). Cada um desses documentos, postos em relação, ecoam as informações dos registros que lhes precede, ao mesmo tempo em que lhes acresce ou lhes subtrai dados. O certificado do facultativo é obrigado a conservar os dados que singularizam, numa perspectiva civil, o cadáver, para singularizar, por sua vez, a *causa*

¹⁸ Idem.

¹⁹ Idem.

²⁰ Idem.

mortis. Todos esses elementos, e não somente a petição, deveriam ser “escriptos segundo o regulamento”²¹. O jogo da documentação revela os atores responsáveis pela burocracia da morte e seus lugares no processo, tornando-os capazes de responder em situação de procedimento irregular.

d) *Centralizar informações*. É provável que cada instituição (delegacias e outras instâncias públicas, igrejas, irmandades) envolvida neste novo procedimento, guardasse cópias dos documentos que produzissem. Certo mesmo, é que o *CGSP* granjeava para si, a função de grande arquivo geral. Exigia, aos agentes e instâncias envolvidas, que, “terminado todo este processo, no mesmo dia, ou no imediato ao mais tardar, a pessoa encarregada do enterramento entregará ao Agente Policial todos os papeis, que ao enterramento se referirem, e tiverem servido, aos quais serão remetidos ao Conselho Geral de Salubridade, onde ficarão archivados [...]”²². Essa centralização fazia do *CGSP* o único órgão credenciado a emitir certidões, após o processo concluído. O que se operava, assim, era a construção de uma burocracia médica, de um procedimento administrativo, sobre os fenômenos que se queriam sob a ingerência médica.

É preciso considerar que essa animação de uma cultura burocrática, em torno da morte, constituía-se a partir de um juízo crítico, por parte dos médicos que compunham o *CGSP*, sobre a cultura funerária pernambucana. Inscreviam, antes de tudo, a particularidade da Província, dentro de uma problemática mais geral: “é verdade que em todos os paizes os enterros são feitos seguindo os costumes particulares de cada povo, e que costumes enveterados são difficilimos de

²¹ O *Conselho* apresentará, ainda naquele primeiro trimestre de atividades, os modelos de petição, certificado, mandado e recibo de inumação. *Idem*.

²² *Idem*.

desarraigar”²³. As práticas fúnebres em Pernambuco seguiam, portanto, um curso singular, mas indicavam, ao mesmo tempo, uma regra geral e os efeitos (funestos) dessa mesma regra. Afirmavam, em seguida, outro enunciado geral, agora sobre a tensão que se podia observar, em determinadas culturas, entre as práticas fúnebres e projetos de civilização, bem como o papel das instâncias jurídicas na resolução deste tipo de litígio: “também é verdade que costumes perniciosos devem ser reprimidos, e que os povos mais civilizados tem deixado certos costumes, ou porque tem conhecido que são maos, e perniciosos, ou porque leis severas tem sido criadas para sua repressão”²⁴.

Acontece que sentenças tais como, *costumes inveterados e difícilimos de desarraigar*, ou ainda, *os povos mais civilizados têm deixado certos costumes*, podem ser encontrados na região discursiva a que pertencem os enunciados do padre Carapuceiro, mais de dez anos antes, sobre *o luxo nos enterros, e exéquias*. Mas seja como for, as críticas do padre e as do médico possuíam em comum o projeto civilizatório que lhe motivava. Elas, contudo, não apontavam à mesma coisa e não enxergavam, agindo na cultura, o mesmo mal. *O Carapuceiro* isolava a “louca vaidade dos funeraes”, espécie de degenerescência espiritual e de rebatimento social

Quantas vezes huma Senhora; carregada de filhos, despende nas exequias de seu marido todo o dinheirinho, que há em caza, empenha trastes de ouro, e prata, e além da dispeza da molestia de seu defuncto, fica por tal modo arruinada, que no outro dia naõ tem com que mande á quitanda, á taberna, e ao assogue, e os meninos a berrarem de fome?
(GAMA, 1983, s/p)

Os médicos do *CGSP* estavam, a seu turno, persuadidos pela insalubridade que a prática dos enterros mantinha e intensificava.

²³ Idem.

²⁴ Idem.

os lugares em que ellas (as inhumações) se fazem não devem occupar menos a attenção policial", posto que, "uma porção de terra, empregnada de particulas animaes semi-decompostas, e que se acha exposta em uma Igreja à evaporação, deve espalhar na athmosfera miasmas perniciosos à saude"²⁵.

O que fazia dos enterros uma cultura condenável estava assentado, dessa forma, num suporte físico e entre coisas físicas²⁶: o cadáver, sua relação enquanto corpo morto, com a economia dos corpos vivos, estes tomados enquanto indivíduos ou como uma coletividade. Enterrados nas catacumbas, a decomposição dos mortos fazia com que aqueles depósitos desprendessem “[...] cheiro infecto, que pode influir bastante sobre a saúde pública”²⁷, e antes que fossem ali depositados, os corpos eram deixados expostos ao ar, durante dias. Em seu trajeto pela cidade até o local de enterro, “algumas vezes dos cadaveres escorrem liquidos corrompidos, e vão cahindo por todo o caminho, e por algum tempo devem ficar expostos á evaporação, d’onde resultarão exhalações pútridas, perniciosas aos habitantes dos lugares por onde passam esses corpos”²⁸. Essas práticas fúnebres, lidas como patologias culturais, capazes de modificar a fisiologia dos indivíduos, foram diagnosticadas pelo *CGSP*, que passou a receitar:

²⁵ Idem.

²⁶ Refiro-me especificamente ao problema dos enterros na província de Pernambuco enfrentados efetivamente pelo Conselho Geral de Salubridade Pública. Isso não significa que eu queira afirmar que os *outsiders* da profissão médica não mostrassem percepções clínicas sobre determinados problemas culturais; a desenvoltura com que o padre Carapuceiro criava conexões entre assertivas clínicas e cultura é exemplar. Quanto ao uso de argumentos estranhos à profissão usados por médicos, João José Reis recolheu uma fala bem interessante da Sociedade de Medicina no Rio de Janeiro (SMRJ), por ocasião da tensão entre a cultura fúnebre carioca e as práticas salubres para essa mesma cultura que aqueles médicos desejavam instaurar: “É sem dúvida lastimoso que na habitação da Divindade, onde corre perene fonte da saúde espiritual, nós a encontremos cercada de germens da doença e da morte!” (apud REIS, 1991:261). José Eustaquio Gomes, vice-presidente da Sociedade de Medicina de Pernambuco em 1843, assinalava opinião semelhante: “A Caza de Deos, a Caza de Oração se torna assim uma morada de horror, aonde em vez de aspirar-se fragancia de aromas e puro incenso, aspira-se mephiticas exhalações”. Para a *Sociedade*, “não se compadece com o respeito e adoração que devemos tributar a Divindade, encher os Templos com os restos podres de nossa miserável humanidade”. *Annaes de Medicina Pernambucana*. Discurso. Ano I, N° II, 1843.

²⁷ *Colleção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

²⁸ Idem.

a) *Regulação das sepulturas*. O *CGSP* discriminou três tipos de sepultura: as de lugar na terra (covas), as “de muro em forma de armário” (catacumbas)²⁹, e as subterrâneas (carneiros). Expedia-se, para as mesmas, tanto regulações gerais, com funções de estriamento, quanto normatizações específicas. No primeiro caso, recomendava-se “que todas as sepulturas sejam numeradas, tendo cada Sacristão, ou guarda dos ligares de inhumações obrigação de remetter ao Agente Policial para ser transmitido ao Conselho de Salubridade Publica uma relação de todas as sepulturas, e suas classificações³⁰. Quanto às normatizações específicas, definia-se “que as catacumbas sejam feixadas por um muro feito de tijolos d’alvenaria [...] / que a terra das covas seja renovada de quatro em quatro annos [...]”³¹. Essas sepulturas eram determinadas, ainda, em função de seu espaço físico (*que as covas sejam de cinco a seis pés de profundidade, e dous a três de largura*³²), da qualidade dos seus salões (*bem espaçosos, e arejados*), e através das condições exigidas para que sepulturas fossem abertas (*se não em presença de parentes, e das pessoas convidadas por elles*³³). A regulação deveria instaurar uma prática fúnebre de natureza salubre, preventiva e, acaso dali decorresse um mal, suas causas pudessem ser facilmente identificadas, e o mal, prontamente, neutralizado.

b) *Regulação do tempo*. Sobre as covas, catacumbas e carneiros, o *CGSP* prescrevia “que nenhuma sepultura [...] possa ser aberta sem que nellas tenham os cadaveres passado o tempo prescripto, e precedendo licença da Authoridade Policial”³⁴. Fora fixado um repouso de dois annos, para os cadáveres enterrados em catacumbas, e um anno e seis meses, para aqueles sepultados em covas. O tempo era

²⁹ Idem.

³⁰ Idem.

³¹ Idem.

³² Idem.

³³ Idem.

³⁴ Idem.

maior, nos dois casos, para os mortos por epidemia ou contágio, “devendo [...] passar mais seis meses, além do tempo prescripto”³⁵. Controlava-se, também, o prazo para que as sepulturas fossem abertas, à espera de um novo cadáver, respeitando suas especificidades, que ficavam indicadas. Era assim que o *CGSP* determinava “que nenhuma catacumba seja aberta na ocasião em que vá ou se quer depositar outro cadáver; mas sim dez dias antes pelo menos”³⁶, ao contrário das covas, que deveriam ser “abertas minutos antes da inumação”³⁷. Foram regulados, também, os horários para as inumações.

Que nenhum enterro possa ser feito senão das seis horas da manhã às seis horas da tarde, excepto se o estado de corrupção do cadáver, attestado pelo Facultativo nomeado para a verificação da morte, não permitir que se espere, procedendo todavia authorization policial; ou se alguma affecção contagiosa, ou epidemica mui mortífera vier a desenvolver-se, sendo para isso ouvido o Conselho Geral de Salubridade Publica³⁸.

c) Regulação do mercado da morte. De uma parte deste mercado, do papel ocupado pelo Padre, mais especificamente. Julgado incompetente e criticado por licenciar enterros “mediante certa quantia, que muitas vezes é marcada ao arbítrio”³⁹, o sacerdote passou a ocupar, como já dito, um lugar menor e subordinado, dentro do novo procedimento que o *CGSP* fazia funcionar. Mas a regulação atingia, mesmo que de forma desigual, todos aqueles que viviam da venda e aluguel de caixão. A partir da regulamentação, o transporte do cadáver deveria ocorrer “em um caixão de madeira bem pregado, e hermeticamente feixado, do tamanho necessário, e segundo o modelo[...]”⁴⁰ e, de forma imperativa, determinava que, com aquele caixão, o cadáver

³⁵ Idem.

³⁶ Idem.

³⁷ Idem.

³⁸ Idem.

³⁹ Idem.

⁴⁰ Idem.

fosse enterrado⁴¹. Já não era possível que o mesmo fosse alugado. Ademais, o intervalo de tempo entre as seis da manhã as seis da noite, para que os cadáveres pudessem ser enterrados, não se tratou somente de uma regulação do tempo, se constituiu, em consequência, num alijamento do comércio de velas, artigo indispensável para aos enterros realizados à noite.

Burocratização, estriamento e normalização dos enterros eram procedimentos que permitiam aos médicos, de um lado, um controle dos corpos, dos espaços, dos ares e da cultura, elementos estes, que mantinham uma relação, direta ou indireta, com a doença. Nessa perspectiva, a medicina se queria uma ciência social, porque identificava causas culturais que incidiam na economia fisiológica. Mas permitiam-lhes, por outro, uma função social mais ampla: coadjuvar o Estado em sua tarefa de exercer a justiça. Como afirmava Dr. Monteiro, de penalizar. Era necessária a inscrição da medicina no direito criminal "e na organização em geral das leis penais". Muito a contento de uma justiça moderna, cada vez mais ansiosa de desonerar-se da obrigação de punir, e que incorpora, cada vez menos reticente, elementos extra-jurídicos capazes de compartilhar a responsabilidade de suas decisões (FOUCAULT, 1987; 1977)⁴².

A medicina penal cobria apenas uma parte do que o mesmo Dr. Monteiro chamava de Medicina Legal ou de "influencia da Medicina na Legislação"⁴³. Não era somente o caso dessa medicina estabelecer provas toxicológicas e patológicas de culpabilidade,

⁴¹ Idem.

⁴² Acredito que o Código Criminal do Império de 1835 e a Cadeia Pública (hoje Casa da Cultura) atestem o caráter moderno, que o Estado imperial procurava imprimir a sua feição. O Código, criticado por alguns por sua brandura — outro indicativo da sua modernidade, se for levado em consideração a redução de penas sangrentas em toda a Europa —, como que "feito para executar em hum Povo emminantemente morigerado", desloca o modelo do "direito intimidativo" (direito de soberania), e acompanha as reformas penais ocorridas na Europa desde o século XVIII. É tributário, portanto, da doutrina de, dentre outros, Beccaria e Bentham. A influência desse último ecoa na engenharia da Cadeia Pública panóptica: uma arquitetura-dispositivo caracterizada por produzir um efeito ótico de ver sem ser visto, tornando a disciplina dos corpos, a um só tempo, produto e efeito da própria subjetividade dos indivíduos encarcerados.

⁴³ *Annaes de Medicina Pernambucana*. Discurso. Ano I, n° I, 1842.

livrando a justiça de ser "arrastada por testemunhos falazes, ou por aparências enganosas"⁴⁴. Os resultados da ciência médica, "completos, incontestavelmente exatos, e revestidos de todo o respeito que a presunção das luzes, e autoridade da experiência imprimem nas decisões de tal ordem"⁴⁵, deviam, igualmente, ser capazes de ajudar a justiça a efetivar ou embargar o exercício da vida civil do cidadão, torná-lo capaz de gozar plena ou parcialmente determinados direitos.

E se se trata de conferir o exercício de muitos direitos importantes, como o de possuir, e outros, pois a existência dos mesmos depende em muitos casos da possibilidade de o exercer; eis a Medicina intervindo para extremar hypotheses, que seria perigoso confundir, ou estabelecer categorias e classes, condições de idade e sexo, que servem de base aos preceitos legais. E' desta arte que a Lei acautela o perigo, que haveria em conceder toda a liberdade possível a alguns seres naturalmente imperfeitos, ou alterados em suas faculdades pela idade, ou por circunstâncias fortuitas, e sempre deploráveis⁴⁶.

A despeito de toda essa *vontade de poder* dos médicos, os discursos e relatos das práticas médicas da primeira metade do oitocentos, em Pernambuco, não registraram exemplos desta serventia da medicina para o exercício da cidadania dos provincianos de cá. Mas é evidente o significado dessa intervenção médica em disputas por herança, tutoria e gestão de bens, aquisição de escravos, etc. De qualquer modo, o mecanismo era manifesto, fazendo do corpo uma metáfora capaz de adequar-se a qualquer espécie de realidade social, os médicos tomavam o exercício da vida civil por uma espécie de atividade fisiológica. A plenitude dessa experiência (civil) atestava sua perfeita saúde, mas que poderia, em todo caso, ser comprometida por certos modificadores de sua economia (*alterados em suas faculdades pela idade, [...] por circunstâncias fortuitas, e sempre deploráveis*), ou mesmo por um estado patológico permanente e *natural*.

⁴⁴ Idem.

⁴⁵ Idem. Ano I, nº I, 1842.

⁴⁶ Idem.

Nesses termos, o estatuto de ciência social que médicos lotados na *SMP* e no *CGSP* procuraram emprestar para a prática da medicina, na Província de Pernambuco, se representa menos pelo conceito de *medicina legal*, restrita a determinação da *causa mortis* ou as causa de um crime, e mais pela noção de uma *medicina legislativa*. Isto é, a “influencia” da medicina sobre a legislação de um modo geral, e que o Dr. Monteiro procurou destacar. De fato, tratava-se de um projeto que não deixava nenhuma esfera do homem, da cultura e da sociedade fora do âmbito de atuação da medicina: “[...] a habitação, a alimentação, e a maneira de ser da população, no que toca a sua vida, sua indústria, seus hábitos, e algumas outras circunstâncias”⁴⁷. Para a *SMP*, era necessário à Medicina atuar, ainda, sobre “certas causas, que obram indistintamente sobre os indivíduos”⁴⁸. Chamando para si o direito de participar da “organização e andamento da Sociedade”⁴⁹, aqueles médicos se acreditavam capazes de oferecer uma “aplicação prática destes princípios ao manejo dos negócios administrativos desta Província”⁵⁰, ou, de outro modo, somente eles podiam se dar

ao exame das regras legais que se observam para melhorar o estado sanitário de qualquer território, regulando com acerto a ação dos modificadores gerais da economia animal, a fim de obstar a sua deterioração, e prevenindo a desenvolvimento ou propagação de flagelos, que em certas épocas infelizes, e em presença de circunstâncias especiais, e as vezes inapreciáveis, surgem no meio das populações para alterar a humanidade com as suas cenas de horror e consternação”⁵¹.

É notória, aqui, a tentativa de atualização das práticas conhecidas pelas rubricas de *medicina social* e *polícia médica*, no projeto daqueles médicos. O reconhecimento da dimensão social da doença e dos princípios administrativos, capazes de gerenciar a saúde pública, eram realidades emergentes, e, em maior ou menor grau, praticadas em

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Idem.

⁴⁹ Idem.

⁵⁰ Idem.

⁵¹ Idem.

países como Alemanha, Inglaterra e França, ainda no século XVIII, e que experimentou, nestes mesmos países, seu maior desenvolvimento durante o século XIX (ROSEN, 1979). Mas não é possível tratar essa influência como um mero transplante de idéias e práticas européias. A medicina social, por exemplo, que emergiu numa França revolucionária, se mostrava ávida em destruir as velhas instituições e promover o surgimento daquelas que pudessem beneficiar o controle dos elementos socioeconômicos responsáveis pela doença. Algo muito diferente, portanto, da concepção dos dirigentes do Império brasileiro oitocentista que, em seu anseio em construir a Ordem, buscava diluir todo o germe revolucionário, e que se orgulhava do fato de suas instituições se diferissem das européias. Como afirma Mattos, tal diferença se dava, “quer pelo modo pacífico como forma erigidas, quer pelo respeito que sempre os habitantes do império haviam guardado pelo ‘direito sagrado de propriedade’” (MATTOS, 2004, p. 23).

Acredito que a percepção da trajetória histórica da polícia médica torne este ponto ainda mais convincente. O fato de ser um desdobramento da ciência da polícia (*Polizewissenschaft*) já demonstra sua relação umbilical com o Estado. Pressupõe o objetivo governamental de criar as condições necessárias para a segurança de seu território e da população, condições estas, alicerçadas sobre o estudo dos aspectos administrativos que permitissem ao Estado cumprir com êxito sua função (ROSEN, 1979). A polícia médica exigia, portanto, protagonismo estatal. No entanto, saúde pública nunca contou, entre nós, como um dos elementos estratégicos para a segurança de seu território e população. Disto, muitos autores e documentos dão testemunho. A medicina, em suas *condições de possibilidade*, no Brasil do século XIX, podia se passar como a mais social de todas as ciências, mas não como a mais administrativa delas.

Uma agenda política ficava evidenciada, de qualquer modo, a partir da articulação entre o *pressuposto social da medicina* e sua necessidade de *execução efetiva*, através do código de uma polícia médica. Uma agenda política de natureza estatal, portanto. A *SMP* intencionava ser coadjuvante do Governo em assuntos de saúde pública, e se propunha, mediando uma articulação entre o Legislativo e a presidência da Província, constituir uma agenda sanitária para Pernambuco. Dessa forma, se assumia como agência de natureza consultiva, prometendo, toda vez que requisitada, satisfazer e responder sobre qualquer matéria ou objeto que as autoridades lhes endereçassem.

E, desde logo, se colocou sob a proteção governamental, numa posição de relativa dependência, inscrita no estatuto de 1842, onde era registrado que, por um lado, "o excelentíssimo Senhor Presidente da Província fica[va] declarado Protetor Perpétuo nato da Sociedade [...]"⁵², sendo convidado para todas as sessões solenes e tendo assento a direita do presidente e, por outro, que uma parte de seus recursos viria de um subsídio anual repassado pela Assembléia Legislativa, que a *SMP* afirmava ter reconhecido "em sua sabedoria os grandes serviços, que a Sociedade de medicina pode prestar ao país"⁵³. Quantia significativa, pois em 1843, um dos sócios da *Sociedade* admitia que sem ela "não poderíeis fazer despesa, e ao mesmo tempo publicar vossos trabalhos, e propor varios prêmios"⁵⁴. O montante que se conseguia das mensalidades dos sócios efetivos, bastava "apenas para as despesas das sessões"⁵⁵.

Não demoraria muito, destarte, para que a *SMP* percebesse a superfície frágil em que esse desejo de articulação e quase total dependência do Governo foram se

⁵² Ibidem, Estatuto. Ano I, nº I, 1842.

⁵³ Ibidem, Proêmio. Ano I, nº I, 1842.

⁵⁴ Ibidem, Relatório. Ano II, nº V, 1843.

⁵⁵ Idem

acomodar. Já em 1843, o doutor José Eustaquio Gomes, médico que lhe era associado, admitia que “tudo confirma a ausência absoluta da policia sanitária em nosso Paiz”⁵⁶. Naquele mesmo ano, também, a *SMP* veria sua contribuição municipal ser reduzida à metade, em função, acreditava Eustáquio Gomes, da “penuria do thesouro provincial”⁵⁷. Dois anos mais tarde, a presidência da Província sugeria que essa verba tivesse um destino mais proveitoso, posto os trabalhos da *SMP* “não continuarem com a mesma assiduidade em ordem a produzirem um resultado de interesse social”⁵⁸. Percepção desenvolvida, talvez, desde o início, já que os primeiros escritos da *SMP* indicam que parecia claro, aos médicos, a necessidade de convencer a gestão pública de sua real utilidade, fazendo convergir, dessa maneira, interesses clínicos e governamentais⁵⁹.

O proêmio dos *Annaes da Medicina Pernambucana*, por exemplo, teve o cuidado de assinalar a especificidade da época na qual surgiu a associação científica, que aquele periódico vinha representar:

uma época, em que o fecundo gérmen da civilização nesta Província principia a desenvolver-se e fructificar, e se há diffundido por todas as classes da população, e o espírito de associação a generalisar-se e a mostrar que o povo Brasileiro, e em particular o Pernambucano, é digno, é capaz de receber o mais subido grão de civilização, e tocar a perfectibilidade moral [...]⁶⁰.

⁵⁶ Ibidem, Discurso. Ano I, nº II, 1843.

⁵⁷ *Annaes de Medicina Pernambucana*. Discurso. Ano I, nº II, 1843.

⁵⁸ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Provincial Presidential Reports*, 1845.

⁵⁹ É claro que os médicos da Sociedade compreendiam que existisse uma relação entre investimento governamental e o nível de percepção, daquela instância, da real utilidade dos trabalhos da associação. É o que ficava registrado num relatório publicado em 1843: “justo seria na verdade que aquelles a quem incumbe promover a consolidação e prosperidade dos estabelecimentos úteis vos conferissem um subsidio para os fins mencionados. Mas estando a justiça desta resolução ligada á Idea, que os distribuidores das rendas publicas possuão forma da real utilidade deste estabelecimento, a vossa delicadeza e a vossa dignidade de mãos dadas se oppoem a que em vosso nome se articule a mínima solitação. *Annaes de Medicina Pernambucana*, Relatório. Ano II, nº III, 1843.

⁶⁰ Ibidem, Proêmio. Ano I, nº I, 1842.

Nessa perspectiva, as corporações médicas, que se multiplicavam a partir do “ilustrado” continente europeu, e que já ganhavam suas primeiras congêneres no Império brasileiro, eram produtos do gérmen da civilização. Insistia-se que associação médica era o mesmo que associação científica, e que a mesma se diferenciava das “puramente recreativas” em função da utilidade que “pode provir ao país”, quanto mais não fosse o fato de que, em toda parte, a associação científica era “considerada como o primeiro e o mais poderoso elemento de civilização, e moralização dos povos”⁶¹. Sua existência, útil e vantajosa, prezava pela conservação da vida humana e pelo aperfeiçoamento de sua organização ou, de outro modo, do estado físico da população, bem como do seu estado moral e intelectual. Agia, portanto, no âmbito biológico e social. Em todo caso, a associação era encarada como um sintoma (*semeion*) e, junto às congêneres (de sábios, de artistas, de literatos), “é um dos indícios mais exactos do gráo de civilisação a que chegou um povo”⁶².

A idéia da função médica como prática capaz de engendrar certo ideário de civilização é um tema recorrente no *AMP*. Este pensamento modulava, como indicado, os discursos propagandísticos da *SMP* que afirmavam ser a medicina um daquelas áreas de intervenção imprescindíveis para o progresso e ilustração de um povo. O pressuposto animava, por assim dizer, o projeto daquela associação. Mas também servia para alimentar esperanças de que aqueles discursos produzissem uma realidade efetiva. Não demorou muito para que a *SMP* lamentasse que seus esforços de coadjuvante do governo não ocasionassem a aplicação, “em todo seu rigor”, das deduções teóricas. Era certo, para a associação, que um perfeito grau de consideração,

⁶¹ Idem.

⁶² Ibidem, Discurso. Ano I, nº I, 1842.

“[d]as disposições legais da policia médica”⁶³, não era evidenciado nem em países como França e Inglaterra, e que o caráter “insólito” da justiça no Brasil aumentava a disposição para o não cumprimento dessas disposições. Era necessário, todavia, acreditar que “[...] o aperfeiçoamento é em tudo obra do tempo, e ha de vir, continuando o socego e a ordem pública, com augmento da população e com o progresso da civilização”⁶⁴.

Não seria somente a *SMP* quem demonstraria essa preocupação com a civilização do país e a moralização de seu povo. O *CGSP* desenvolveu a mesma orientação, aliás, com maior efetividade. Burocratizar a morte, por exemplo, era, a um só tempo, uma prática que visava a salubridade pública e a moralização dos costumes. Seu presidente, escancaradamente publicitário do *ethos* francês, insistiu na necessidade de uma educação popular ou da repressão legal, nos moldes dos “povos mais civilizados”, e capaz de desestimular, entre os provincianos de Pernambuco, o apego a práticas culturais insalubres.

Pela própria função que exercia, Aquino da Fonseca buscava, para o Brasil, como qualquer dirigente saquarema⁶⁵ o faria, uma posição de igualdade entre as nações civilizadas (MATTOS, 2004). Quando Aquino da Fonseca afirmava, em seu primeiro relatório endereçado à presidência da província, que “a França póde hoje servir, sem contradicção, de modelo a qualquer povo civilizado”⁶⁶, ele tornava a experiência efetiva da polícia médica francesa o cânone a partir do qual o governo, as instituições, a população e a cultura brasileira deveriam ser julgados, em medida de sua adesão aos

⁶³ Ibidem, Relatório. Ano II, nº IV, 1842.

⁶⁴ Idem.

⁶⁵ O termo *dirigente saquarema* é utilizado por Ilmar Rohloff de Mattos para designar o núcleo político conservador que, segundo sua análise, construíram a direção política do Império brasileiro e constituíram a classe senhorial. O adjetivo saquarema acusa a região (uma vila na província carioca) de onde esses dirigentes emergem.

⁶⁶ *Colleção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

postulados higienistas da civilização européia. Foi este o dispositivo que permitiu ao *CGSP* julgar a polícia brasileira como “imperfeita”, tomar a autoridade eclesiástica por “incompetente” e a prática das inumações como “maos costumes”⁶⁷.

Comparando as falas da *SMP* e do *CGSP*, sobre esse aspecto civilizacional, nota-se um maior realismo na última agência, efeito, certamente, de sua natureza de instituição pública. A *SMP* não passava, como ela mesma se fez enxergar, por algum tem, um órgão consultivo, enquanto o *CGSP* media o grau de civilização da província, a partir de sua prática intervencionista. Era assim que o *CGSP* identificava, na resistência a burocratização da morte, na ausência de uma polícia médica e de uma prática regular da autópsia, indicadores de um baixo grau de civilização do país.

Ocorre que a temática da Civilização, tão comum nos discursos dos médicos, constituía o elemento motriz dos construtores do Império brasileiro oitocentista. É o que se lê claramente, no prólogo do *Dicionário geográfico, histórico e descritivo do Império do Brasil*, de Millier de Saint-Adolphe, sua aberta intenção de publicizar o Império emergente “pela Europa e demais partes do mundo”. Sua crença de que o Império brasileiro se encontrava no *centro do mundo civilizado*, dispara as análises de Ilmar Mattos sobre a recunhagem da moeda colonial nos oitocentos. Desde a Maioridade de Pedro, momento em que a recunhagem começa a se completar, é perceptível que “cada vez ocupavam mais destaque termos como *Civilização, Utilidade, Luzes, Associação, Razão e Progresso* [...]” (MATTOS, 2004, p. 25). Esse conjunto de enunciados, pertencentes a uma mesma região discursiva, e colocados em funcionamento dentro do discurso dos médicos, parecia ser capaz de alinhar os interesses da sua emergente corporação com aqueles manifestos pelos dirigentes do Império.

⁶⁷ Idem.

O *Dicionário* de Millier de Saint-Adolphe é de 1845. Posterior, portanto, a quase totalidade dos escritos dos *AMP* e contemporâneo ao começo das atividades do *CGSP*. Em todo caso, é possível lhe atribuir a função de *texto síntese* da direção que se queria para o Império brasileiro, e que se imprimia os esforços dos *Saquaremas*, políticos ligados diretamente à Coroa e egressos da região escravista fluminense. Em todo caso, a documentação provincial, seja de natureza administrativa ou jornalística, ao menos desde a década anterior, guardou registros do papel nevrálgico que o ideal de civilização e de experiências congêneres alcançaram no Brasil.

Em 1838, o então presidente da província de Pernambuco, Francisco Rêgo Barros, tendo sob sua responsabilidade os “melhoramentos” da Província, pedia a Assembléia provincial “providencias Legislativas, afim de que chegue áquelle gráo de prosperidade, á que ella tem direito, e ao qual de certo attingirá, se os nossos esforços forem convergindo, como até agora, para tornal-a (sic) rica, moral, illustrada, e Christan”⁶⁸. Igual anseio de moralidade e ilustração emergia em seu relatório do ano seguinte, quando o presidente noticiava os motivos que levaram à matança de homens, mulheres e crianças, no interior da Província em maio de 1838. Segundo seu relato,

um individuo, morador no sitio - Pedra Bonita - distante vinte e duas legoas da Villa de Flores, por effeito de sua maldade, lembrou-se de suadir [sic] ao povo ignorante d'aquelle lugar, que allí existia um reino encantado proximo a desencantar-se; e tendo os seus embustes adquirido força, e proselytos, um destes começou a inculcar, que para a restauração do encantado Reino era mister, que fossem immoladas victimas humanas, a fim de regarem com o seu sangue o campo, promettendo ao mesmo tempo, que todas resuscitarião, e serão, por fim, ricas, poderosas e felizes. Em consequencia destas e de outras idéas, que a boa fé dos homens ignorantes, supersticiosos [...] não duvidou abraçar, pais de familias lhe entregárão seus filhos para o degolladouro, [...] assassinando-se cruelmente quarenta e duas pessoas de ambos os sexos, entre parvulos, e adultos⁶⁹.

⁶⁸ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Provincial Presidential Reports, 1838.*

⁶⁹ *Ibidem, 1839.*

Esclarecendo que, em sua opinião, tratava-se de um acontecimento “[...] digno de figurar em outros Seculos”⁷⁰, o ocorrido em Pedra Bonita era significado, pelo presidente, como um efeito menos da “maldade” e “embuste” de um indivíduo, e mais “da ignorancia e do fanatismo” de pessoas “ignorantes” e supersticiosas. Era um relato tanto mais chocante, na medida em que marcava sua ocorrência no próprio século das Luzes⁷¹. Ademais, a narrativa está inserida na seção intitulada *Tranquilidade e segurança publica*, indicando que a construção de um país civilizado deveria se traduzir, dentre outras formas, numa preocupação efetiva com a Ordem.

Talvez por entender, como fazia o presidente Rego Barros, que acontecimentos, como o acima citado, fossem desprovidos de uma “côr política”, é que o padre *Carapuceiro* saudava, naquele mesmo ano, o *espírito de ordem em Pernambuco*. A Província era considerada “exemplar em seu espirito de subordinação, e de ordem” (GAMA, 1983, s/p), aspecto capaz de garantir a prosperidade comercial e industrial, como também das “impresas para obras publicas” (idem). Esse espírito guardava promessas de futuro: “Tenhão os Pernambucanos juizo, sustentem com todas as forças a Constituição, e a integridade do Império, fujão de sedições, e obedeção ás leis, que tudo entre nós medrará, e irá em progresso” (idem).

Bem entendido, esse espírito indicava a ausência de uma agitação revolucionária, posto que para reforçar a realidade da construção da ordem na Província, o *Carapuceiro* recorria a contra-exemplos: “o gigantesco, e fertilissimo Pará”, encontrava-se, em função de agitações, em “estado lastimoso”; a província da Bahia a seu turno, “offerece ao observador hum quadro melacolico, e apesar dos immensos recursos, de que a mimoseára a natureza, terá de ressentir-se por alguns

⁷⁰ Idem.

⁷¹ Idem.

annos dos estragos da recente revolução" (GAMA, 1983, s/p). Recorria também a uma memória.

Olhemos para o nosso Pernambuco, e convencer-nos-hemos das vantagens da paz, e do espirito de subordinação, e de ordem. Esta nossa Provincia já louqueou bastante. Huma duzia de badamecos, e buginicos, que se arrogarão (como por antifraze) o honorífico titulo de Pais da Patria, trazião em continuos sustos esta Capital, apresentavão em campo os seus Litores, movião a insubordinada Tropa a seu talante, punhão, e depunhão Presidentes, e outras Auctoridades, formulavão lista de proscritos, açulavão, e capitaneavão bandos de desordeiros, e decidião soberanamente dos negócios da Provincia: mas graças á Providencia passou essa febre revolucionária, os taes Pais da Patria volverão ao nada, d'onde se havião erguido, ou tendo-se enchido com as perturbações políticas, hoje só querem gozar do que colherão, e ninguem mais lhe falle em revolta, sedições, &c. &c. (idem).

O Carapuço condenava o furor separatista que a Província apresentara em data bem recente ao tempo em que o padre escrevia. Tanto mais não fosse o fato de que os interesses que moviam aqueles auto-intitulados "Pais da Patria" se revelavam, aos olhos do articulista, de motivação exclusivamente pessoal, posto que no momento mesmo em que escrevia, aqueles "badamecos [...] só querem gozar do que colheram [...]"(idem). O vácuo aberto pelo declínio da "febre revolucionária", era ocupado por uma vitalidade ordeira, capaz de disparar o progresso na província.

Essa aversão ao espírito revolucionário já havia acometido o *Carapuço*. Em 1833, por ocasião do fim da guerra dos Cabanos, o padre dizia não saber "se a amnistia oferecida aos cabanos produzirá o desejado efeito". Em sua opinião os cabanos não passavam de "gente saltadora, e faccionosa" (idem). Acusá-los de "crime de opinião", como queria o governo, e deixá-los, com aquele artifício, livres, não significaria um retorno a cidadania e a legalidade, nem os tornaria "amigos da prosperidade pública, laboriosos [...]". Antes, o governo oferecia ocasião "para concertarem entre si melhor plano de fazer-nos a guerra, consultando com os

estauradores mores da capital, de quem receberað as ordens, instrucções, e o mais, que lhes for mister" (idem).

O episódio dos Cabanos é exemplar sobre a tensão entre Revolução e Ordem, aspecto que ocuparia os dirigentes do Império, durante toda a primeira metade do Oitocentos. Mas acabou por testemunhar, também, mais uma tentativa de alinhamento, da parte dos médicos, de suas demandas com as do governo brasileiro, quer central ou provincial. Seguindo a lição indicada pela medicina social⁷², a *SMP* afirmou um nexo entre doença e revolução.

Essa articulação era anunciada, em 1843, pelo doutor José Eustaquio Gomes. Seu percurso profissional o privilegiava. Exercendo sua profissão no Hospital Militar, ao menos desde 1818, suas atividades atravessaram o período em que a Província “loqueou bastante”, como afirmaria, anos mais tarde, Lopes Gama. Foi assim que Eustaquio Gomes, discursando sobre a trajetória histórica da epidemia de bexigas em Pernambuco, para os sócios da *SMP* por ocasião do aniversário de instalação daquela associação, fazia notar aos seus pares, “que esse flagello tenha apparecido sempre após, ou mesmo durante as commoções intestinas, que naquellas mesmas épocas consternarão a Provincia, como que para authenticar que o lúgubre cortejo, que

⁷² George Rosen, analisando a emergência da medicina social, compreende que o nexo entre condições sócio-econômicas e doenças é um dos princípios norteadores. Ele se apóia, dentre outros, em Virchow, que “desenvolveu uma teoria da doença epidêmica como manifestação do desajustamento social e cultural [...]” (ROSEN, 1979, p.82). O que diferenciava as epidemias naturais das artificiais, baseando sua distinção no grau de interposição dos fatores culturais entre a natureza e o homem” (Ibidem, p. 83-84). A partir deste pressuposto, Virchow passou a discriminar dois tipos de causas da emergência epidêmica: o primeiro tipo devia-se a modificadores pré-disponentes (ar, clima, temperatura), o que apontava causas naturais para sua manifestação; o segundo, reconhecível por suas causas artificiais, “são atributos da sociedade, produtos de uma falsa cultura ou de uma cultura não acessível a todas as classes”, ou, de outro modo, “são indicativas de defeitos produzidos pela organização política e social e conseqüentemente afetam predominantemente aquelas classes que não participam dos benefícios da cultura”. Esse último aspecto permite a relação entre doença e revolução, posto que ainda para Virchow, “tais irrupções de doença ocorrem em pontos nodais da história, durante períodos de revolução política e intelectual” (Ibidem, p. 84).

costuma acompanhar a guerra, é inseparável á peste”⁷³. Desse fato dava testemunho três “épocas”.

A primeira situava-se entre 1818-9, “terminada”, acrescia, “apenas a revolução de 1817”⁷⁴. A bexiga, diagnosticada por Gomes como confluenta, teria “ceifado milhares de vidas”, entre estas, as dos “indivíduos que em crescido número foram recrutados”⁷⁵. Gomes asseverava que, naquela ocasião, “[...] quasi nem um a bexiga se mostrava discreta, ou benigna”⁷⁶;

O par de anos 1825-26 constitui a segunda época de atuação da epidemia. Gomes faz notar que o furor epidêmico se manifestava “ainda não bem restabelecida a *ordem publica* [grifo meu], violentamente abalada em 1824”. Faz notar também, que a epidemia atingira, ao mesmo tempo, as Províncias limítrofes (Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará). As bexigas, que na ocasião se apresentavam, eram “de pessimo character”, provocaram o despovoamento do interior e do sertão. Esse contingente foi buscar socorro na cidade, que via seus hospitais e casas de caridade, cheios de “bexigentos”. Até mesmo “as praças publicas se entulharão”⁷⁷ e, somente no Hospital Militar, dos 806 enfermos que ali foram tratados, 203 vieram a falecer. A observação de que “tão avultado numero de mortos concorreo o serem para aqui mandado os recrutas das Provincias limitrophes, que já vinhão contagiados”⁷⁸, reforçava a relação entre doença e revolução.

Tendo ocorrido “quando a sedição conhecida por guerra dos Cabanos açoutava a Província (de 1834 a 1835)”⁷⁹, o recorte que Eustáquio Gomes faz da terceira época

⁷³ *Annaes da Medicina Pernambucana*, Discurso. Ano II, nº IV.

⁷⁴ Idem.

⁷⁵ Idem.

⁷⁶ Idem.

⁷⁷ Idem.

⁷⁸ Idem.

⁷⁹ Idem.

assume maior positividade para sua tese do que as épocas que lhe precederam. Pouco afeito aos motivos, o médico assinalava que os cabanos fizeram definhar a agricultura, entorpecer o comércio e exaurir os “cofres publicos”, causando um forte desarranjo da ordem. Do ponto de vista estatístico, para o médico, a epidemia, do mesmo modo que as antecedentes, levou à morte um número elevado de pessoas no interior e na capital. Era, contudo, “espantoso o estrago que fez nos Cabanos prisioneiros”⁸⁰. O ponto geográfico de emergência da epidemia, “no centro mesmo das mattas de Panellas, e Jacuipe ocupadas pelos Cabanos”⁸¹, só reforçava a costura operada entre doença e revolução, e que, finalmente, encontrava sua síntese.

Pela rápida exposição que acabo de fazer das três grandes invasões da bexiga nesta Provincia vemos que ellas forão precedidas de sustos vehementes, vigílias forçadas, trabalho excessivo, fome, e finalmente do violento abalo a ordem publica. E se me não é dado affirmar que, nas duas primeiras, a bexiga se apresentou sem dar indicio da sua origem, ou vestígios de donde partira o contagio ; [sic] eu creio poder asseverar com algum fundamento, que na terceira ella se desenvolveu, por assim dizer, espontaneamente, ainda que depois dominou o contagio. Officiaes Militares [...] rompendo as mattas virgens em procura de cabanos econtrárão a muitos cobertos de bexigas medonhas, uns mortos, e outros moribundos. Aquelles homens não têm comunicação alguma com a as Cidades, Villas, e Povoações :[sic] verdadeiros selvagens elles vivião sós e embrenhados nas mattas, nutrião-se de caça, pesca, fructas, e raízes. Na tropa, que os cercava por todos os lados, não havia bexigas : não a havia também em nem um ponto da Provincia, e nem na das Alagoas; estava acabado o commercio da escravatura, vehiculo certo de importação deste vírus, e nem por contrabando forão introduzidos Africanos naquelle tempo. Donde pois a origem das bexigas que têm os cabanos no interior das mattas. Se o terror, se a fome, e a nudez, se a miséria em fim não podem ser apontadas como causas procreatoras do virus variólico, ellas são certamente a d'elle se tornar mais maligno e pernicioso⁸².

Síntese interessantíssima, posto que a constatação de épocas nas quais certos tipos de doença se manifestam testemunha sobre o tipo de influência que a medicina, na qualidade de ciência social, procurava determinar para si. Essas épocas, tendo na

⁸⁰ Idem.

⁸¹ Idem.

⁸² Idem.

revolução seu elemento comum, encontravam uma variável que lhe permitia afirmar uma regularidade. As epidemias eram precedidas de *sustos vehementes, vigílias forçadas, trabalho excessivo, fome, e finalmente do violento abalo da ordem pública*. Numa só palavra, eram precedidas pela revolução. A relação entre doença e revolução, era direta. A guerra dos cabanos foi tomada, dessa forma, como a origem espontânea da doença. A síntese fazia crer, ainda, que o estado revolucionário dissolvia o arranjo civilizatório. Isolados (*não tinham comunicação alguma com as Cidades, Villas, e Povoações*), os revolucionários eram *verdadeiros selvagens*, indivíduos incapazes de observar um regime alimentar adequado (*nutrião-se de caça, pesca, fructas, e raízes*). A síntese agia, finalmente, por comparação: era observado que as bexigas acometiam os revolucionários, em função de seu estado de revolta e selvageria, origem mesmo daquele mal, ao passo que na tropa da legalidade, como “também em nem um ponto da Província, e nem na das Alagoas”⁸³, o mal não se fazia notar. Para Eustáquio Gomes, e creio que para uma boa parte dos médicos associados à *SMP*, *revolução* se confundia com *patologia* enquanto que *fisiologia* era o mesmo que *ordem*.

Em linhas gerais, as temáticas da *Civilização* e da *Ordem* pareciam permitir à *SMP* um alinhamento político acima das fraturas partidárias, responsáveis, aliás, por grande parte da agitação revolucionária da primeira metade dos oitocentos. Esse período é reconhecido, na historiografia, como o que acolheu o ciclo das insurreições liberais, e que só chegaria a termos com a *Conciliação*. Estratégia, de fato, com forte potencial para alcançar êxito, tanto mais não fosse o fato de que, a partir de 1842, todo agente político do Império, quer conservador ou liberal, agia como *dirigente saquarema* (MATTOS, 2004). Mas já se sabe que o governo provincial, em 1845, não via utilidade na *SMP* e mesmo o *CGSP* via suas atividades prejudicadas por falta de

⁸³ Idem.

uma política de salários para todos os seus integrantes, que eram menos funcionários e mais colaboradores. É preciso pensar, portanto, que elementos corriam na direção inversa ao até aqui apresentado.

A *SMP*, enquanto instituição capaz de impor interesses e direção comum a todos os seus membros, não passou de uma ficção. Houve, em seu arraial, pensamentos, opiniões e tendências destoantes, e por vezes não autorizadas. Dois incidentes, ambos envolvendo o doutor Joaquim d' Aquino da Fonseca, podem bem atestar isso. Trata-se de dois artigos por ele publicados nos *ASMP* e que, segundo o doutor Joaquim de Moraes Sarmiento, secretário perpétuo da *SMP*, contrariavam a política editorial do periódico, posto que, “exceptuando algumas observações do senhor Redactor em chefe, são os primeiros escriptos de um membro desta Sociedade, que apparecem no periodico sem previo conhecimento nosso”⁸⁴.

Eram artigos polêmicos e belicosos, já que um deles questionava a “existencia do assumpto do premio proposto pela Sociedade para este anno”⁸⁵, enquanto “o outro ataca o actual Governo do Império”⁸⁶. O ataque à política imperial se dera por ocasião das notícias sobre a doença do desembargador José Libanio de Souza, que, até sua morte, esteve sob as atenções médicas de Aquino Fonseca. Advogando o poder de “causas moraes para o desenvolvimento de ceertas affecções”⁸⁷, Aquino da Fonseca entendia que o desembargador fora vitimado pela “mais ingrata e infernal política”⁸⁸. A “alteração da medula espinhal”, conjuntamente diagnosticada pelos doutores Britto, Sarmiento e Mavignier, estava em relação direta com os “desgostos, que o doente devia ter experimentado com a infausta noticia da aposentadoria dos Desembargadores

⁸⁴ Ibidem, Reflexões ás reflexões Do senhor Dr. Joaquim d' Aquino Fonseca, á cerca de dous paragraphos do ultimo relatório dos trabalhos da Sociedade de Medicina desta cidade. Ano III, n° VI.

⁸⁵ Idem.

⁸⁶ Idem.

⁸⁷ Ibidem, Breve notícia a cerca da moléstia do Desembargador José Libanio Souza. Ano II, n° V.

⁸⁸ Idem.

[...]”⁸⁹. A *causa mortis* era diagnosticada, portanto, como “vingança mesquinha” dos partidários a idéia de “monopólio político”, e que queriam “governar o Brasil como propriedade sua”⁹⁰.

O secretário temia que críticas, como a de Aquino Fonseca, ocasionasse represálias à *SMP*, já que aquele governo era “apoiado pela maioria da Assembleia Provincial, que nos concede o dinheiro preciso para a impressão do nosso periodico”⁹¹. É certo, já se sabe, que o subsídio, que o legislativo repassava para a associação, foi cortada. E, ironicamente, a edição de número 6, dos *AMP*, que sustentara a polêmica, seria o último publicado. Mas não acredito que se tratasse da concretização do temor do secretário, posto que no mesmo ano em que o governo se desonerou das despesas com a *SMP*, Aquino Fonseca era nomeado presidente do *CGSP*. Seja como for, um recado havia sido dado: “se fosse lícito que os [...] membros da Sociedade, entrassem aqui, no santuario da sciencia, em considerações políticas, parece que não deverião faltar aos deveres da gratidão, volvendo o beneficio contra o benfeitor, e os Annaes não devem se mais que o echo da Sociedade”⁹². “Echo” que os *Annaes* nunca puderam demonstrar.

Se não havia opinião comum quanto à política do Império, presente-se que a relação entre doença e revolução não refletisse a opinião de todos os membros da *SMP*. Ao menos em termos de conduta médica. O doutor José Eustaquio Gomes defendia essa relação e era apoiado, ao menos, pelo doutor Mavignier que, em seu relatório sobre as moléstias reinantes, asseverava ”que aqui as mortíferas epidemias de

⁸⁹ Idem.

⁹⁰ Idem.

⁹¹ Ibidem, Reflexões ás reflexões Do senhor Dr. Joaquim d’ Aquino Fonseca, á cerca de dous paragraphos do ultimo relatório dos trabalhos da Sociedade de Medicina desta cidade. Ano III, n° VI

⁹² Idem.

bexigas só tem sido observadas durante as calamidades publicas”⁹³. A essa pressuposição, de natureza política, Eustaquio Gomes alinhou sua trajetória pessoal, de modo a ser contado nas fileiras da ordem. Nas duas primeiras épocas de surto epidêmico de bexigas, Eustáquio Gomes encontrava-se exercendo seu ofício no Hospital Militar, e na ocasião da guerra dos Cabanos, seu local de trabalho não é discriminado, porém é possível que continuasse o mesmo, ou que estivesse lotado em uma instituição similar, já que sua narrativa se apoiava na observação de “Officiaes Militares, de cuja palavra e testemunho não é licito duvidar”⁹⁴.

Noutra direção, a *noticia necrológica* que Aquino Fonseca publicou nos *AMP*, como homenagem ao recém-falecido doutor Joaquim Jeronymo Serpa, apresentava, aos leitores, uma conduta médica na contramão daquela que o doutor Gomes granjeara para si. É assim que a revolução, na narrativa de Aquino da Fonseca, está relacionada, a despeito de seu resultado, à emancipação

A emancipação de todo o continente Americano era a ordem dos factos sociais sucesso inevitável. A história das Colonias Carthaginezas, Gregas, e Romanas assim o provava, os recentes acontecimentos ocorridos em todas as Colonias Americanas assim mostravão que era também chegada a época da maioridade para o Brasil. Serpa, o pacífico Serpa, movido pelo desejo tão natural de contribuir para a emancipação da sua terra natal, achou-se envolvido na revolução de 1817. O sentimento que arrastava o ingênuo Serpa era indubitavelmente generoso ; mas a propria ingenuidade, natural do bom Cirurgião, o reduzia necessariamente á condição secundaria de instrumento⁹⁵.

A insistência na ingenuidade e generosidade do doutor Serpa, sua condição *segundaria de instrumento*, não deve obscurecer a leitura que Aquino faz da revolução de 1817. Tratava-se de uma revolução emancipatória, fazendo parte mesmo da *ordem* dos fatos sociais, e legitimada, historicamente, pelos acontecimentos desenrolados,

⁹³ Ibidem, Constituição médicas ou moléstias reinantes. Ano II, n° V.

⁹⁴ Ibidem, Discurso. Ano II, n° IV.

⁹⁵ Ibidem, Notícia necrológica. Ano II, n° IV..

tanto em colônias de outras partes do mundo, quanto nas colônias americanas, geograficamente mais próximas. E, na seqüência, se havia algo de negativo a se considerar na revolução de 1817, era tão somente que “o tempo era inoportuno, os meios e as conseqüências da empreza estavam mal calculados [...]”⁹⁶.

Além do conceito de Revolução, Aquino Fonseca estava disposto a rachar o possível consenso da *SMP* em torno da noção de Civilização. Em sentido inverso à associação, que destacava os benefícios de um *subido grão de civilização* para uma Nação, Aquino da Fonseca marcava as patologias morais inerentes ao organismo civilizacional: “cremos que não haverá alguém que duvide que em Paris a immoralidade se acha em gráo muito mais elevado do que nesta Cidade ;[sic] porquanto a experiencia tem mostrado que em qualquer paiz a relaxação dos costumes é tanto maior, quanto mais subida a sua civilisação e grandeza”⁹⁷. Aliás, Aquino da Fonseca marcava o termo Civilização, pela acepção do verbete produzido pelo “senhor J. J. Virey”, autor em quem o médico se apoiou

*Il est peut-être tel coin ignore dans les montagnes, come en Suisse, en Écosse, en Espagne, où sederobent dans l'obscurité de simples et pauvres familles, au milieu des vertus patriarcales, ignorant les vices brillants de nos sociétés perfectionées. Une teinte bien noire de nos cartes de statistique savante aignalerait leur profonde ignorance ; mais en revanche ni les crimes, ni les fraudes n'y on pás penetre, plus que les procès et les maladies. — Trop aouvent, au cantraire, sous lo protection méne du faffinement du luxe, La civilisation La plus brillante se trouxe grangrénée au coeur, par tous les genres de dépravation, de débauches et d'immoralité*⁹⁸.

Não havia total efetividade, portanto, na intenção de constituir um “echo” político comum para os *AMP*, e mesmo entre os membros da *SMP*. Como indicado, discursos de coloração política, contrária a do governo ou à política interna da *SMP* e

⁹⁶ Idem

⁹⁷ Ibidem, Das affecções uterinas e de sua freqüência em Pernambuco: Reflexões. Ano II, n° V, 1843.

⁹⁸ Idem.

dos *AMP*, não era recebido com simpatia e parecia mesmo que, para circular, era preciso que fossem publicados burlando os protocolos que não lhes permitia o estatuto de fala credenciada. Mas este não foi, certamente, o único aspecto que embotava os interesses da *SMP*. Determinados pontos de vista, quando não condenavam a política do império, exigia, ao menos, uma atenção à experiência que alicerçava aquela política: a escravidão.

Provavelmente, para uma parte dos membros da *SMP* não se tratava de acabar com a escravidão. Alguns possuíam escravos, como era o caso de Joaquim Moraes Sarmiento, médico que fazia questão de asseverar aos seus pares que estendia sua atenção médica até aos seus cativos⁹⁹. Em certos aspectos, a escravidão era uma experiência da qual os médicos podiam extrair muitos benefícios. Os escravos eram úteis para a ciência médica, posto que os cadáveres dos escravos eram mais fáceis de autopsiar, sem que o médico se preocupasse com alguma espécie de ingerência *ad hoc* (COELHO, 1999, p. 109).

Constituía-se, em todo caso, num segmento para o qual o cuidado médico era, economicamente, potencialmente rentável, posto que “o valor do escravo como mercadoria, está diretamente relacionado à sua saúde” (FIGUEIREDO, 2006, p. 254)¹⁰⁰. De modo mais significativo, é a partir de 1845 que a pressão britânica, para a extinção do tráfico, começa a se intensificar e produzir seus efeitos mais sensíveis.

⁹⁹ Ibidem, Relatório. Ano II, n° III.

¹⁰⁰ Betânia Gonçalves Figueiredo reúne indicadores que os médicos brasileiros oitocentistas produziram um “conjunto de conhecimentos [...], sistematizados e disponibilizados para os cuidados da população escrava” (FIGUEIREDO, 2006, p.255). E que se acha registrado em teses médicas, panfletos publicitários, relatos de viajantes, manuais para o cuidado dos escravos. Para a autora os médicos demonstraram prestavam seus cuidados de acordo com a lógica escravista: “a população escrava será atendida para que a mão-de-obra restabelecida possa retornar ao trabalho. A idéia principal é preservar a mão-de-obra, não exatamente como uma medicina preventiva, mas com a preocupação de não se perder o capital disponibilizado e o trabalho imprescindível às atividades” (*Id.*, p.260) naquele caso “mineradoras”, mas que se pode pensar de quaisquer que fossem levadas a cabo pelos escravos. Por outro lado, João José Reis, demonstrou como algumas revoltas contra médicos na Europa, entre os séculos XVII e XIX, estavam relacionadas a necessidade de corpos para dissecação (REIS, 1991).

Diante da constatação de que “[...] braços nos hão de faltar cada vez mais”¹⁰¹, o doutor Sarmiento, em 1843, fazia a consideração, para os senhores escravistas, sobre o aumento das suas despesas com uma dieta alimentar variada para os escravos¹⁰². Os profissionais do cuidado em saúde, ademais, compravam escravos doentes por um preço menor para tratá-los e vendê-los com margem de lucro significativa (Idem). Compreende-se, dessa forma, que a indisposição que a intervenção médica conheceu durante todo o século dezenove, atravessasse todas as classes sociais.

De qualquer modo, a condição servil permitia que os escravos fossem usados, ainda, como cobaias em tratamentos e procedimentos cirúrgicos, de natureza “grave e delicada”. Assim, dispor de um escravo, a contar com as observações feitas à *SMP*, pelo doutor Aquino da Fonseca, sobre uma operação de tracheotomia por ele conduzida, podia significar uma oportunidade pedagógica, além de publicitária:

Ainda hoje estaríamos sem poder mostrar a necessidade e utilidade dessa operação, se o nosso amigo o senhor Lourenço de Sá e Albuquerque, proprietário do engenho Guararapes, depindo-se os terrores geralmente espalhados, e entendendo melhor os interesses da humanidade, não nos tivesse dado a permissão de tentar todos os meios, iclusivamente a tracheotomia, para lhe salvar um seu escravo, de grande valor, e por quem elle se sujeitava a quaesquer despesas, a tudo, uma vez que a vida do escravo fosse conservada¹⁰³.

Em que pese o tipo de humor irônico que a narrativa possa produzir, já que quem se despe de preconceito é o senhor, mas o corpo submetido à razão é do escravo, subjaz o fato, como nos exemplos anteriores, de que o modo como a escravidão era experimentada no Brasil oitocentista fazia com que os médicos colhessem benefícios na qualidade de senhores, traficantes, cientistas, tecnólogos, publicitários. Mas todos esses frutos eram colhidos num contexto ambíguo, posto que alguns médicos, que

¹⁰¹ *Annaes de Medicina Pernambucana*, Relatório. Ano II, n° V, 1843.

¹⁰² Idem.

¹⁰³ Ibidem, Nota e observação. Ano II, n° IV, 1843.

desde a primeira metade do século XIX se mostravam atentos aos males da escravidão, para o alcance de um estado de salubridade.

O debate que teve lugar na *SMP*, entre os doutores Dornellas, Serpa, Paiva e Teixeira sobre as Boubas, espécie de doença dermatológica, denota essa atenção. Desta doença, que acometia de modo significativo os “homens de cor”, principalmente os escravos do campo, os três últimos médicos lhe creditavam uma origem africana. Dornellas, observando que o mal quase não se observava nos africanos recém traficados, e que os relatos dos viajantes não registrassem a manifestação da doença nos países africanos, discordava de tal crença. Dornellas entendia que "as Boubas, sendo uma molestia eruptiva, [...] sempre accomette mais geralmente os africanos empregados nos trabalhos do campo, expostos a todas as sortes de infracções de regimen, e não accomettendo aos que estão fora destas condições [...]"¹⁰⁴.

A *SMP* insistiu nessa relação entre insalubridade e escravidão, urdida, ora pelas condições em que se dava o tráfico ([...] *estava acabado o commercio da escravatura, vehiculo certo de importação deste vírus [...]*¹⁰⁵), ora pelas práticas sexuais não disciplinadas entre os cativos ([...] *e devendo a syphilis ser mui geral entre estes escravos pela incontinencia do coito desordenado [...]*), ou, ainda, do escravo como veículo pestilencial (*as ophthalmias [...] ainda não desapparecêrão; [...] penetrarão até os lugares em que chegarão os africanos [...]; da presença dos quaes procedeu a renovação e permanencia de molestia tão cruel, que já ia em declinação*¹⁰⁶).

Mas seja como for, o escravo só pôde ser apanhado em todas essas posturas insalubres, em função da *condição social* que a escravidão lhe reservou. Numa representação endereçada à presidência da Província, em 1843, a *SMP* advertia sobre

¹⁰⁴ Ibidem, Relatório, Ano I, n° I, 1842.

¹⁰⁵ Ibidem, Discurso. Ano II, n° IV, 1843.

¹⁰⁶ Ibidem, Constituição medica ou molestias reinantes. Ano II, n° V, 1843.

os elementos de classe que incidiam sobre o maior ou menor acometimento de doenças sobre a população: “nesses grande flagellos da humanidade, a parte da população, que é mais dada aos desregramentos, que a todos os respeitos passa vida mais miseravel, é a que mais soffre, segue-se que os nossos escravos, esses infelizes serão talvez sem conto sacrificados: os ricos, os mais commedidos soffrerão, a seu turno, menos provavelmente [...]”¹⁰⁷. No desdobramento do debate em torno das Boubas, o contexto social como elemento explicativo do mal, foi novamente destacado, já que o mesmo fora percebido como “[...] muito menor o numero de boubento na raça branca, tem alguns autores julgado por isso que esta é menos sujeita a contrahir a referida moléstia do que a africana; a excepção essa devida realmente a situação social, menos predisponente e occasional, do que a dos africanos, [...]”¹⁰⁸.

É verdade que médicos, como Dornellas, discriminavam não só a diferença de condições sociais entre cativos e homens livres. Eles discriminavam, também, as diferentes condições e contextos aos quais os escravos podiam estar submetidos: “[...] observa-se que estes”, indicava Dornellas “de qualquer raça que sejam, e em maior numero os africanos, em quanto vivem nas Cidades abrigados daquellas condições sui generis para a formação e desenvolvimento das Boubas, conservão-se exemptos não só dellas, como de qualquer affecção syphilitica [...]”¹⁰⁹. Este tipo de discriminação servia para explicar o acometimento de algumas doenças. Os escravos, por exemplo, eram os responsáveis pelas “mal asseiadadas canoas e depósitos impuros d’agua potável”¹¹⁰, que a *SMP* passou a condenar. Muitos outros aspectos, relacionados ao cotidiano dos cativos na cidade, reforçavam a preocupação dos médicos com a lógica escravista. Isso

¹⁰⁷ *Ibidem*, Representação. Ano II, nº III, 1843.

¹⁰⁸ *Ibidem*, Resposta. Ano I, nº I, 1842.

¹⁰⁹ *Idem*.

¹¹⁰ *Ibidem*, Discurso. Ano I, nº II, 1843.

ocorreu de tal modo que, a partir de 1850, seis anos após a Lei Eusébio de Queiroz ter sido promulgada, já era possível análises médicas propondo outra forma de tratamento dos escravos de dentro de instituições governamentais:

Não seria difícil melhorar a sorte dos escravos, e quando isto acarretasse algumas despesas, os resultados a compensariam de sobras. Se os proprietários de escravos lhes derem bom tratamento, fazendo escolha dos alimentos, e fornecendo-lhes roupas suficiente (sic) e apropriadas; se não obrigarem ao trabalho durante os três últimos meses de prenhez as escravas que se acharem grávidas, tendo salas em que as crias estejam durante a infância, nelas recebendo os cuidados da mãe ou de pessoas encarregadas de fazê-lo, e sendo vacinadas a tempo, só principiando a trabalhar depois dos dez anos, e mesmo assim em serviço que comportem suas forças; se durante as suas moléstias recorrerem a facultativos, consultando-os desde os primeiros sofrimentos, e recolhendo os [sic] boas enfermarias, em que tenham os medicamentos que lhes forem prescritos; se derem aos escravos mais descanso, não obrigando-os a trabalho imoderado, nem durante a noite quando isso possa ser feito, respeitando os domingos e os dias santos; se, em vez de bárbaros castigos corporais, recorrerem a outros meios de correção, como diminuição por dia dos alimentos, prisão escura, etc.; se enfim situarem bem as senzalas, fazendo-as construir segundo as regras da Higiene, obrigarem os escravos a manterem limpas e a se banharem depois do serviço [...], verão que as moléstias diminuirão consideravelmente [...] e, depois desse resultado, reconhecerão que a repressão do tráfico não é tão grande mal, como ele pensam [...] ¹¹¹.

Trata-se de um relatório do *CGSP*, órgão que, ainda na década de 1850, tinha em Aquino da Fonseca seu presidente. Mesmo que se encarasse a repressão do tráfico como algo positivo, Aquino da Fonseca não marcava, naquele relatório, uma posição explicitamente antiescravista. Nele, ao contrário, se tratou de considerar um regime para o escravo dentro dos moldes de uma medicina do trabalho, muito semelhante aquela que, na Europa, era voltada para o proletariado. Isto é, para regulação do seu tempo de descanso, da licença maternidade, de uma assistência médica regular, e de uma educação higiênica. O lugar nevrálgico que o escravismo ocupou na organização

¹¹¹ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Provincial Presidential Reports, 1856.*

do Estado brasileiro, no século dezenove, só permitia aos médicos uma política de redução de danos. Quase nunca de sua superação.

É de se notar, finalmente, que o escravismo era a fonte de outros desafios que os médicos buscavam superar, mesmo que não tivessem consciência imediata deste fato. É o caso, por exemplo, da medicina legal. Os membros da *SMP* e do *CGSP* eram unânimes quanto ao papel da perícia médica para o exercício da justiça na província. Executivo, Legislativo e Judiciário podiam dispor, com a ajuda de autópsias e testes toxicológicos, de estatísticas mais aproximadas sobre as *causas mortis* que incidiam sobre seus provincianos. Podiam, com base nos mesmos indícios, identificar, prender, julgar e, eventualmente, punir os culpados. Mas, a despeito dos ganhos que tais exames acumulavam para a civilização, os médicos continuavam, anos depois de suas propostas e práticas efetivas sobre a matéria, reclamando da ausência de uma polícia médica eficiente para elevar a província *ao mais subido grão de civilização*.

Ora, um dos aspectos que a experiência escravista permitia era o *monopólio da violência* (MATTOS, 2004). Os maus tratos e as condições insalubres, aos quais os escravos eram submetidos, eram componentes do exercício prático deste monopólio. Uma vez que, somente em certo nível, o escravismo pode ser entendido como um modo de produção, sendo, além disto, um tipo particular de cultura, a violência passava por uma prática de ampla repercussão e difusão social, sendo ativada, dentro da lei ou mesmo a margem dela, por agentes diretamente responsáveis pela manutenção da Ordem.

Foi por isso que, ainda na década de 1830, o Padre Carapuiceiro afirmava que, entre os Juízes de Paz da Província de Pernambuco havia aqueles dos que se podia afirmar “protector[es] publico[s] de ladrões e salteadores” (GAMA, 1983, s/p), e que mandavam “espancar, e assassinar a miseráveis por vinganças, e intrigas particulares”

(idem). Nessas condições, o projeto de uma medicina legal efetiva errava, portanto, em seu cálculo político, quando parecia alheia de sua incapacidade em desfazer as condições de trânsito dos próprios agentes da legalidade entre os domínios da ordem e da desordem.

3.2 Arqueologia de um procedimento

Em que pese os resultados pouco exitosos que a medicina social e a ambição política puderam lograr para os membros da *SMP* e do *CGSP*, elas nos permitem realizar uma arqueologia do procedimento médico dos oitocentos. É possível discriminar um dispositivo composto por um conjunto de práticas vinculadas à *anátomoclinica* e ao exercício do *biopoder*.

A anátomoclinica, como indicado (Capítulo I), parte do pressuposto que, ainda hoje, afirma a justaposição entre “corpo da doença e corpo do homem doente” (FOUCAULT, 2004, p.2). Isso significa que existe uma superposição entre a configuração que a doença assume e o espaço em que a mesma se localiza no corpo de um doente. Esse pressuposto exige uma positividade, a morte. É a morte que permite o conhecimento, num só golpe de vista, sobre a fisiologia e a patologia humana. E as séries documentais, produzidas pelos e sobre os médicos, na primeira metade do Oitocentos, oferecem exemplos em profusão do acordo dos médicos em atividade na província de Pernambuco, com esta orientação da clínica moderna.

Acordo que a *SMP* já marcava os efeitos práticos em seu próprio estatuto. Seu Título V refere-se às *Comissões*. Duas comissões, das cinco instituídas, versavam sobre “[...] Anatomia, Physiologia, Medicina operatoria, [...] Arte Obstetricia [...]”

Pathologia interna e externa, anatomia Phatologica, e Therapeutica”¹¹². O doutor Aquino da Fonseca, por ocasião da morte do doutor Serpa, fazia notar que o médico “desenhava muito bem, e era tão laborioso que em 1834 remetteo á Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro dos volumes em desenhos de anatomia humana feitos pelo seu punho”. Era de se destacar, também, que “sua pratica mostrava que lhe não eram estranhas as ideas da escola chamada physiologica [...]”¹¹³. A própria observação das doenças e dos tratamentos, aplicados ao indivíduo doente, deveria estar em “conformidade com os principios da physiologia”¹¹⁴.

A observação dos princípios da fisiologia era importante para a compreensão da relação entre os órgãos doentes e o tipo adequado de terapêutica que se devia administrar. A primeira *Constituição Médica*, produzida pela SMP, deu conta, dentre outros aspectos, do enfrentamento das moléstias respiratórias. Na altura em que descrevia a ação das bronquites, pleuresias e pneumonias, a *Constituição Médica* registrava que alguns “[...] individuos, assaltados por estas ultimas enfermidades ja fallecerão, ou estão preste a terminar a carreira da vida, especialmente aquelles, cujo tratamento era assás excitante para entreter certo gráo de irritação nos orgãos que eram a sede da moelestia”¹¹⁵. Numa breve consideração fúnebre, Doutor Mavignier, redator-chefe dos AMP, lamentava as conseqüências letais que podiam acometer um médico que não possuísse uma prática pautada na clínica fisiológica. Tendo sabido que o morto, “embuido e fascinado de certas doutrinas inglezas, só lançou mão dos calomelanos, opio e ruibarbo diversamente combinados, e nisso teimoso persistiu até o

¹¹² *Annaes de Medicina Pernambucana*, Estatutos. Ano I, n° I, 1842.

¹¹³ *Ibidem*, Notícia Necrológica, Resposta. Ano II, n° VI, 1843.

¹¹⁴ *Ibidem*, *Constituição medica ou moléstias reinantes*. Ano II, n° IV, 1843.

¹¹⁵ *Idem*.

fim sem querer admitir modificação *essencial* [grifo meu] em o methodo de seu curativo” —, Mavignier asseverava que

[...] o nosso collega, conquanto muito instruido, e contando já longa e extensa pratica da Medicina nesta Cidade, não tinha podido ainda desprender-se das profunda impressões que no verdor dos annos recerbêra em suas aulas e primeiros estudos; e por isso, apesar de todo o bom senso e criterio, de que era dotado, e se lhe reconhecia, nunca pôde de todo quebrar o jugo de doutrinas não baseadas em os são principios da physiologia¹¹⁶.

Mas o doutor Loudon, para quem Mavignier redigia o necrológio, se contava entre poucos. De modo geral, tanto as discussões científicas, que tinha lugar na *SMP*, quanto qualquer prática médica coletiva aconteciam segundo os princípios da anátomo-clínica, como foi o caso dos médicos lotados naquela associação e no *CGSP*, e que a riqueza de detalhes das descrições dos procedimentos cirúrgicos e das necropsias atestam.

A preeminência da anátomo-clínica é evidenciada, primeiramente, no cuidado pré-operatório. Convicto, em certa ocasião, que a sorte do seu paciente seria das melhores somente se fosse submetido a uma traqueotomia, Aquino da Fonseca solicitou a coadjuvação de um amigo e colega, “porquanto podia mui bem apparecer alguma hemorragia inesperada, e muitas vezes inevitavel, pela narrativa da operação, no jogo que a descrição estabelece entre tecidos, órgãos e instrumentos.

armados com um bisturi curto, cortante de ambos os lados e um pouco oval, e fixando, com os dedos da mão esquerda, o larynx e a trachea, fizemos d'alto abaixo uma incisão na pelle de cinco linhas de comprimento, e na parte correspondente á linha mediana que separa os dous musculos atherno-hyoideos. Feita a divisão, e limpa com uma esponja a incisão de algum sangue que havia, dividimos os tissidos subjacentes até descobrir a trachea. Mui pouco sangue correo neste segundo tempo de operação, de sorte que os receios de alguma hemorragia se desvanecerão, e então, graduando a lamina do bisturi, para que não fossemos ferir a parte posterior da trachea, quando ella penetrasse, mergulhámos com cuidado a lamina do bisturi entre o

¹¹⁶ Idem

segundo e terceiro anéis da trachea; e depois da incisão destes dous anéis, ainda fizemos a incisão do quarto. Aberto por este modo o canal respiratorio, reunimo logo os labios da ferida para que o sangue não se insinuasse por ella, e, introduzindo as duas pontas do dilatador, e separando-as, collocamos uma canula curva de prata"¹¹⁷.

O conhecimento da anatomia humana (local e quantidade de anéis da traquéia) orientava, durante o procedimento, a escolha do tamanho e formato dos instrumentos (*bisturi curto, cortante de ambos os lados e um pouco oval/as duas pontas do dilatador/ canula curva de prata*). Nesse e noutros casos, as condições de uma perícia médica era dependente do grau de conhecimento fisiológico que se tivesse a disposição. Aquino da Fonseca confessava a seus pares

que não havendo escripta observação alguma de secção dos tendões flexores da mão, e vendo os receios que o mais recente tratado de medicina operatoria, o do senhor Velpeau manifesta de taes operações, se viessem a praticar-se, por causa da abertura das bainhas fibro-synoviales e da proximidade de tantos vasos e nervos, me achava timido e muito disposto para maior circumspecção"¹¹⁸

Antes, porém informava que “[...] a secção subcutanea dos tendões de achiles é da maior facilidade ;[sic] fil-a pelo methodo de Delpech com o processo e o instrumento de que usa o senhor uerin no hospital dos meninos em Paris”¹¹⁹. Essa compulsão pelo conhecimento pleno da fisiologia humana podia ser alimentada pela prática de dissecação, que, no acordo moderno, fazia dos cadáveres verdadeiras instâncias de saber (FOUCAULT, 2004). Daí o lamento, quando a família do desembargador José Libanio de Souza não assentiu na sua necropsia, o que impedia de “dizer cousa alguma á cerca da alteração da medula”¹²⁰. E era por isso que os médicos exortavam que as famílias dos mortos, “fossem mais faceis em consentir que os mortos sirvão de

¹¹⁷ Ibidem. Ano II, n° IV, 1843

¹¹⁸ Ibidem Dous casos. Ano II, n° V, 1843.

¹¹⁹ Idem, Dous casos. Ano II, n° V, 1843

¹²⁰ Ibidem, Breve Notícia, Ano II, n° V, 1843.

instrução dos vivos”¹²¹, posto que para os mesmos, “os factos medicos ficão sempre incompletos sem a confirmação cadavérica”¹²². Esses mesmos médicos, lotados no *CGSP*, a partir de 1845, irão reclamar, à administração pública, condições para uma prática regular de exumação.

Até conseguir alguma assiduidade, entretanto, era freqüente a ocorrência das necropsias praticadas fora das condições adequadas para o cumprimento de sua finalidade. É o que indica o relato sobre as circunstâncias em que ocorreu a necropsia do cadáver de Pereira de Sá, que na década de 1840 cumpria a função de delegado na cidade.

A necropsia só nos poderia fornecer alguns dados, e derramar algumas luzes sobre a materia. A autopsia foi praticada na Igreja 24 horas depois da morte, quando a putrefação já accommetia o corpo ; alem disto foi feita á pressa, no momento de entregar o cadaver a sepultura, e ao fusco clarão de uma vela que unica então ardia naquelles funebres lugares : e por esses motivos não nos pôde ministrar dados bem positivos, e nos revelar cousas que bem dignas sejam de inteira confiança¹²³.

Procedimento feito, portanto, em local e tempo inadequados (*na Igreja 24 horas depois da morte, quando a putrefação já accommetia o corpo*), sob pressão, sem a demora que se exige para uma perícia minuciosa (*foi feita á pressa, no momento de entregar o cadaver a sepultura*). Isso ocorria em um ambiente desfavorável (*ao fusco clarão de uma vela que unica então ardia naquelles funebres lugares*). Esses aspetos feriam a *positividade* da necropsia que, bem conduzida, podia revelar “cousas que bem dignas sejam de inteira confiança”¹²⁴. Acaso ocorresse ao menos em “tempo oportuno”

¹²¹ Ibidem, Relatório. Ano II, nº III, 1843.

¹²² Idem.

¹²³ Ibidem, Constituição medica ou moléstia reinante. Ano II, nº IV, 1843.

¹²⁴ Idem. Ano II, nº IV, 1843.

— para aqueles médicos deveria acontecer, no limite, entre 6 e 10 horas após a morte — aquela exumação se mostraria capaz de fornecer “revelações muito importantes”¹²⁵.

Em todo caso, o exercício da cultura anátomoclínica era política. Desde cedo, a *SMP* e o *CGSP* buscaram, alegando sua vocação social, agregar vantagens à prática regular de necropsia, tanto para o campo médico quanto para todo o corpo social. Já é sabido, por exemplo, que a *SMP* reivindicara às autoridades da Província, em seu discurso de instalação, a influência de uma medicina legislativa na consecução de leis de natureza penal, cível e administrativa. Também foi marcada a insistência do *CGSP* na regulação burocrática das exumações, dispositivo capaz de operar uma efetiva atribuição de *causa mortis*. É verdade que seu presidente se queixaria, durante sua longa gestão, de inúmeros empecilhos efetuados por uma cultura, que tinha no monopólio da violência um dos seus feixes. Mas entre um e outro assunto que ocupavam seus relatórios, Aquino Fonseca informava que “diversos exames judiciaes, requeridos pelas Authoridades, tem sido feitos”¹²⁶, e no mesmo ano de sua fundação, fazia notar que “alguns casos de envenenamentos [...] tem já apparecido entre nós”¹²⁷.

Assim, a cultura dissecatória espelhava o “corpo social” a partir do corpo humano. A dissecação não só permitia o diagnóstico e tratamento dos indivíduos como, também, diagnosticava e procurava tratar o campo social. Os envenenamentos indicavam “que os nossos Phamaceuticos são pouco esxrupulosos na distribuição e venda de remédios activos”, e que os mesmos desconsideravam, em sua prática, o “receituário medico, ou cirúrgico”. Os exames acusavam tanto quanto alarmavam. Num deles, a porção de veneno submetida para análise química, e que fora “encontrada

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ *Colleção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

¹²⁷ Idem.

no bahú de um individuo, filho família, e que se acha preso na Cadeia desta Cidade, pesava 27 oitavas ;[sic]”, quantidade que o médico responsável pelo exame afirmava ser “sufficiente para a destruição de um grande numero de pessoas, visto ser esse um dos venenos que, em mui diminuta dose, produzem morte com rapidez”. A partir destes casos, o *CGSP* exigia medidas que acabassem com o “estado de relaxação continua”, fazendo desaparecer, dessa forma, os “abusos”¹²⁸.

A mesma positividade era alcançada nos outros exames judiciais. “Dentre elles”, discriminava Aquino Fonseca,

cabe fallar no que se procedeu no lugar do arraial por ocasião da exumação de um cadaver que ali fora enterrado , e no cranco desse mesmo cadáver, que havia sido trazido para a Cidade e fôra depositado no quartel de Policia pelo Delegado Supplente ; resultando desses dous exames que o cadaver era o mesmo que se suspeitara ter sido assassinado , havião quatro ou cinco mezes, e confirmado ao depois as deposições da família do morto tudo quanto disserão os Facultativos , que procederão aos exames¹²⁹.

O que esse exemplo pode ensinar é o seguinte: em função de seu poder de marcar, em dado conjunto de probabilidades, aquele que coincide com a *causa mortis* e suas circunstâncias, a exumação se define como um *dispositivo produtor de verdade*. Do ponto de vista legal, a necropsia potencializava a instauração efetiva de processos penais, posto que seu saber poderia afirmar ou contestar a existência de um crime, de uma vítima e de um culpado.

Em parte por ser uma instância interventora, o *CGSP* não se demorava em descrições sobre as dissecações. Não era o caso da *SMP*, que detalhava o procedimento e o que se podia ver. Nas descrições dos órgãos, como aquela que teve lugar na ocasião da morte de um delegado, em Recife, os médicos procuravam registrar, dentre outros aspectos, seu volume (*o figado era de volume enorme*), consistência (*apresentando*

¹²⁸ Idem.

¹²⁹ Idem.

vários pontos amolecidos, como em supuração), a resistência de seus tecidos (*em um dos quaes penetrava um dedo, e nelle havia pus*), e as lesões e inflamações a que se achavam submetidos (*junto ao orifficio pylorico havião duas ulcerações, e no pericardio vestigios de irritação*)¹³⁰. A mesma obsessão descritiva cercou a observação do coração do funcionário público (*o coração em suas auriculas estava com atrophiado, cujas paredes estavão molles, lassas, e mui distendidas, formando uma especie de sacco*)¹³¹. Isso testemunha que, para os médicos lotados na Província de Pernambuco, a dissecação é marcada pela moderna soberania do olhar, sua prática é exercida por profissionais com disposição adquirida, pouco antes do Oitocentos, para observar.

Quem quer que folheie os *Annaes de Medicina Pernambucana* irá se deparar, portanto, e com uma freqüência mais que regular, com assertivas do tipo “uma observação atenta deverá demonstrar”¹³², “a observação nos mostra todos os dias”, ou ainda “a observação pouco favorável [...]”¹³³. Elas não se referiam, em sua totalidade, a observações sobre a fisiologia humana. Dirigiam-se, muitas vezes, ao organismo sócio-cultural, já que, nos enunciados médicos, sociedade e cultura figuravam como uma espécie de corpo, sobre o qual o médico exercia sua observação, fosse para lhe prescrever posturas (como quem prescreve uma dieta a um convalescente), ou para lhe coibir, moralmente, como através de sanções legais.

Foi a extensão do olhar produtor de saber para o domínio da cultura e da sociedade que habilitou a medicina como a mais social de todas as ciências. E a influência que seus profissionais lhe emprestava, para a elaboração das leis penais e

¹³⁰ *Annaes de Medicina Pernambucana*, Constituição medica ou moléstia reinante. Ano II, nº IV, 1843.

¹³¹ *Idem*.

¹³² *Ibidem*, Das affecções uterinas, e de sua frequencia em Pernambuco. Ano II, nº V, 1843.

¹³³ *Ibidem*, Constituição medica ou moléstia reinante. Ano II, nº IV, 1843.

para determinação de seu alcance e aplicação, já testemunhava, em si mesma, seu indisfarçável desejo de construir uma relação íntima com a ordem política. De qualquer modo, a urdidura doença/revolução oferecia uma leitura alternativa à posição que os chistes de 1829 sustentaram sobre o ato médico e a morte: aqui(1829), a imperícia fazia do médico um assassino tão voraz quanto a revolução; lá (na década de 1840), sua função se desloca para o de analista capaz de enxergar, no próprio fervor revolucionário, a origem da doença.

Demonstrei, é verdade, que esta percepção não encontrava unanimidade entre os médicos associados a *SMP*. Havia divergência em torno dos significantes *Ordem*, *Revolução*, *Civilização*, e mesmo sobre a experiência escravista. A *SMP*, como um todo orgânico, que representava a vontade de seus membros, nunca existiu. O que importa guardar, aqui, é que, a partir da década de 1840, os médicos, dispendo de uma associação científica e de uma maquinaria de imprensa, falam por si, constroem representações, estabelecem prescrições, difundem enunciados. E, diante de um vastíssimo campo que se abria a seu alcance e observação, desejavam muito mais que um discurso armado.

CAPITULO IV

Normalizando um campo

4.1 Constituição Médica e tecnologia

Concomitante ao discurso, toda uma atividade tecnológica começa a se operar. Neste particular, a produção das *Constituições Médicas (CM) ou Moléstias Reinantes*, alcançou, em função de seu imperativo científico, um lugar diferenciado entre o núcleo central das atividades da *Sociedade de Medicina de Pernambuco*. Conhecê-las e determiná-las, “formão talvez”, escrevia Mavignier, “a parte mais importante do estudo e meditações do médico, que deseja instruir-se na sciencia que professa”¹. Da mesma forma que para outros procedimentos praticados, os médicos faziam de Hipócrates o fundamento das *CM*, sob a condição de banhar a atualidade de sua ação, com uma luminosidade antiqüíssima; é nele que se reconhece “os sublimes preceitos”,

¹ *Annaes da Medicina Pernambucana*, Constituições médicas ou moléstias reinantes. Ano I, nº II.

a recomendação que conhecessem a “constituição physica do paiz”, e ação desta, sobre a “economia animal”².

Na prática tratava-se, em todo caso, da produção e documentação sobre a relação entre dois fenômenos. De um lado, a *constituição física do país*: as direções e qualidades dos seus ventos, suas diferentes estações, os graus que a temperatura podia alcançar, a densidade atmosférica, o volume das chuvas, a umidade do ar. De outro, a *economia animal*: o organismo humano fisiologicamente assinalado, e que acusa certo estado de equilíbrio entre seus órgãos capaz de conservar a saúde. A relação entre um fenômeno e outro é costurada a partir de uma teoria sobre os *modificadores*.

Sabe-se que os modificadores externos exercem sobre a economia animal a maior influencia: que estando elles em acção, nossos órgãos passam por varias alternativas e recebem multiplicadas alterações; as quaes, segundo o gráo de intensidade da influencia dos modificadores, sendo levadas a ponto exagerado, constituem as molestias, porque então rompe-se o equilibrio em que estão os órgãos, e a harmonia das acções e influencias de uns sobre os outros³.

Pressuposto, assim, um estado fisiológico no qual o organismo humano apresentasse certo equilíbrio entre seus órgãos. Eram considerados *modificadores* toda força que, lhe sendo externa, fosse capaz de romper esse equilíbrio, oferecendo, desse modo, as condições de possibilidade da doença. O composto físico de um país, ou de uma Província — em todo caso, durante o dezanove o primeiro termo será usada como equivalente da segunda —, assumirá, prioritariamente, natureza *predisponente* e a moléstia será considerada um efeito da ação dessa constituição.

A observação era a atividade capaz de por em relação os modificadores e a economia animal, posto que permitia o registro das influências e alterações que os primeiros causavam sobre a segunda, e das doenças que, a cada contrato efetuado entre

² Idem.

³ Idem.

as partes, se manifestava. Isso permite duas considerações: primeiro, para os médicos, esse contrato não era um dado evidente, não estava “às vistas”, nem podia ser descrito por qualquer pessoa; eram aos médicos que os fundamentos hipocráticos se dirigiam, somente a eles. Foi por isso que um dos médicos lotado na *SMP* lamentava que “[...] esse trabalho te[nha] talvez merecido pouca atenção dos médicos que entre nós não exercido a profissão”. Por se tratar de uma associação médica, que a *SMP* buscou “[...] tomar sobre si a continuação de tal empresa [...]”⁴. Por outro lado, somente os médicos podiam ser censurados pela indiferença a esse imperativo. Tratava-se, por isso mesmo, de fazer funcionar uma observação cientificamente conduzida.

Essa cientificidade significava que as *CM* deveriam ser produzidas por um olhar que, de partida, não se sujeitasse a quaisquer sistemas, fossem eles teóricos ou doutrinários: estes passam, “como as gerações e as idéas dos homens”. O domínio em que as *CM* se teciam, era baseado, ao contrário, pela observação criteriosa capaz de produzir acúmulo empírico: “os factos, que forem bem observados e examinados com critério e sem preocupações, permanecerão sempre, e em todos os tempos serão os fundamentos inabalaveis da sciencia”⁵. Entre a teoria e a observação, era marcada, assim, uma distinção, onde a primeira se fazia conhecer por sua fluidez, pela vida efêmera que encerrava em si, e a segunda, ao contrário, pela imutabilidade que lhe parecia inerente, por sua perene capacidade de acumulação⁶.

⁴ Idem.

⁵ Idem *Pernambucana*, Constituições médicas ou moléstias reinantes. Ano I, nº II, 1842.

⁶ A percepção sobre o caráter negativo da teoria ou da doutrina e o papel fundamental da observação para a medicina, ganhava relevo dentro e fora da competência médica, como se pode perceber a partir da afirmação do Padre Lopes Gama: “De varias observações, e experiencias pouco a pouco se foi formando a Medicina: mas o desejo de simplificar os meios, e de reduzir tudo á unidade, desejo alias mui natural ao espirito humano sempre fraco, e limitado, induzio a muitos a escogitarem systemas exclusivos, e a lançarem mão de certas drogas, que apregoarão como especificos para curar toda, e qualquer enfermidade” (GAMA, 1983, s/p).

Não se tratava, portanto, de um mero olhar. Os fatos precisavam, antes de tudo, ser bem observados. O olhar devia se revestir de uma qualidade que assegurasse a observação, seu estatuto de positividade. E, em certos casos, esse seu poder deveria anular conclusões teóricas: José Joaquim de Moraes Sarmiento confessava que o observado em sua prática diária, além de diferir de sua expectativa antes de chegar a província de Pernambuco, se firmava “sem duvida contra as deducções theoricas de quantos tem exercido a medicina nas zonas temperadas”⁷.

Desse modo, essa primeira reação do olhar à doutrina — ou teoria, já que no nível em que a crítica se exercia, as duas se confundiam — revela, antes de tudo, uma indisposição contra os efeitos desta, contra a relação viciada que alguns médicos com ela mantinham. Nestes, as doutrinas eram tomadas, *a priori*, por *excelentes*. Pressuposto este que dava lugar a seu uso indiscriminado e permitia a mesma revestir-se de uma validade que prescindisse de uma caução empírica. Isso quase sempre resultava em diagnósticos e ações terapêuticas funestas. Assim, era possível, na ausência de uma reflexão demorada e atenta diante dos sintomas, que médicos respaldados unicamente em suas concepções teóricas — diversas e divergentes, em todo caso —, diagnosticassem como “cancro um ponto inflammatorio, ou mesmo uma pequena escoriação da mucosa da vagina ou do colo uterino”⁸. Parecia certo, aos partidários da preeminência da observação, que as doenças não produziriam tantos óbitos, “se por ventura fossem em tempo opportuno combatidas por uma therapeutica judiciousa e apropriada á natureza da enfermidade”⁹.

O desejo expresso, por médicos, “que ao leito do enfermo [eles fossem] menos theoricos talvez, porem mui circumspectos, mais observadores e muito mais praticos

⁷ Ibidem, Relatório. Ano II, n° V, 1843.

⁸ Ibidem, Ano II, n° IV, 1843.

⁹ Ibidem. Constituições médicas ou moléstias reinantes. Ano II, n° V, 1843.

ainda"¹⁰, indicava a observação como único procedimento capaz de produzir uma *justa diagnosis*¹¹. Desta forma, era necessário, primeiramente, conhecer a essência das doenças e dos órgãos aonde as mesmas vão se alojar e determinar aqueles outros pontos do organismo que, estabelecendo alguma espécie de comunicação “simpática” com sua sede, se acharão influenciados pelas moléstias. Estabelecido este “consenso”, era possível “por certo melhor calcular o tratamento que será mais apropriado á natureza do mal e do enfermo”¹².

Numa só palavra, a subordinação da teoria à produção de um correto diagnóstico, uma terapêutica eficaz, tudo concorria, a partir da observação, para que o cuidado médico fosse capaz de apresentar feliz resultado. O bom funcionamento destes três elementos dependia da capacidade de cada médico em urdir uma conexão entre aqueles elementos e *dados da observação*. Nexo este que deveria ser mediado por uma operação racional, permitindo a identificação da doença e a indicação do curativo adequado a cada caso. A observação era diretamente responsável pela transformação do médico em *perito*. Foi por esse motivo que o doutor Mavignier constatava,

¹⁰ Idem.

¹¹ A polêmica protagonizada pelos doutores José Joaquim de Moraes Sarmento e Joaquim d’ Aquino Fonseca, que ocupou boa parte do último número dos *Annaes* atesta essa questão. Ambos estavam interessados em determinar as causas das afecções uterinas que vinham acometendo, com notável frequência, as provincianas. As observações de um e outro apontavam, no entanto, causas distintas. O debate é interessante, pois mostra formas distintas de se atribuir aos diagnósticos certa cientificidade. Fonseca quis garantir a positividade de suas observações invocando, de forma geral e vazia, sua qualidade imprescindível: “uma observação atenta deverá demonstrar que [...] as raparigas que habitão nos conventos não são sujeitas á affecção cancerosa do utero, porque ali soffrem continencia forçada [...]” Sarmento, a seu turno, dissecou o processo de produção das observações para destacar a função dos *intercessores* (DELEUZE, 1996)(Esta referência a está solta, parece que o autor analisou os procedimentos de Sarmento- o sentido não seria esse – ... destacar a função do que Deleuze denomina de intercessores?) Trata-se, nesse caso, de pessoas (autores de manuais, pacientes), instrumentos, tecnologias, teorias, métodos, agentes, numa só palavra, que combinados atuam na determinação do seu grau de legitimidade, aceitação e adesão¹¹. Qualquer que fosse a estratégia argumentativa, seus enunciados urdiam-se uns aos outros como que satélites atraídos e orbitando em torno da prática da observadora.

¹² *Annaes da Medicina Pernambucana*, Constituições médicas ou moléstias reinantes. Ano II, n° IV, 1843.

pesaroso, que “a observação já podia ter feito pensar melhor sobre os métodos de tratamento que neste país devem, geralmente falando, produzir melhores efeitos”¹³.

Tem-se, aí, um bom exemplo de como a assinatura hipocrática funcionava como um dispositivo que mascarava a atualidade do tipo de observação que os médicos punham em atividade. É verdade que foi nos princípios da fisiologia que os médicos colhiam as diretrizes norteadoras do olhar; “fundamento de toda a medicina, [ela] deve ser a bússola, que deve dirigir o médico em todas as investigações, em todos os trabalhos que disserem respeito ao homem”¹⁴. Mas esta fisiologia não dava conta dos mesmos objetos e espaços, não os punham em relação da mesma maneira que a hipocrática. Essa justaposição entre a doença e o órgão não é “nem a primeira, sem dúvida, nem a mais fundamental” (FOUCAULT, 2004, p. 1).

Em todo caso, a simples suposição dessa justaposição, o próprio apego aos critérios fisiológicos, a consideração nevrálgica da *CM* (diferentes acordos entre os fenômenos físicos de um país e a economia animal), todas essas coisas eram animadas, subterraneamente, por uma doutrina ou teoria. Talvez tenha sido por isso que o desejo de rompimento radical com os sistemas teóricos tenha sofrido, com a continuidade das *CM*, um arrefecimento. A doutrina terá, pouco a pouco, seu estatuto deslocado: médicos notavam que as considerações sobre o câncer de útero, ainda que fossem tributárias da prática, estavam ajustadas “conforme os seus princípios da ciência, e que os grandes mestres de saber profundo, e prática mais extensa e esclarecida ensinão [...]”¹⁵. Admitia-se cada vez mais uma distinção complementar entre os *princípios da ciência* e os *fatos conhecidos*, e que a observação bem conduzida permitia iluminar questões “quer theorica, quer praticamente considerada”. Era reconhecido, finalmente,

¹³ Idem.

¹⁴ Idem.

¹⁵ Ibidem. Ano II, nº IV, 1843.

que a medicina, como qualquer outra ciência, lidava com problemas que a prática não pode esgotar completamente¹⁶. No fundo, os médicos passaram a admitir que não era possível dispensar as considerações teóricas. Tratava-se muito mais de limitar seu alcance e direção a partir dos fatos que a observação viesse atestar. A observação funcionava, portanto, como “arbitra imparcial ainda da mais seductora theoria”¹⁷.

O deslocamento que o papel da teoria experimentou foi possível, em parte, porque não se podia desconsiderar que a observação oferecia o material próprio para a formação das doutrinas. Nesse sentido, a percepção de alguns médicos sobre os curativos é exemplar. Tais médicos, “esclarecido[s] pela physiologia”, sustentavam a necessidade de observar a disposição no uso dos medicamentos. Primeiramente, em termos de sucessão ou antecedência: a observação dos catarros e bronquites mostrava que a melhor intervenção seria, “*sem duvida* [grifo meu] o anti-phlogistico, executado com a energia e a circumspecção que a prudência pede e sciencia dicta, coadjuvado dos paregóricos, dos eméticos, já em dóse vomitiva, já em alta dóse, seguido ou acompanhado, segundo as circumstancias, dos vesicatórios e mais repulsivos externos”¹⁸. No caso das febres, principalmente aquelas agravadas por complicações no sistema nervoso, as emissões sanguíneas são administradas primeiro do que os anti-periódicos. O uso destes devia aguardar “tempo e ocasião opportuna” e seria seguido, caso a necessidade exigisse, pela administração dos purgantes¹⁹.

A correta forma de dispor dos medicamentos exigia, em segundo lugar, a observação do estado da doença, do modo como se efetuava sua marcha. Por exemplo, nas inflamações do fígado, o combate do “estado irritativo e phlegmasico” devia

¹⁶ Idem.

¹⁷ Ibidem, Resposta. Ano I, n° I, 1842.

¹⁸ Ibidem, Relatório. Ano II, n° V, 1843.

¹⁹ Ibidem, Relatório Ano II, n°, III, 1843.

preceder o uso de "anti-periodicos", laxantes e "preparações ferruginosas", posto que de nada adiantaria "administrar "evacuantes" ou "revulsivos" antes de sua declinação, já que não é desejável tratar de nenhum outro sintoma que a "phlogose"²⁰. Assim, não havia, de partida, um fator benigno ou maligno nos curativos. Era a evolução da doença que efetuava essa discriminação: calomelanos eram considerados benéficos somente após a ultrapassagem do momento crítico de um mal. Aministrado quando a moléstia se mostra aguda, aquele curativo "vai exarcebar ainda mais os órgãos, e fazer com que a molestia seja invencível"²¹.

São essas disposições que, formadas a partir do que a observação acumula, se transformavam em doutrina, podendo guiar o uso dos curativos sem a necessidade de uma atividade ininterrupta do olhar. Mas fossem quais fossem os motivos que levassem os médicos a reconsiderar sua relação com a doutrina, a mutação de sua percepção nunca deixou de isolar as doutrinas consideradas "exclusivas" ou "falsas". As últimas não estavam alicerçadas "sobre os solidos principios das sciencia, e nem tão pouco esclarecid[as] pela luz da physiologia"²², e as primeiras não contavam com um "crescido numero de resultados felizes"²³. De qualquer modo, o olhar, que aconselhava um "combinado" entre os curativos, de acordo com as "circunstâncias", retirava a doutrina de seu ostracismo para lhe reservar um papel secundário.

Isso não significou, contudo, que os limites da observação não fossem assinalados. Alguns médicos reconheciam que havia sempre um "*quid*" que lhe escapava. Era o caso das erisipelas, não se podia admiti-las como um resultado direto das altas temperaturas, nem das inflamações dos órgãos que com a pele apresentassem

²⁰ Ibidem, Constituições médicas ou moléstias reinantes, Ano II, n° III, 1843.

²¹ Ibidem, Ano II, n° V, 1843.

²² Ibidem, Relatório, Ano II, n° IV, 1843.

²³ Ibidem, Relatório, Ano II, n° V, 1843.

"estreitas sympathias" ou, mesmo, das inflamações crônicas das vísceras²⁴. E ao limite da observação se avizinhava outro, o da própria medicina. Mesmo que fosse possível observar os modificadores predisponentes, não havia como estender o rigor do olhar para as "mil circunstancias"²⁵ que modificavam a marcha das doenças, fazendo com que o empenho que muitas delas exigiam, para que pudessem se revelar, fossem superiores "aos recursos da arte"²⁶.

Em todo caso, a observação era julgada menos pelos fenômenos que o olhar não pudesse cobrir e mais pela qualidade, critério e rigor dos elementos que conseguisse alcançar. E cada um desses aspectos se credenciava a partir dos *mediadores*: a observação científica encontrava o seu limite e a sua força na série de instrumentos que se alojavam no espaço que marcava a distância entre o olho e o fenômeno, com a condição de trazer para perto sua manifestação e projetar luminosidade à ordem que se manifestava invisível. As *CM* são o efeito geral do cruzamento de observações que os mediadores singularizam e qualificam: *observações barométricas, observações higrométricas*.

Se os mediadores imprimem sua marca à observação, para com isso oferecer uma espécie de selo de qualidade, era porque os médicos acreditavam em seu poder de garantir "aquella exactidão que o objecto [o fenômeno] requer". Era assim que o higrômetro de Saussure permitia estabelecer os limites da oscilação do grau de umidade da cidade, "sem temor de erro grosseiro"²⁷. Sua exatidão podia ser atestada, ainda, por seu resultado convergente com a teoria: os dados que produzia confirmavam a tese de Humboldt sobre a margem mínima de oscilação do instrumento em terras

²⁴ Ibidem, Constituições médicas ou moléstias reinantes, Ano II, n.º, III, 1843.

²⁵ Ibidem, Observações metereológicas, Ano I, n.º, II, 1842.

²⁶ Idem.

²⁷ Ibidem, Ano II, n.º, V, 1843.

tropicais e sobre a natureza regular da mesma²⁸. Mas aí se tratava de uma tautologia; as afirmações do barão eram, elas mesmas, um resultado do uso do mesmo tipo de instrumento. Em todo caso, essa capacidade dos mediadores não era intrínseca, mas garantida em função de uma série de aspectos:

Os instrumentos de que me servi merecem toda a confiança, não só porque todos elles forão construidos por artistas illustres, e porque o barometro e o thermometro comparados com os mesmos instrumentos do Observatorio de Paris só differião em decimais de millimetro tão pequenas que se podem desprezar, mas tambem porque comparados aqui com outros instrumentos não houve differença que se pudesse attribuir a desarranjo na viagem"²⁹.

Os instrumentos deveriam ser marcados, portanto, por uma *assinatura* (de um dos *artistas illustres*), e afiançados por seus congêneres: centros de saber tomados por excelentes (*Observatorio de Paris*) e por outros tantos existentes num mesmo campo de observação. Isto, na opinião dos médicos, garantia que causas fortuitas (como seu *desarranjo*, em função da viagem) não tinham comprometido sua capacidade de produzir leituras precisas. No caso da assinatura como credencial, sua definição deve ser dilatada. Ela cobre tanto a validação dos seus fabricantes, quanto o uso que observadores, de notório reconhecimento, fizeram dos instrumentos. O Dr. Sarmiento, por exemplo, fazia questão de afirmar a posse de instrumentos antes utilizados pelos senhores Bousseingault e Pelouze, observadores lotados, dentre outras instituições, na “Academia de Sciencia da França”³⁰.

Os instrumentos eram credenciados, ainda, a partir da descrição das circunstâncias que cercavam seu uso. Isso certamente se dava para enfatizar a presença de critérios norteadores da produção das *CM*. Eram registrados os locais na cidade onde as medições ocorriam (*o lugar para estas observações foi a casa da minha*

²⁸ Ibidem, Seis meses de observações metereológicas em Pernambuco. Ano II, n°, V, 1843.

²⁹ Ibidem, Ano II, n°, IV, 1843.

³⁰ Idem.

*residencia, que na verdade se acha bem situada para tal objecto*³¹), suas respectivas latitudes (*os instrumentos [...] ficam três metros acima da altura media das marés de nosso porto [...]*)³² e o número de medições ao dia³³.

Legitimados, os instrumentos mediam fenômenos que, uma vez identificados, eram registrados em quadros isolados por colunas e traduzidos através de legendas que informavam o modo como o quadro deveria ser lido, indicando os critérios que guiavam a disposição dos fenômenos e explicavam as razões para omissão de um dado determinado. Tudo se passava como se na própria *legibilidade* consistisse a *veracidade* do que se mostrava. Logo em seguida e fora do quadro, eram estabelecidas as relações de cada fenômeno com os demais. Essa articulação permitia aos médicos prever o acordo meteorológico de cada estação ou quadra. É claro que a exatidão das observações podia ser, sempre, comprometida: o instrumento, por motivos vários, podia apresentar defeito e sua perfeição anulada pela “inhabilidade do operador ou crassos erros de calculo”³⁴. De qualquer modo, a partir dos mediadores, boa parte das *condições de cientificidade* estava dada.

A investidura de critérios científicos habilitava o olhar na busca de *regularidades* no entrecruzamento dos modificadores predisponentes. Havia de partida, uma regularidade intrínseca a cada um deles. Sobre os ventos do país, por exemplo, podia-se afirmar que alguns são frios, úmidos e tempestuosos como os S. e SSE. e sua substituição pelos SE., E, ou mesmo ENE., causava catarrhos e bronquites³⁵. A temperatura, quase sempre alta predominava, mesmo no inverno, subjugando os outros

³¹ Idem.

³² Idem.

³³ Idem.

³⁴ Ibidem, Constituições médicas ou moléstias reinantes, Ano II, n^o, IV, 1843.

³⁵ Ibidem, Ano II, n^o, V, 1843.

modificadores. Afirmava-se, ainda, que, em parte, a generalização das febres intermitentes se relacionava com a pluviosidade³⁶.

Sabe-se, assim, que o encontro dos modificadores fazia emergir uma situação específica, mas sob a condição da influência de um sobre o outro: [...] alguns deles "abrandão a intensidade do calor, e mitigão a sensação incommoda que este produz, adoção poderosamente os ardores do sol neste clima equatorial"³⁷. É o mesmo aspecto que se faz notar, a partir da percepção geral sobre as hierarquias entre os modificadores, que cada estação era capaz de determinações. A observação relatada, em 1844, fazia saber que "a temperatura pois predominou, pouco variável, teve sempre subordinados á sua influencia todos os outros phenomenos metereológicos"³⁸.

O acordo entre os modificadores também produzia regularidades. A partir de circunstâncias específicas, que se podia notar a cada quadra ou estação, era possível observar a emergência de uma ou de outra doença. O grau de intensidade dessa relação explicava a agressividade ou o modo arrefecido de sua manifestação. Assim, o acordo entre a elevação da temperatura, a mudança dos ventos, o alto grau de umidade, e o ar pouco agradável do verão de 1842 tornou-se responsável pela persistência das irritações gástricas. Dado a esse estado de coisas, será uma característica regular, desta estação, a baixa incidência dos casos de tuberculose, posto que o predomínio da alta temperatura "não permite que a inflammação branchica penetre mui profundamente, e além das primeiras ramificações dos brachios"³⁹. No inverno, por sua vez, se notará um aumento das complicações das vias aéreas, e era esperado, com o seu progresso, cada

³⁶ Ibidem, Constituições médicas ou moléstias reinantes Ano I, n°, II, 1842.

³⁷ Ibidem, Ano II, n°, III, 1843.

³⁸ Idem.

³⁹ Idem.

vez mais casos de reumatismo⁴⁰, ao contrário das doenças de fígado, de emergência mais rara na estação⁴¹.

Isso significa que a observação produzia, então, as *leis* de emergência do patológico. Se as irritações são próprias do verão é porque, justamente naquela época, modificadores específicos aumentam sua atividade, intensificam sua ação. Em decorrência, “a stase, ou concentração do sangue nos órgãos internos pronuncia-se muito sensivelmente, e torna essas visceras ainda mais irritáveis, e sujeitas a inflamações”⁴². E era sabido que “[...] os modificadores, que mais influencia tem sobre o fígado”, no inverno “obróo com menos enegia”⁴³. Não se deixará de notar, em contrapartida, sua influência nas doenças das vias aéreas, já que encerram, em si, “condições próprias para o desenvolvimento da[quela]s molestias [...]”⁴⁴.

As *CM* oferecem assim, as *condições de possibilidade* da moléstia e evidenciam as leis que regem seu aparecimento. A economia animal, sensível às mudanças de acordos entre os modificadores predisponentes, rompe o seu equilíbrio interno, ocasionando a emergência do mal. Assim era que, uma “[...] estação invernososa [...] quente e humida, e pouco variável [...], precedida de um verão quente, algum tanto humido, chuvoso e tovejado”⁴⁵, fazia ocasião para as doenças respiratórias, ou, de outra forma, desde que a temperatura caía ou varie, que a humidade se eleve, e que e que os ventos soprem mais frios e úmidos, os práticos se depararão com catarros”⁴⁶, ou ainda que, a partir da saída de cena e da permanência de alguns desses modificadores, a “descida da temperatura”, ao se relacionar com “certo gráo de

⁴⁰ Ibidem, Constituições médicas ou moléstias reinantes, Ano II, n.º, IV, 1843.

⁴¹ Ibidem, Ano II, n.º, V, 1843.

⁴² Ibidem, Ano II, n.º, III, 1843.

⁴³ Ibidem, Ano II, n.º, V, 1843.

⁴⁴ Ibidem, Ano II, n.º, IV, 1843.

⁴⁵ Ibidem, Ano I, n.º, II, 1842.

⁴⁶ Ibidem, Ano II, n.º, III, 1843.

humidade”, se tornasse o agente motivador das febres intermitentes⁴⁷. Mas quais são as condições próprias para produzir as *CM*? Que procedimento é esse, e do que se mune? Quais os elementos que os cercam?

Certamente, o olhar mantém sua primazia. As *Constituições Médicas* são um efeito de suas novas propriedades (FOUCAULT, 2004). Estas, são, certamente, efeito de uma episteme médica em tudo moderna, marcada pela soberania do olhar. A relação entre economia animal e fenômenos físicos só é possível porque estes dois aspectos se oferecem ao olhar, ainda que em níveis diferentes, da mesma forma que os corpos para observação. Buscar-se-á, no estado físico de um país, elementos análogos aos que se encontram no corpo humano: massa, volume, contorno, densidade, alguma coisa equivalente aos órgãos e suas dependências recíprocas. Higrômetro e barômetro terão um funcionamento similar ao bisturi. Com esses instrumentos, a constituição física de um país será seccionada para evidenciar que, na economia animal, um órgão lesionado é resultado da doença, mas sob a condição primeira da moléstia ser um efeito dos fenômenos meteorológicos. O olhar científico e instrumentado é capaz de discriminar os acordos e regularidades que resultam desse processo.

Daí que a observação discrimina, de saída, a alternância regular entre duas estações, quais sejam, o verão quente e seco, com suas chuvas raras, e o inverno quente e úmido, abundante em chuvas. Em ambas, a temperatura figura como elemento predominante. No inverno, seu grau diminui um pouco e deixa a umidade elevar-se, para agir livre, mas no verão, em função da pouca chuva, a temperatura terá sua liberdade cerceada. Assim, o que caracteriza uma estação não são os elementos que não se pudessem notar em outra estação, mas a intensidade, a regularidade e a combinação desses elementos. Era notável, por exemplo, que no verão também havia

⁴⁷ Idem.

chuvas, aguaceiros que não "cessarão inteiramente", mas são "menos abundantes do que durante o inverno". Era registrado, também, "certo grão de humidade [que] acompanhava as chuvas, mas nunca se elevou á altura a que chegou durante a estação invernososa"⁴⁸. Essa estação recebia as chuvas(?) numa "quantidade regular para fazer bem conhecer a estação [...]"⁴⁹.

O olhar sabe, pela experiência, que não somente o verão e o inverno diferem como estações, mas que cada inverno e cada verão são distintos entre si. Uma das funções, que a observação se atribuía, era a medição dos ganhos e das perdas intensivas entre as quadras irmãs. Isso constituía as estações como *singularidades* (o inverno de 1843, *inquestionavelmente mais rigoroso que em o anno passado*⁵⁰/o verão *precedente* [...]), cujos traços atuam, do início ao fim, para desequilibrar a economia animal: "o caracter proprio da quadra se observa na quasi totalidade dos casos; pois que todos os doentes offerecem symptomas mais ou menos pronunciados de afecção de todo o aparelho biliar"⁵¹.

Da singularidade das quadras, era até mesmo possível desenhar certo jogo sucessório entre as estações, não como regra "infalível", admite-se, mas, em todo caso, pouco contrariada: um inverno rigoroso era sucedido por um verão onde se podia notar a proliferação de doenças "devastadoras" e que parecia ser a condição para uma estação invernososa menos agressiva⁵². O mesmo jogo podia ser registrado de seus elementos em relação às quadras: "os ventos, que mais reinarão", notar-se-á em um

⁴⁸ Ibidem, Ano II, n°, III, 1843.

⁴⁹ Idem.

⁵⁰ Ibidem, Ano II, n°, V, 1843.

⁵¹ Ibidem, Ano II, n°, III, 1843.

⁵² Ibidem, Ano II, n° V, 1843.

dos invernos, “primeiramente forão os de E. e SE, e depois os de SSE e só depois do equinocio voltarão para o E., e passando-se também ao ENE, e NE”⁵³.

Percebe-se em cada estação um andamento, uma marcha. Se havia certa constância dos elementos que a caracterizam e que não permitiam que fossem confundidas, ela não é, contudo, estática, o que a torna, em si mesma, um feixe de pontos singulares: no adiantado do verão, as noites podem ser mais agradáveis que no momento de sua entrada em cena, que quase sempre se faz acompanhar de erupções na pele como urticária⁵⁴, e se notará, em um dos primeiros anos da década de 1840, que “para o fim guardou-se a maior força do inverno que nesses dois ultimos mezes”. Inverno esse que, de março a julho, “apenas se anunciava”⁵⁵.

As estações experimentavam, pois, uma gradação de suas características, um afrouxamento ou recrudescimento do acordo: "o tempo mais proprio para o desenvolvimento das molestias agudas dos órgãos respiratorios ainda não é chegado, sem duvida virá com os ventos do S. frios, humidos e tempestuosos, e quando a oscillação da temperatura for mais sensivel e rapida, inda que haja pequena differença”⁵⁶. Era também em função disso que se podia observar que “com o progresso da estação [verão] algumas ophthalmias despontão”. Essa mobilidade interna do acordo exigia que a observação fosse capaz de acompanhá-lo e discriminá-lo, desde seu começo até seu termo final.

As *CM* registraram, casualmente, atrasos. Em relação ao inverno, apesar de o sétimo mês “seja aquelle em que commumente é mais rigoroso”⁵⁷, sua emergência em 1843, até ali, ofereceu somente o seu anúncio. As ventanias proverbiais também se

⁵³ Idem.

⁵⁴ Ibidem, Constituições médicas ou moléstias reinantes Ano II, n° III, 1843.

⁵⁵ Ibidem, Ano II, n° V, 1843.

⁵⁶ Ibidem, n° IV, 1843.

⁵⁷ Ibidem, Ano II, n° V, 1843.

demoraram: esperadas para aquele mês de maior rigor, sua chegada só seria registrada em fins de setembro. Mas a lenta manifestação das estações, ou de um ou outro modificador, não lhes retirava o caráter regular: as proverbiais, mesmo com demora, se apresentam com sua “costumada força e intensidade, direção e "estado hygrometrico"⁵⁸, e acompanhadas de chuvas que as tornam úmidas e frias. Assim, os observadores ressaltavam com alegria a “ordem” e a “regularidade” dos fenômenos em geral: “elles se succedem, com lentidão sim, mas de tal sorte concatenados, que um vem em consequência do outro”⁵⁹. O acordo entre os elementos não era rompido, posto que o atraso acusava apenas uma irregularidade de natureza cronológica. Internamente, os fenômenos de cada estação mantinham a sua constância.

O olhar descobria, para além da regularidade de cada estação e da relação única entre cada modificador, uma *comunicabilidade* entre as estações. Os fenômenos meteorológicos transitam entre uma estação e outra, fazendo com que as estações perdessem, momentaneamente, sua regularidade. Era verdade que, durante o verão, não se veria, de ordinário, problemas nos órgãos respiratórios. Mas desde que a temperatura caísse ou variasse, que a umidade se elevasse, e que os ventos soprassem mais frios e úmidos, os práticos se deparavam com catarros⁶⁰. Essa mobilidade por vezes impedia que se atribuísse a uma estação a responsabilidade por todos os males que nela se manifestassem,. O leque variado de doenças que se notava no verão de 1843, não se explicava apenas por sua alta temperatura, era preciso associá-las também às chuvas e, com elas, à queda do calor acompanhada "de um certo gráo de humidade"⁶¹.

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Ibidem, Ano II, n° IV, 1843.

⁶⁰ Ibidem, Ano II, n° III, 1843.

⁶¹ Idem

O que se discrimina, até aí, é uma comunicação que mantém a especificidade das estações e, a despeito da influência de uma sobre a outra, era ainda possível mantê-las encerradas em si mesmas. Existia, porém, uma época intervalar onde não era possível uma diferenciação entre os elementos de uma estação e outra, período em que os “phenomenos que distinguem a segunda [estação] da primeira ainda não estão bem pronunciados”⁶². Mas nem mesmo esse interstício sazonal não é subtraído da ordem regular dos fenômenos. Nele, tomava-se por admirável “o accordo que existe entre os phenomenos meteorológicos, desses poderosos modificadores, e as moléstias que por sua influencia se desenvolvem”⁶³ e que fazia pensar que “a quadra não venha a ser mui doentia”. Assim, se durante a sazão há “phenomenos accidentaes”⁶⁴, esses só rompiam sua regularidade de forma aparente. Tratava-se de uma estação tão ordeira quanto às gemais: “suas oscillações e variações nem tem sido muito frequentes, e nem mui exterminadas”⁶⁵.

Notava-se, em todo caso, uma reorientação, entre uma estação e outra, dos fenômenos meteorológicos: os ventos reinantes se tornam, do verão para o inverno, mais fortes, “mas poucas vezes impetuosos”; ventos terreos baixam o calor e aumentam a umidade⁶⁶. E essas rearticulações podiam, em algumas ocasiões, transformar seus produtos em elementos nocivos.

Este estado de cousas ameaçava-nos de invasão ou desenvolvimento de terrível epidemia á entrada do verão quando as aguas, de todo corrompidas, os sedimentos destas, e os depósitos de materias putridas, de que ja fallamos, exhalassem com a maior intensidade os miasmas pestilenciaes que ahi se formavão, e os outros focos miasmaticos com maior força lançassem na atmosphaera aquelles miasmas deleterios que tanto mal causão: tudo tudo fazia crer que esta cidade seria assaltada

⁶² Ibidem, Ano II, n° IV, 1843.

⁶³ Ibidem, Ano II, n° IV, 1843.

⁶⁴ Idem.

⁶⁵ Idem.

⁶⁶ Idem.

pelo typho maligno, epidemico, ou por outra epidemia de molestia não menos grave⁶⁷.

O aumento da pluviosidade, que o inverno oferecia, encontrava uma cidade com pouca ou quase nenhuma estrutura para o escoamento da água, facilitando seu represamento e seu contato com *matérias pútridas*, encontro este que ocasionava sua corrupção. A chegada do verão, por seu turno, permitia, com o calor, a evaporação dessas águas que, transformadas em veículo dos miasmas, colocavam a população sob a ameaça iminente de doenças como o tifo. Importante guardar que os *predisponentes* encontravam recursos em modificadores de outra espécie e eram esses encontros que permitiam aos médicos postular a tentativa de regular, como será enfatizado, outros fenômenos, além dos fenômenos naturais. Em todo caso, no âmbito próprio dos fenômenos até aqui descritos, as *CM* ocasionavam alguns efeitos interessantes.

Permitia a antecipação das doenças que as estações ofereciam indicação, fazendo da medicina uma *ciência preditiva*. Ora, os fenômenos meteorológicos de um país indicavam, primeiramente, quais as doenças possíveis de manifestação, mapeando, pelo mesmo movimento, as improváveis de se observar a ocorrência. Assim, médicos asseveravam, a partir da constituição física de Pernambuco, que "o typho, e nem tão pouco a febre typhoide [...] não pode explicar um pensamento medico"⁶⁸, mesmo que se pudesse reconhecer, em alguns enfermos, um conjunto de sintomas indicadores de seu caráter. A certeza sobre a possível manifestação de determinados tipos de males, que as *CM* diziam assegurar, permitia que a sintomatologia apenas produzisse uma "simulação" do tifo, nunca sua realidade efetiva.

⁶⁷ Ibidem, Ano I, n° II, 1842.

⁶⁸ Idem.

Dessa forma, tudo se passava como se os médicos, em seu apego ao estado físico da Província, momentaneamente ignorassem a ocorrência histórica da doença e a abertura das *CM* para o futuro, já que, asseguradas suas condições de possibilidade, a emergência de uma nova moléstia é, sempre, possível⁶⁹. As estações, como já registrado, ofereciam cada uma seu elenco de moléstias, que se definia mais em função de sua freqüência do que por uma exclusividade: “em todas as estações há moléstias”, dirá uma das últimas *CM* efetuadas pelos médicos da *SMP*; “porem algumas se desenvolvem, outras se agravão de preferencia em tal estação, do que em tal outra”⁷⁰. Pelo motivo já apontado (o acordo entre os fenômenos), médicos afirmavam, em outra ocasião, que “em o nosso pais, como em todos climas quentes, as irritações do fígado, e de todo o aparelho biliar, são mui freqüentes, mais no verão”⁷¹. E, se nesta mesma estação, era registrado um ressentimento no sistema nervoso, não se tratava de um fenômeno que o observador pudesse estranhar, uma vez já assinalada a “influencia que a temperatura elevada exerce sobre esse systema, e em particular sobre o cerebro, e a estreita sympathia que liga o encephalo com os órgãos digestivos”⁷². Em compensação, no verão se verá um acordo favorável para as doenças das vias aéreas, pois era com a “entrada do tempo invernos” que tais moléstias “vão atacando maior numero de pessoas”⁷³.

As estações permitiam assim, predições de caráter geral, a partir de conclusões gerais (*como em todos climas quentes/influencia que a temperatura elevada exerce sobre esse systema*). Permitiam ainda, uma antecipação da intensidade com a qual a doença se manifestaria, pois era fato do saber que, com “o adiantamento da estação,

⁶⁹ Ibidem, Em todo caso, o dr Sarmiento apresentou, em uma das *CM*, uma opinião mais arrazoada sobre a questão.

⁷⁰ Ibidem, Constituições médicas ou moléstias reinantes, Ano II, n° IV, 1843.

⁷¹ Idem.

⁷² Ibidem, Ano II, n° III, 1843.

⁷³ Ibidem, Ano II, n° IV, 1843.

irão aparecendo [moléstias] não menos graves, os quês infelizmente terão de terminar-se pela morte [...]”, e que dadas as condições gerais para as doenças próprias ao inverno, estas “irão em progressão quer em intensidade, quer em número, á medida que o inverno for ficando mais rigoroso”⁷⁴.

A predição era uma conseqüência, portanto, da regularidade geral que as *CM* assinalavam sobre os fenômenos observáveis, e que se manifestavam a cada quadra ou estação. Ademais, cada ocorrência era fraturada a partir do seu andamento, permitindo a espera de uma maior ou menor intensidade das moléstias a partir do fortalecimento ou recrudescimento do seu acordo. Essa capacidade preditiva reforçava, politicamente, a utilidade social da medicina, já que se tratava de uma ciência capaz de oferecer uma ação preventiva.

Por outro lado, se havia possibilidade de se efetuar uma *justa diagnosis*, é porque a regularidade, que conduzia as *CM*, formava, em relação à doença, uma espécie de *catálogo* de sua *possibilidade de manifestação*. Esse era um dos ensinamentos que se podia retirar da confusão entre o tifo e uma sintomatologia que nada mais permitisse que sua simulação. Partindo de um solo comum, o catálogo funcionava da mesma forma que a predição: ele reiterava a condição de possibilidade da doença, que, a primeira vista, parecia incapaz de experimentar algum tipo de mutação. O catálogo fazia que a pergunta dos médicos, sobre a observação do tifo em na Província de Pernambuco, na primeira metade do século dezenove, fosse meramente retórica⁷⁵. Tratava-se, ademais, não somente de uma catalogação da existência virtual de determinadas moléstias em sua relação com a constituição física

⁷⁴ Idem.

⁷⁵ Ibidem, Ano I, n° II, 1842.

de um país, de modo geral, mas da produção do elenco de suas atualizações nas especificidades de cada quadrante das estações.⁷⁶

O catálogo, enquanto *ferramenta*, e a predição, enquanto *capacidade*, agregavam valor à medicina, candidatando-se a uma posição científica e, com isso, a representação do médico como perito se via beneficiada. Mas esse valor indireto não era o único que as *CM* podiam lhe conferir. De fato, um dos efeitos, da *predição* e do *catálogo*, era a capacidade de, em muitas ocasiões, desligar a morte como resultado de um ato propriamente médico.

É verdade que os médicos chamavam para si, em alguns casos, a responsabilidade, total ou parcial, sobre as mortes dos enfermos sob seus cuidados. Os motivos giravam, quase sempre, em torno de uma observação pouco criteriosa, que não permitia a *justa diagnosis*, ou de “doutrinas curativas” incapazes de oferecer uma flexibilização de seu uso a cada caso. Algumas vezes, ainda, os médicos se diziam sem condições de oferecer aos enfermos “cuidados mui especiaes”⁷⁷. Mas já se notava que os enfermos, “que com methodo tem sido submetidos a um tratamento racional, fundado em os verdadeiros princípios da sciencia, e dirigido pela prudencia, [...] estão restabelecidos, ou já se achão fora de perigo”⁷⁸. Por isso mesmo, os médicos passaram a recriminar, com insistência cada vez maior, a observação e, principalmente, qualquer doutrina curativa que não estivesse “basead[a] sobre os solidos principios das sciencia, e nem tão pouco esclarecido pela luz da physiologia”⁷⁹.

As *CM* faziam surgir, dessa forma, outra percepção sobre o que fosse os “limites da arte”. Na verdade, segundo seus hermenutas, elas permitiam constatar que

⁷⁶ Ibidem, Ano II, n° III, 1843.

⁷⁷ Idem.

⁷⁸ Ibidem, Ano II, n° IV, 1843.

⁷⁹ Idem.

a “terminação fatal” de uma doença era dependente de "mil circunstancias, que lhes modificação a marcha”. Eram as miríades de acidentes que se tornavam, ao serem atualizadas a cada doença e a partir de cada manifestação no organismo individual, “superior[es] aos recursos da medicina”⁸⁰.

Entre essas “mil circunstancias” se encontrava, com peso destacado, a própria natureza da doença. Esta podia assumir um caráter benigno ou maligno, ganhar ou perder intensidade, de acordo com os elementos com os quais se comunicasse durante seu desenvolvimento, concorrendo ou não para o restabelecimento da saúde do enfermo. Era em função da constatação de que cada doença possui uma agressividade que lhe é própria, que os observadores podiam sentir-se tranquilizados em relação ao tifo: o que até ali se desenvolvera na Província não passava de um intermitente, variante que “caminha por via de regra para uma terminação feliz”⁸¹.

O *contexto* também contava com fator exógeno à doença. É o caso da determinação da história de cada indivíduo, em todas as dimensões que o termo conseguisse alcançar, sobre o fim possível em cada ação terapêutica. Um organismo predisposto, a falta de certo grau de autodomínio necessário para o bom êxito dos regimes e remédios administrados, tudo podia concorrer para o termo final que a doença alcançava. Parecia notório, no caso das afecções pulmonares, que nos convalescentes, que não guardassem “um regime mais severo”, os catarros os tornariam tísicos, depois tuberculosos, para depois matá-los⁸².

Contava, também, a predisposição do organismo dos indivíduos. "Nestes, ou naqueles já prezas de phlegmasias chronicas, o mal só esperava ocasião oportuna

⁸⁰ Ibidem, Observações metereológicas, Ano I, n° II, 1842.

⁸¹ Ibidem, Constituições médicas ou moléstias reinantes, Ano I, n° II, 1842.

⁸² Ibidem, Ano II, n° III, 1843.

para fazer explosão, e se apresentar sobre a forma de febre intermitente perniciosa”⁸³. Mas a descrição deste caso, muito mais extensa do que aqui se registra, demonstra que as circunstâncias, no mais das vezes, operavam combinadas. A morte daqueles indivíduos foram associados, ao menos, a três fatores: à violência do mal, à associação da moléstia "a outras incuráveis" e à falta de tratamento racional. Mas, o principal residia nisto: todos esses elementos tinham sua cota na produção da cura. Mas também possuíam uma medida de força, capaz de suspender a vida, e, o que mais interessa aqui, de anular o ato médico como o determinante dessa anulação, ou que apenas contasse como variável interveniente.

4.2 Objetivando as causas: os modificadores

A análise, até aqui, se exerceu sobre a observação dos fatores físicos de um país que podiam ser considerados como causas das doenças. Destarte, parecia certo, àqueles médicos, que havia modificadores que podiam ser agrupados em outras séries, que apresentavam outra natureza. Tratava-se de uma percepção estratégica, já que permitia por em relação causas físicas com elementos de ordem orgânica, psicológica e culturais.

Havia *modificadores afetivos*, como se pode verificar em meio à associação de causas que concorrerão para a morte do desembargador José Libanio de Souza. Seu médico insistirá no papel das “affecções moraes tristes, as contrariedades [...]”⁸⁴. Tratavam-se de “paixões deprimentes”, que agiam sobre “uma viscera necessaria para a conservação da vida”⁸⁵. Sua ação se manifestava em órgãos que revelassem “mui estreitas sympathias com os centros nervosos”, justamente o local “onde as paixões

⁸³ Ibidem, Ano I, n° II, 1842.

⁸⁴ Ibidem, Breve notícia a cerca da moléstia do Desembargador José Libanio Souza. Ano II, n° V, 1843.

⁸⁵ Idem.

tomão sua origem”⁸⁶. Aquino da Fonseca acreditava que eram esses modificadores que estavam na origem da incidência do cancro uterino, posto que “as sociedades trazem a vida da mulher em uma continua e interminavel serie de emoções diversas, e as colocam em condições moraes inteiramente proprias a receber profundos abalos e experimentar seus violentos effeitos”⁸⁷.

Não se tratava de uma espécie de modificadores que os médicos pudessem efetivamente controlar, posto que sua ação maléfica era dependente do modo como uma força externa era administrada pela emoção de cada indivíduo. O registro sobre a ausência de “paixões deprimentes” no doutor Serpa, quando da ocasião de sua prisão e diante das dívidas que esta lhe ocasionara, se efetuava, a partir de uma negativa, estreitamente ligado a esta pressuposição: aquelas emoções não podiam explicar a sua morte⁸⁸. A aposentadoria do desembargador Libanio de Souza, ao contrário, lhe deprimiu “o centro nervoso”⁸⁹, concorrendo diretamente para seu rápido desaparecimento. No entanto, por mais que Aquino Fonseca se indispusesse contra a “política atual”⁹⁰, e que considerasse a aposentadoria do desembargador obra de uma mesquinha vingança política, as condições de possibilidade que os modificadores afetivos necessitam tinham sua origem no modo como o indivíduo era capaz de modular a recepção desses acidentes externos.

Os médicos marcavam, também, a ação dos *modificadores biológicos*, causas produzidas pela própria atividade do organismo animal. Esse modificador, em uma de suas variantes, era marcado como uma das causas responsáveis pelo câncer uterino. Numa acentuada desproporção entre os órgãos genitais do homem e da mulher, o pênis

⁸⁶ Ibidem, Constituição medica ou molestias reinantes. Ano II, N° V, 1843.

⁸⁷ Ibidem Das affecções uterinas e de sua freqüência em Pernambuco: Reflexões. Ano II, n° V, 1843.

⁸⁸ Ibidem, Notícia necrológica. Ano II, n° IV, 1843.

⁸⁹ Ibidem, Breve notícia a cerca da moléstia do Desembargador José Libanio Souza. Ano II, n° V, 1843.

⁹⁰ Idem.

produzia um choque no colo do útero. ”Tanto é assim”, informava um médico, “que nos casos recentes de cancros uterinos com terminação fatal descobrimos em quasi todos essa desproporção [...]”⁹¹. Na mesma ocasião, a “idade” era apontada como outra variação dos *fisiológicos*. Mas nem sempre era necessário discriminar uma desigualdade anatômica nas relações entre sexo, ou mesmo a longevidade: a afecção uterina era uma daquelas doenças para a qual concorriam modificadores fisiológicos diversos, devendo ser notado, por exemplo, “que os collos uterinos não são identicos, não tem as mesmas dimensões, nem a mesma consistencia ; que sua forma é tambem variavel [...]”⁹². Os modificadores fisiológicos também apareciam associados a causas de outra natureza, exigindo medidas que levassem em conta essa relação.

Uma preocupação especial foi dirigida aos *modificadores periciais*. Tratava-se, aí, de todos os aspectos diretamente associados à perícia médica, e que, mal administrados, incidiam negativamente na recuperação do equilíbrio do organismo doente. Entre esses modificadores, contavam:

a) o *diagnóstico*, que, de tão notável e recorrente imprecisão, já era criticamente anedotizado nos chistes de 1829. E na década de 1840, as polêmicas mais calorosas que tiveram lugar na *SMP*, discutiam sobre a legitimidade de determinados diagnósticos. É perceptível a ausência de um método de discriminação que fosse capaz de associar os sintomas a uma doença específica. “Problemas de pele, por exemplo”, relata uma analista sobre o tema, “podem referir-se a uma gama variada de doenças: sarnas, doenças venéreas, micoses, alergias, etc. O quadro nosológico não pode ser definido com precisão”. (FIGUEIREDO, 2006, p. 266-267).

⁹¹Ibidem, Das affecções uterinas e de sua freqüência em Pernambuco: Reflexões. Ano II, n° V, 1843.

⁹² Idem

Os escritos do padre *Carapuceiro* permitem a observação de outra variante modificadora que o diagnóstico podia assumir. Fosse qual fosse os sintomas apresentados, os diagnósticos que alguns práticos ofereciam, no final da década de 1830, apontavam, invariavelmente, para um mesmo mal. Para o padre, este aspecto se devia à adesão dos práticos ao *broussaísmo*, doutrina baseada na teoria das irritações de Broussais, teórico que exerceu influência determinante sobre o pensamento sociológico de Augusto Comte (CANGUILEM, 2002), e que era saudado, pelo *Carapuceiro*, como o “grande reformador da Medicina” (GAMA, 1983, s/p). Com efeito, sua doutrina era vulgarmente lida como a redução de “todas as enfermidades a hum só principio, isto he; á irritação do estomago, e dos intestinos” (idem).

Lida dessa forma, a doutrina de Broussais permitia aos médicos sustentar a crença que, ainda que existisse uma infinidade de circunstâncias diversas envolvidas na emergência da doença, essa conservará, sempre, sua natureza. O *Carapuceiro* demonstrou o mesmo tipo de preocupação, quando a cidade recifense foi invadida pela *Hidropatia*, método terapêutico questionável já no tipo de diagnóstico que o legitimava e que permitia explorar uma questão incômoda para medicina. Como asseverava Lopes Gama, “de varias observações, e experiências pouco a pouco se foi formando a Medicina: mas o desejo de simplificar os meios, e de reduzir tudo á unidade, desejo alias mui natural ao espirito humano sempre fraco, e limitado, induzio a muitos a escogitarem systemas exclusivos [...]” (GAMA, 1983, s/p). Assim, as doutrinas exclusivistas eram acusadas de retirarem a complexidade que envolvia a doença, oferecendo ao diagnóstico, portanto, um grau elevado de equivocidade.

A crítica ao broussaísmo foi escrita em 1839, pouco menos de quatro anos antes de um médico membro da *SMP* fazer notar o mesmo aspecto aos seus pares.

Contudo, o associado concentrava esforços para fazer das doutrinas exclusivas uma experiência passada, acessível somente pela memória.

[...] se não tivesse vivido nessa época, em que no delírio da doutrina exclusiva da irritação se negava até ser específico o vírus venerio, escrevendo-se para isso muitos volumes, e causando-se mortes e estragos com inúteis inoculações para resolver questões desde muito tempo decididas, custra-me-ia a acreditar que em frente de *taes factos* pudesse haver dúvidas á contágio das bobas⁹³.

Tanto as apreensões sobre o exclusivismo, quanto sobre a vertigem que a ausência de uma relação, positivamente determinada, entre sintoma e doença atestam que a *SMP* era contemporânea de vários pressupostos sobre diagnóstico, que apresentava, na qualidade de *modificador pericial* com capacidade de variação, desafios singulares. Seja como for, o fato é que os efeitos desse descompasso doutrinário se manifestavam na clínica, demonstrando que a imprecisão do diagnóstico era uma dobra de uma cultura hospitalar, igualmente imprecisa. Sobre esse aspecto, os relatórios do *CGSP* registraram casos exemplares. Um deles, por ocasião de uma visita de um dos fiscais à clínica cirúrgica do Hospital dos Lázaros observava que

[...] examinando o Conselho os diários, únicos documentos da casa, segundo declaração todos os empregados e o Membro da semana, viu que as papeletas ás vezes não correspondião pelos seus números com o numero das camas, existindo entre todas omissões espantosas, faltando em uma o diagnóstico, como nas papeletas de Simiana e de Luiza Maria, ou não sendo aquelles que dos symptomas, que apresentava a moléstia, se collegia, como nos leitos N.º 9, 11, 12 e 23, e na papeleta de Simphronia; [...] o chefe da clinica [...] com a pressa ou pouco cuidado, não examinado o enfermo, não diagnosticava com precisão, ou mesmo se esquecia de escrever o diagnóstico. [...] Nos diários se vião indicações, pue mais parecião signaes, que carecião de ser adivinhados, do que palavras escriptas, o que denotava a falta de cuidado em cumprir, o que em todos os hospitaes se exige com toda a restricção, porque de um engano ou omissão póde resultar uma terminação fatal⁹⁴.

⁹³ *Ibidem*, Relatório. Ano II, N.º III, 1843.

⁹⁴ *Collecção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

O *CGSP* relatava o descumprimento dos protocolos necessários para a concretização dos aspectos científicos e burocráticos que envolviam a oferta de atenção médica. Não havia positividade no diário da clínica (*as papéletas ás vezes não correspondião pelos seus números com o numero das camas*), no próprio exercício da observação (*com a pressa ou pouco cuidado*), e mesmo no diagnóstico dos pacientes sob os cuidados do facultativo (*não diagnosticava com precisão, ou mesmo se esquecia de escrever o diagnostico*). Sobre este último aspecto, o fiscal do *CGSP* fazia notar a letra do facultativo, que trocava *palavras escriptas por signaes que carecião ser adivinhados*. Naquelas circunstâncias, o hospital tornava-se um meio propenso ao *engano ou omissão*, capaz de *resultar uma terminação fatal*. Daí a procura, por parte de alguns membros da *SMP*, de se produzir um diagnóstico diferencial, ou de outro modo, capaz de estabelecer a “verdadeira natureza da affecção”⁹⁵.

b) *a terapêutica*. Pressente-se que, na ausência de um diagnóstico diferencial, os próprios meios curativos se tornavam ineficazes. O problema do *broussaismo*, estava na “simplicidade” do diagnóstico dos facultativos, que não “[...] conhecem outra medicina curativa, que não seja a applicação de ante-phlogisticos, e o tratamento deplectorantes”(GAMA, 1983, s/d), e a hidropatia era perigosa porque “nada há em huma palavra, que se não cure com agoa fria [...]” (idem). Os médicos, lotados na *SMP*, estavam cada vez mais convencidos de que a terapêutica mal conduzida podia explicar “[...] o character grave e pernicioso que essas [doenças] tomarão muitas vezes”⁹⁶. Por isso, a ocasião da epidemia de boubas ofereceu, aos médicos, a oportunidade de instituir uma prática contrária a essas reduções doutrinárias, pois

⁹⁵ *Annaes da Medicina Pernambucana*, Das affecções uterinas e de sua freqüência em Pernambuco: Reflexões. Ano II, n° V, 1843.

⁹⁶ *Ibidem*, Constituição medica ou molestias reinantes. Ano I, N° II, 1842.

determinar com precisão seu grau de complicação era o único meio seguro para afirmar a eficácia dos *tratamentos mercuriais*.

No hospital, ao diagnóstico apressado, vinha se juntar a ausência de “indicação dos meios therapeuticos ou dietéticos“. Negligência esta, capaz de conduzir a administração dos remédios a “enganos fataes”⁹⁷. Era o caso das dietas médicas. Havia quem acreditasse que um regime rigoroso, que reduzisse a dieta de um enfermo a “tres caldinhos d’agoa de frango magro por dia” (*Ibid*), contava como uma das causas que podiam levar o paciente à morte. Pouco favorável ao fastio como curativo, seus críticos não aceitavam ver “[...] o amargurado enfermo estar berrando com fome, e o Facultativo ordenar, que lhe não de-em, se não agoa com assucar, ou colherinhas d’agoa de arroz [...]” (GAMA, 1983, s;d), de modo que, “[...] se o desgraçado pode escapar da molestia, de fraco, dessorado, e [sic] não escapa da cura” (idem).

Apesar das críticas, a crença dos médicos na eficácia de uma rigorosa observação da dieta, prescrita para a restituição da saúde ao doente, não arrefeceu durante a experiência brasileira, oitocentista. O *CGSP* registrava, era verdade, que as “duas onças de assucar, dous pães de vitem, e uma pouca de agua quente para almoço”⁹⁸ bem como porções muito próximas, destinadas ao jantar, não eram dietas adequadas aos enfermos que se achavam no lazareto. Mas não o fazia por acreditar na positividade de uma dieta “substanciosa”, como sugerira o *Carapuceiro*. A dieta passava a ser determinada, como se verá adiante, a partir da observação da sua relação com outros fatores que concorriam ou não para a recuperação do paciente.

Era também necessário regular a aplicação de remédios, principalmente aqueles conhecidos sob a rubrica de “preparações exóticas que a multiforme industria

⁹⁷ *Colleção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

⁹⁸ Idem.

(européia) inventa, que também a pernicioso charlatanaria compõe, e o ávido especulador encarece, apregoando suas virtudes exageradas e até falsas”⁹⁹. Figurava entre os “exóticos” o popular Le Roy, que “curava igualmente assim a soltura, como a retenção de urinas, tanto molestias de asthenya, como as de steny, &c. &c.!” (GAMA, 1983, s/d). Em 1842, já se podia falar num “cathalogo dos mortos pelo Le Roy”, de seus “sectários [...] pela mór parte fanaticos deste remedio como os Sebastianistas da sua respeitavel crença” (idem).

Neste contexto de crítica aos purgantes e vomitórios, a *SMP* fazia notar à Câmara Municipal, em resposta a consulta que aquela lhe dirigira, “o abuso que delles se faz nesta Provincia a ignorancia e a sordida avidéz, applicando-se a todas as molestias, em todos os grãos, não obstante quaesquer contra-indicações constitucionaes mórbidas”¹⁰⁰. A associação sugeria que a Câmara negasse a permissão de comercialização solicitada, além de proibir, a partir de dispositivos legais, “a venda deste ou quaesquer outros remedios activos, taes como pipulas vegetaes, de família, &c, a não serem pedidas com reccita de Facultativo”¹⁰¹. É de observar que, para a *SMP*, a consulta sobre o Le Roy oferecia oportunidade para a regulação do mercado de remédios em geral. Na prática, essa regulação podia ajudar a amarrar a venda do remédio à prescrição médica, aumentando, dessa forma, não apenas as chances da droga ser bem administrada, mas também a própria relevância do ato médico.

Médicos e críticos da cultura refletiram, ainda, sobre a eficácia das sanguessugas. As boticas broussaistas, se comentava, não careciam “de outras drogas mais, do que bixas, e mais bixas [...]” (idem). Seus práticos não discriminavam idade, sexo ou o temperamento dos pacientes. Junto às dietas e curativos ante-phlogisticos, o

⁹⁹ *Annaes da Medicina Pernambucana*, Proemio. Ano I, n° I, 1842.

¹⁰⁰ *Ibidem*, Resposta. Ano I, n° II, 1842.

¹⁰¹ *Idem*

uso de sanguessugas era tão geral e indiscriminado, que não faltou quem considerasse que, aplicando “tantas duzias de bixas no anus, tantas duzias no estomago, outras tantas na região thoracica, que [quem] assim morrer, morre *secundum artem*” (idem). Exagero a parte, havia certo temor entre os pacientes e discordância entre os médicos sobre aquele método. Aquino da Fonseca era da opinião “que as sangue-sugas irritão com suas mordidellas as partes sobre que são applicadas, [...] por essa razão nada parece tão contrario ao bom senso como essas reiteiradas applicações de sangue-sugas sobre uma parte que se quer descongestionar”¹⁰². Serpa, em contrapartida, afirmava apresentar “a pura verdade” que observara em mais de duas décadas “de continuas applicações e bichas’: um razoável número de casos onde as mulheres teriam saído curadas com a applicação”¹⁰³.

Em todo caso, em meio às divergências em torno da terapêutica, alguns médicos faziam notar dois aspectos que, em sua opinião, podiam minorar a ação daquele tipo de modificadores. Era preciso dedicar mais tempo à observação do percurso de um restabelecimento, dilatar seus prazos, para que o facultativo não seja o fiador de “melhoras, que [...] tem sido sempre apparentes [...]”¹⁰⁴. Era preciso, também, pautar a conduta terapêutica de acordo com os dados que a prática dispunha, flexibilizando, a partir de uma leitura adequada do contexto da doença e do doente, a aplicação dos métodos curativos. De modo “que nem um methodo de tratamento exclusivo conta aqui mais crescido numero de resultados felizes; que o combinado deve seguramente obter a preferencia sobre qualquer dos outros”¹⁰⁵.

¹⁰² Ibidem, Das affecções uterinas e de sua freqüência em Pernambuco: Reflexões. Ano II, n° V, 1843.

¹⁰³ Ibidem, Reflexões ás reflexões. Ano III, N° VI, 1844.

¹⁰⁴ Ibidem, Constituição médica ou molestias reinantes. ano II, N° IV, 1843

¹⁰⁵ Ibidem, Constituição médica ou molestias reinantes. Ano II, N° V, 1843.

c) os *instrumentos*. Seu uso inadequado podia lhes conferir uma função modificatória. Era o caso do espelho que, introduzido no canal vaginal, capaz de infligir dor, produzia “uma irritação de toda a mucosa da vagina e do collo uterino”¹⁰⁶. Seu uso, junto às “mordidellas” das sanguessugas, podia transformar uma “irritação franca” em “affecção cancerosa”¹⁰⁷. Os *AMP* indicavam, a cada relato de intervenção cirúrgica, a *normalização* dos instrumentos. Sobre uma cirurgia dos tendões de Aquiles, o médico que a conduzira, informava ter se orientado “pelo methodo de Delpech [...] e o *instrumento* [grifo meu] de que usa o senhor Guerin no hospital dos meninos em Paris”¹⁰⁸. O mesmo doutor, em outro relato, descrevia o modo habilidoso como escolhera e conduzira o instrumento cirúrgico — *um bisturi curto, cortante de ambos os lados e um pouco oval* — “para que não fossemos ferir a parte posterior da trachea”¹⁰⁹.

d) *os hospitais*. É verdade que, na primeira metade do século dezenove, eles ainda não existiam como espaço pedagógico e de produção de saber. Não havia nele, nada de científico, nenhuma convergência entre suas práticas e os princípios da clínica. Não se tratava de um espaço médico, e sim de um espaço moral: traduzia menos uma intervenção médica, que um assistencialismo religioso. Contudo, mesmo que alguns médicos negassem a existência de tais instituições na Província de Pernambuco, esses locais compunham o elenco dos modificadores periciais. Deve ser lembrado que nos relatórios da *SMP*, da presidência da Província e do Ministério do Império, a preocupação com a localização da maior parte dos hospitais da cidade era recorrente,

¹⁰⁶ Ibidem, Das affecções uterinas e de sua freqüência em Pernambuco: Reflexões. Ano II, n° V, 1843.

¹⁰⁷ *Annaes da Medicina Pernambucana*, Das affecções uterinas e de sua freqüência em Pernambuco: Reflexões. Ano II, n° V, 1843.

¹⁰⁸ Ibidem, Dous casos. Ano II, n° V, 1843.

¹⁰⁹ Ibidem, Nota e observação. Ano II, n° IV, 1843.

posto que estes quase sempre foram construídos ou estavam lotados em lugares considerados insalubres.

O *Grande Hospital de Misericórdia*, no Recife, ficava próximo a um matadouro, e, para o presidente do *CGSP*, era impossível que “o mau cheiro que delle se exhala não incommode os doentes¹¹⁰”. Pedidos e sugestões de transferência desses estabelecimentos para lugares mais arejados, eram recorrentes nesses registros. Já se sabe também que a maior parte deles era administrada por religiosos. Estes tinham opiniões divergentes, sobre a gestão e o funcionamento dos daqueles estabelecimentos, daquelas apresentadas pelos médicos,

O *CGSP* sempre procurou marcar os fatores que, associados, agiam desfigurando a função terapêutica e científica daqueles espaços. Foram registrados, somente no Hospital dos Lázaros, doentes que apresentavam moléstias distintas da especialidade da casa ([...] *se via uma rapariga [...] que soffrendo de uma affecção dartrosa, que pareceu ser o eczema chronica¹¹¹*), o mau tratamento dos internos (*e essas queixas, em vez de serem desmentidas pelo Regente, erão por elle confirmadas*), e dieta inadequada e mal administrada (*se por acaso algum o doente necessitava de galinha, apenas depois de muitas reclamações, se lhe dava uma para quatro dias*). Outros aspectos, como a mistura entre os pacientes das clínicas médica e cirúrgica, erros e omissões perceptíveis nos diagnósticos e na administração dos curativos, foram registrados no *Grande Hospital de Caridade¹¹²*.

Lugar privilegiado para observação, o hospital deveria produzir, concomitantemente, *saber e cura*. Mas isso dentro de condições determinadas. Era

¹¹⁰ *Collecção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

¹¹¹ *Idem.*

¹¹² *Idem.*

preciso dispor os dados de forma sistematizada e a dieta obedecida com maior rigor. Era necessário, também, assegurar graus de incomunicabilidade e de restrição de acesso entre os pacientes de diferentes clínicas. Era preciso isolar, ainda, os diferentes tipos de doentes. Os loucos, por exemplo, não podiam continuar impedindo o restabelecimento dos outros enfermos, com gritarias noturnas. Era necessária, finalmente, a vigilância dos sistemas sanitários responsáveis pelo escoamento dos dejetos do hospital¹¹³. Era somente assegurando essas condições que a Província viria a contar com “um hospital digno da sua atual grandeza”¹¹⁴.

Boa parte da atenção dos médicos estava voltada, entretanto, para a ação dos *modificadores culturais*. Tratava-se de todos os aspectos produzidos pelo homem, em sua experiência social, e que eram capazes de, sozinhos ou associados, comprometer a fisiologia animal. A *SMP* e o *CGSP* discriminaram uma gama de fenômenos e dimensões que podiam ser analisados sob esse enfoque. Entre eles, a dimensão ecológica do homem com o meio. Já era notório, em 1842, “como o homem perturbou, e, por assim dizer, destruiu todos estes presentes da dadivosa Natureza”¹¹⁵. O pântano que se encontrava a noroeste da cidade olindense, “verdadeiro foco de miasmas”¹¹⁶, era um produto da atividade humana, como o eram também, e mais evidente, os quintais das casas que, principalmente nas épocas invernosas, se transformavam em “iguales depositos de lama exhalando insupportavel fetido, alimentando vermes, e importunos insectos, que nos atormentão de dia, pertubão o somno de noite com impertinente zumbido, e irritão a pelle com dolorosa ferroada”¹¹⁷.

¹¹³ *Collecção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

¹¹⁴ *Annaes da Medicina Pernambucana*, Relatório. Ano II, nº III, 1843.

¹¹⁵ *Ibidem*, Discurso. Ano I, nº II, 1842.

¹¹⁶ *Idem*.

¹¹⁷ *Idem*.

A conduta da população recifense, fora das prescrições higiênicas, também comprometia a saúde dos rios e praias da cidade. Na primeira metade do século XIX, os médicos sentiam-se incomodados com os “asquerosos objectos [que] se vos antolharão”¹¹⁸. Os práticos notavam, com preocupação, que “imundicies, lixo, despejos das cazas, animaes mortos e em putrificação, e até [...] cadaveres ahi jazem insepultos”¹¹⁹. A ininterrupta destruição do meio ambiente era ressaltada a cada relatório da *CM*, ou mesmo representação que a *SMP* endereçava a presidência da Província e para Câmara Municipal. Estes registros encerravam preocupações coincidentes com as dos ambientalistas contemporâneos. Sobre as árvores, a *SMP* fazia notar que

[...] em pouco tempo nem um arvoredos existirá mais dentro da Cidade, e nem ao menos praças publicas substituirão alguns desses quintaes: brevemente nao se verá mais do que paredes formando cazas, e as ruas cheias de lamas, de aguas corrompidas e de materia organica em putrefação. O campo não dá melhores esperanças, pois que tudo se acha marcado com o cunho da ignorancia, do pouco zelo, e do indifferentismo. Annozas e sombrias arvores [...] jazem quasi todas por terra, e reduzidas a cinzas! destruídor machado tem tudo derribado, e inexoravel continua a aniquilar, em poucas horas, a obra de ímprobo trabalho de tantos annos, e até séculos ! O que tem vindo substituir todo esse sombrio arvoredos ç muros, paredes, campo razo, e inculto coberto de águas e transformado em pântanos¹²⁰.

É notável como a descrição fazia sentir a ausência de uma preocupação e de uma ação do Estado, que permitisse a normalização dos modificadores ambientais diretamente associados a natureza. Os médicos não acreditavam que aos arvoredos extintos nos quintais, seguissem outros cultivados em alguma praça pública, e era inexistente uma legislação que regulasse o modo e os limites do desflorestamento. De qualquer modo, a insistência da *SMP* e do *CGSP* só conseguiria aprovar, em longo

¹¹⁸ Ibidem, Representação. Ano II, nº III, 1843.

¹¹⁹ Idem.

¹²⁰ Idem.

prazo, uma legislação voltada para a problemática dos rios e das praias (ARRAIS, 2004). Sua eficácia, contudo, não seria assegurada.

Faziam parte do elenco das causas ecológicas, as “emanações ou estrepito”, provenientes das fábricas que operavam com “fogos activos”, como era o caso das padarias. Responsáveis por cobrir as ruas e os transeuntes com o pó insalubre que eram expelidos por suas chaminés, quase sempre se determinavam locais adequados para sua instalação, mas que levantavam custos onerosos para sua remoção, podendo, ademais, o elevado custo com a distância incidir diretamente no bolso do consumidor¹²¹. Eram alvos, do mesmo tipo de medida, as “inhumações” que ocorressem dentro das Igrejas, os matadouros, “onde o sangue das rezes derramado fica empoçado, e coagula-se por falta de escoador difundindo horrível cheiro”, como também as cavalariças, ou qualquer outro tipo de oficina que, em sua proximidade da população, pudesse contar como agente insalubre. O fracasso, ao menos parcial, dessa tentativa *especialização dos espaços* era inevitável (ARRAIS, 2004).

Os modificadores culturais entravam, muitas vezes, em complexas relações com outros modificadores, como os de natureza fisiológica. O costume de casamentos entre consortes com acentuada assimetria de idade — casamentos prematuros como alguns médicos denominavam — era apontado como uma das causas de cancro uterino, posto que se seguia a diferença etária, a desproporção dos órgãos genitais, de modo que a fricção produzida no contato entre o pênis e a vagina ocasionava a irritação desencadeadora da afecção. Concorria para o mesmo mal, “[...] essa infame immoralidade com que tantos maridos arruinão a saude de suas infelizes consortes, contaminando-se com venerio’. Esses maridos muitas vezes não permitiam que suas

¹²¹ Ibidem, Representação. Ano II, nº III, 1843.

mulheres recebessem tratamento adequado, fosse por desconhecer o caráter da doença ou por razões de constrangimento moral¹²².

O mesmo se afirmava sobre as condições causadoras da Hydrocele: sua pré-disposição aumentava ou diminuía, dependendo da convergência de fatores desfavoráveis, presentes no biológico (raça, faixa etária), nas atividades e gestos sociais (acessibilidade e natureza da ocupação, vestuário), condições fisiológicas, ou mesmo nacionalidade:

[...] o hydrocele é mais freqüente nos brancos do que nos homens de cores [...], mais freqüente nos maiores que nos menores de vinte annos ; mais nos homens ativos e trabalhadores do que nos indolentes e ociosos ; mais nos que laborão e trabalham junto ao fogo, ou em lugares quentes ; mais nos que andam melhor vestidos do que aquelles que apenas se cobrem ; mais nos gordos que nos magros ; mais nos Portuguezes e Brasileiros do que nos de outras nações aqui residentes [...]¹²³.

Dessa forma, havia médicos, como o doutor Sarmiento, que indicavam hábitos caracteristicamente femininos, como o banhar-se “em água tão quente que só o habito as pode fazer supportar tão elevado gráo de temperatura”¹²⁴, ou mesmo o costume, “em que muitas estão de passar a sua vida a coser assentadas em esteiras em uma posição, em que o colo do útero supporta o impulso do diaphragma, e o peso dos intestinos”¹²⁵, como responsáveis pela emergência de certo número de doenças.. Outros, como o doutor Aquino Fonseca, mesmo admitindo que na meia-idade feminina “[...] o utero não tendo preenchido as funcções a que estava destinado, os desejos, as paixões conservem ainda sua força entretenhão o orgão em um estado de irritação mais ou menos viva¹²⁶”, contrapunha o parecer de Sarmiento¹²⁷. Mas ao apontar, como já

¹²² Ibidem, Representação. Ano II, n° V, 1843.

¹²³ Ibidem, Memória. Ano I, n° II, 1842.

¹²⁴ Idem.

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ Ibidem, Das affecções uterinas e de sua freqüência em Pernambuco: Reflexões. Ano II, n° V, 1843.

¹²⁷ Idem.

sabido, a imoralidade dos maridos como causa do cancro uterino, Aquino da Fonseca não fazia mais que trocar uma causa cultural por outra.

O vestuário, a alimentação, as atividades sexuais e lúdicas, de forma geral, formavam, finalmente, outro grupo de modificadores culturais.

A forma como a população masculina, em Pernambuco, se vestia, era apontada, pelos médicos, como um dos motivos para a elevada incidência de hidroceles na Província, posto que ocasionava abafamento e suor nos testículos. Havia, ainda, outro complicador relacionado ao vestuário: “em a maneira de vestir”, lembrava um médico, “nós seguimos em tudo as modas e os costumes dos paizes frios”. Seguia-se, portanto, na contramão das necessidades que os trópicos impunham. Os provincianos eram acusados, também, de não levar em consideração “a qualidade das fazendas”, aparentemente pouco ou nada adequada ao clima da província, e figuravam nas páginas dos *AMP*, como pouco atentos para relação entre a vestimenta e o tipo de atividade social. Um médico, em 1842, constatava que “nas horas em que há mais frescura estamos em caza de vestidos leves e largos, e nas de maior calor correemos bem enroupados e apertados a tratar de nossos negócios”¹²⁸.

A contar com a opinião de médicos associados à *SMP*, os hábitos alimentares na Província de Pernambuco não seguia direção diferente.

Em geral empregamos muito as carnes em nossa alimentação, talvez por não haver abundancia de outras substancias; este uso não é o que melhor convem á saúde: usamos descomedidamente do chá e do café, de ordinario mui quente, e não nos poupamos de bebidas espirituosas e ás especiarias, das quaes algumas pessoas fazem emprego mui immoderado¹²⁹.

A saúde se ressentia, primeiramente, com a escassez de determinados gêneros de alimentos que, combinados com as proteínas, seriam capazes de garantir uma boa

¹²⁸ Ibidem, Memória. Ano I, n° II, 1842.

¹²⁹ Idem.

economia animal. Noutra direção, o uso abundante de proteínas, temperos, diuréticos e estimulantes eram inadequados em sua relação com o contexto da província, contando aí, o clima, temperatura e meio ambiente da cidade. Mas, principalmente, com a própria fisiologia dos indivíduos: “e quem duvidará”, perguntava um médico, “de que estas cousas, alem de outros males, desenvolve em nossos corpos um grão de calor mui elevado?”¹³⁰.

Em relação às atividades sexuais, já se sabe que para os médicos, a “incontinencia do coito desordenado” era uma das causas do elevado números de casos de sífilis observados entre os cativos¹³¹. Causa semelhante era associada à incidência da hidroceles, posto que “os testiculos se acharem mais enfraquecidos pelo abuso de actos sensuaes, para os quaes o nosso clima tanto dispõe nosso organismo”¹³². O mesmo desordenamento os médicos diziam observar, de forma diversa, no elenco das causas do cancro uterino: sua incidência era tanto maior em mulheres cuja atividade sexual se exercesse com uma considerável assimetria dos órgãos sexuais¹³³.

Dos “divertimentos e recreios impróprio deste clima”¹³⁴, os médicos tiveram o cuidado de registrar somente as danças. Numa notação, que também se referia aos salões de bailes, eles constatavam que “concorremos com freqüência ás sociedades e reuniões de avultado numero de pessoas, quase sempre em cazas pouco vastas e muito mal arejadas, e com grande copia de luzes artificiaes, porque quasi todos estes ajuntamentos são á noite [...]”¹³⁵. A dança, insistiam os médicos, aumentava a temperatura do corpo, era exercitada em ambientes com pouca capacidade de circulação do ar, mas que, mesmo assim, não deixavam de congregar “avultado”

¹³⁰ Idem.

¹³¹ Ibidem, Resposta. Ano I, n° I, 1842.

¹³² Ibidem, Memória. Ano I, n° II, 1842.

¹³³ Ibidem, Das affecções uterinas e de sua freqüência em Pernambuco: Reflexões. Ano II, n° V, 1843.

¹³⁴ Ibidem, Memória. Ano I, n° II, 1842.

¹³⁵ Idem.

número de pessoas. A dança transformava-se, desse modo, num modificador associado especificamente ao âmbito da *cultura*, e que mantinha num domínio mais geral, natureza semelhante aos *periciais*, *fisiológicos* e *afetivos*. Devia ser, portanto, do mesmo modo que qualquer outro modificador, *normalizado*.

Nestes termos, a produção de regularidades que a produção das *Constituições Médicas* e a teoria dos modificadores permitiram, aos médicos lotados na *Sociedade de Medicina Pernambucana* e no *Conselho Geral de Salubridade Pública*, completar os enunciados sobre a medicina, enquanto ciência social, e sobre a sua influência no andamento da sociedade. Discriminar as constituições físicas de uma país, colocá-las em relação com os modificadores de outras ordens, principalmente os de natureza cultural, legava aos médicos a habilidade de gerir, a partir de um mesmo gesto, a economia do corpo e o corpo da cultura.

Tratava-se, para aqueles práticos, de mais habilitação mais que discursiva. As credenciais, quase ilimitadas, que os médicos produziam para si, não eram mais sustentadas por um puro desejo, mas de séries distintas de elementos capazes de ser objetivados. E cada um desses, inscritos sob a rubrica de modificadores, concorriam para a emergência e o destino da doença, e eram potencialmente capazes de operar transformações no modo como uma sociedade representava a relação do médico com a morte. Agora, resta perguntar o que estes enunciados, técnica e tecnologia, puderam assegurar para o projeto médico, no âmbito do Estado.

CAPITULO V

Apesar de todos os esforços...

A *Carta* de 1824, que dispôs enunciados indicadores de sua constituição moderna¹, silenciou sobre a saúde pública, limitando-se a um reconhecimento indireto do que fosse um estado de coisas salubre. Determinava, assim, no parágrafo XXI do artigo 179, que as casas prisionais, além de seguras, fossem “limpas e bem arejadas”. Seu *Ato Adicional*, decretado pouco mais de uma década depois, manteve a ausência, fazendo menção, em todo caso, a temas adjacentes (obras e socorros públicos). Persistência duplamente curiosa, já que, de um lado, acusando sua modernidade, era esperado que a Constituição pontuasse elementos que caracterizassem o *biopoder* (FOUCAULT, 1999; 1988) e, por outro, por que no intervalo de tempo decorrido entre a *Carta* e o *Ato*, uma *ação governamental em saúde* começou a ser exercida. Configuração lenta, vacilante e, ao menos durante a primeira metade do século dezenove, de ação e efeitos manifestos precários.

¹Definindo o Império brasileiro como a “associação Política de todos os cidadãos brasileiros”, a Constituição reconhece a existência da Sociedade. Suas *disposições gerais* se faziam acompanhar das *garantias dos direitos civis e políticos* daqueles cidadãos, e se utilizou de uma concepção de Lei e de seu uso, igualmente moderna: de um lado, fazia da Lei o lugar exclusivo onde a conduta do indivíduo podia ser julgada (*nenhum cidadão pode ser obrigado a fazer, ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude da Lei*); por outro, marcava sua existência pela noção do útil (*nenhuma Lei será estabelecida sem utilidade pública*).

5.1 Jogos patrióticos

Seus pressupostos, no entanto, já se mostravam definidos. A saúde era tomada como uma das condições exigidas para o aumento e conservação da *prosperidade* da Nação. Os cálculos do Governo visavam, primeiramente, minimizar os efeitos negativos que a doença produzia no Império. Seus dirigentes já se davam conta da relação existente entre o que podia ser lido nas *taxas de mortalidade* e as *despesas públicas com caridade*. As taxas de mortalidade indicavam que a morte subsumia parte da força produtiva do Império, que sua contínua manifestação, livre de qualquer obstáculo, atingia os indivíduos naquela curva de idade onde os mesmos já podem dispor de seus “talentos” e prestar “serviços”². A morte debilitava, dessa forma, a “esperança de [...] prosperidade” nacional³.

Por outro lado, como resultado das taxas de mortalidade, a pauperização das famílias significava uma dispersão dos recursos do Estado, um investimento sem retorno, espécie de empréstimo a fundos perdidos. A prosperidade, portanto, enquanto objeto, indica que a gestão em saúde constituía, antes de tudo, assunto de interesse nacional, espaço privilegiado para o exercício do direito real fundamental, o de *fazer viver*, conforme concebido por Foucault (1999, 1988), conquistado ali mesmo no século dezenove.

A conservação da saúde publica não pôde deixar de merecer os primeiros cuidados de hum Governo, que aspira á reputação de benéfico, e patriótico⁴.

Sob a rubrica da *Conservação da vida* ou, de outro modo, *fazer viver*, que a ação governamental em saúde, a partir do Oitocentos, se inscreveu e, de lá até aqui,

² Chicago University, *Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters*, 1834.

³ Ibidem, 1833.

⁴ Ibidem, 1837.

não parou de produzir trilhas de atualização. Ora, a este tipo de exercício do poder pareceu necessário combinar, ao menos, quatro elementos: *informação*, *ação preventiva*, *instrução* e *ação reparadora* (redução de danos).

Informação em tempo hábil sobre o curso de uma epidemia ou endemia, era a condição, em tese, para que todas as outras ações em saúde se efetivassem, ou mesmo que se pudesse acreditar ser dispensável empenhar qualquer medida. Ter sabido, com relativa antecedência, que um surto de cólera emergira na Europa e na parte norte do continente americano, permitiu ao Governo arranjar “todas as providencias para vedar, se possível for, a sua entrada em nosso território”⁵. Engajamento desnecessário, na ocasião em que o mesmo fora “informado da existência de huma mortífera epidemia em Guayaquil”⁶. A informação permitia, assim, que o Governo tomasse, em cada caso, uma decisão sobre a necessidade, o modo, a natureza e a intensidade da intervenção capaz de garantir a manutenção da saúde pública.

Nesse primeiro nível, mas também naqueles cuja natureza era *técnica*, *científica* ou *estatística*, a circulação da informação era operada a partir de *redes*. É verdade que, dos dois exemplos que apresentei acima, apenas no relato da epidemia em Guayaquil a pasta do Império registrou a origem da informação. Mas, mesmo nos casos de supressão da fonte, a rede, ainda assim, continua pressuposta⁷. Em todo caso, naquilo que dependesse de informação, a capacidade de decisão governamental era, em última análise, conseqüência do modo como as diversas redes e os diferentes níveis de informação eram urdidos entre si.

Daí as tentativas de centralizar dados sobre algumas ações preventivas.

⁵ Ibidem.

⁶ Ibidem, 1834.

⁷ Isso, em todo caso, tem conseqüências para a análise, posto que não permite o mapeamento completo dos diferentes agentes da rede de informação que o Governo agenciava.

A aplicação do preservativo (pus vacínico) será feita com regularidade, e segurança, e huma bem entendida correspondência entre essas Juntas, e a da Corte, facilitará ao Governo o conhecimento do progresso, que se tiver operado em hum ramo tão importante, e dos obstáculos, que o retardarem, e deverem ser removidos⁸.

Bem como as encomendas periciais.

[...] as caldas daquela Província — Santa Catarina —, nenhum resultado produzirão: as suas aguas forão ultimamente analisadas na Faculdade de Medicina desta Corte, e segundo o júizo da mesma Faculdade, ellas não tem as extensissimas virtudes, que se lhes attribuem; mas podem ser de grande proveito nas enfermidades, em que convém os banhos thermaes⁹.

Finalmente, as tentativas de gerenciar experimentos com substâncias.

A Sociedade de Medicina desta Corte, com o zelo que a distingue em tudo quanto pode contribuir para a conservação da saúde publica, noticiou a existência de huma planta, de cuja applicação nos casos da Cholera se havião colhido no México os mais favoráveis resultados e o Governo immediatamente mandou vir hum exemplar dessa planta, ou ao menos o seu desenho, a fim de se conhecer se existe no Império, e aproveitar-se o seu préstimo; porém infelizmente já sabemos que, sendo profícua para outras moléstias, não o he para esta¹⁰.

As informações eram produzidas por instâncias públicas (*Juntas Vacínicas/Faculdades de Medicina*) e particulares (*Sociedade de Medicina da Corte e suas congêneres nas províncias*). Distingão importante, para que se possa assinalar a relação ambígua que Estado iria sustentar com as associações particulares, e que, acredito, conta como explicação sobre os limites da ação governamental em saúde.

Excetuando o esforço deliberado de centralizar e organizar dados sobre a difusão da vacina entre a população do Império, as informações científicas e técnicas quase sempre eram produzidas *circunstancialmente*. Investigar as “virtudes” atribuídas às águas, como as de Santa Catarina, não é o mesmo que lhes pesquisar,

⁸ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters, 1837.*

⁹ *Ibidem 1841.*

¹⁰ *Ibidem, 1834.*

sistematicamente, seu fator curativo. Foram exíguos, ao menos até o final da primeira metade da década de 1840, o investimento governamental na investigação das propriedades medicinais de plantas, e o estudo botânico seria sempre adiado, já se sabe, pela dificuldade de criação e manutenção de hortos¹¹.

Ora, essa assimetria operada entre *necessidade de ciência e investimento efetivo*, em sua produção, diminuía, do lado do Governo, o acesso à informação válida. Por outro lado, o modo como a ação governamental operava comprometia o cerne do projeto das instituições médicas de caráter privado, como era o caso das *Sociedades de Medicina*, já que estas, efetivamente, se definiam como agremiações científicas¹², instituições privilegiadas para a produção de saber. Em todo caso, ministros diretamente responsáveis pela saúde pública reconheceram a armadilha que essa relação ambígua armava, e desprenderam alguma energia para operar uma reversão.

O Governo seria contradictorio com os seus mesmos princípios, se acaso não empenhasse o vosso patriotismo na protecção daquelle Estabelecimento, fundado, e sustentado unicamente na louvável dedicação de seus Membros¹³.

Não parecia lógico, para alguns dirigentes, que o único investimento em organizações “coadjutoras” na “conservação da saúde pública” se tratasse de mero reconhecimento de natureza simbólica, seja mudando seu status de *Sociedade* para *Academia*¹⁴, seja, como durante muitos anos se pode ler nos relatórios, “fazendo ao

¹¹ Ibidem, 1835, 1836, 1838 e 1845.

¹² É válido destacar novamente que em seu Proêmio, a Sociedade de Medicina de Pernambuco marcava sua singularidade: "o turbilhão de associações puramente recreativas não permitia que algumas pessoas estranhas a Arte formassem justa e adequada idea desta primeira e talvez única reunião científica aqui, e nem por conseguinte conhecessem bem exatamente seus verdadeiros fins, e qual a utilidade que pode provir ao país, não dando por tanto o devido apreço a uma instituição que por toda parte é considerada como o primeiro e o mais poderoso elemento de civilização, e moralização dos povos" *Annaes de Medicina Pernambucana*. Proêmio. Ano I, n° I, 1842.

¹³ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters*, 1834.

¹⁴ Ibidem, 1837.

menos na vossa presença honrosa menção de seus serviços”¹⁵. Parecia mais racional proteger aquelas *Sociedades*, para retirar-lhes uma utilidade maior. Isso somente seria possível, se houvesse liberação de recursos para o fomento de pesquisa.

Destarte as tentativas, pouco ou quase nenhum saber, produzido nestes círculos, correu sob os auspícios do Governo, ao menos durante o período que esta pesquisa cobriu. No final da década de 1830, a *Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro*, posteriormente, *Academia Imperial de Medicina*, esperava contar com a ajuda do Legislativo para suas despesas com aluguel, expediente e publicação de seu periódico¹⁶, e a ajuda que a *Sociedade de Medicina em Pernambuco* recebia da *Câmara Municipal* não se manteve por mais de três anos¹⁷. De qualquer modo, saber se não teria havido, operando ao lado e a partir desta restrição econômica, uma tentativa de limitar politicamente a ação dessas agremiações, é uma questão que começa a ser pressentida e que, em momento oportuno, será necessário enfrentá-la. Já se nota, pelo menos, a fragilidade das redes e instituições produtoras de informação.

A *inspeção dos portos* e a *inoculação da população* se constituíram nas ações preventivas mais regulares encetadas pelo Governo. Os registros dos relatórios ministeriais evidenciam que não houve nenhuma outra área que lhes concorresse em atenção das autoridades, na alocação de recursos, e na montagem de uma estrutura de funcionamento.

A zona portuária foi o primeiro espaço esquadrihado por uma polícia médica. Sua fiscalização, determinada por regulamento e malgrado a limitação que impunha a ação de seus fiscais¹⁸, figurava, na opinião da pasta do Império, “conforme exigia a

¹⁵ Ibidem, 1836.

¹⁶ Ibidem, 1837.

¹⁷ Ibidem, 1845

¹⁸ O poder da autoridade fiscal se restringia aos navios de entrada. Ibidem, 1835.

[...] segurança na presença do Cholera-Morbus em diversos Paizes de successiva communicação com esta Capital, e os interesses do commercio reclamavão”¹⁹. Sobre isto algumas considerações.

O Decreto 20.931, de 1932, que passou a regular e fiscalizar o exercício da medicina e outras áreas da saúde, tratava-se, em relação aos portos, de fato, de uma regulamentação de 1829, que sofreu adequações para o porto da Corte. Instituída para a cidade carioca, destarte, a regulamentação passou a ser o cânone para os principais portos do Império. Seu objeto era a atividade de inspetoria, função esta, que já havia sofrido algumas mudanças, com a intenção de garantir sua adequação contínua às circunstâncias imediatas e locais²⁰. Essa prática se repetirá durante toda a década. Em 1835, por exemplo, a zona portuária carioca vê alteradas as disposições a que fora submetida dois anos antes, com a intenção de garantir melhor remuneração para seus agentes. Esse mesmo critério dirigirá as modificações efetuadas em 1840²¹. O que se exigia da inspetoria dos portos era, portanto, *adaptabilidade*.

Tratava-se, certamente, de uma adequação ao contexto que a doença, a cada manifestação, produzia. Mas não prioritariamente. O *Cólera* foi um dos fatores que, como visto, concorreram para as alterações no Decreto de 1832. Mas, junte-se a isso, o desabafo de um ministro indisposto, anos mais tarde, com uma ação governamental em saúde, efetivada apenas na regulamentação da zona portuária e que deixava os demais aspectos da saúde pública sem qualquer ingerência da lei. Desprovidos de instituições

¹⁹ Ibidem, 1833.

²⁰ Esse critério local foi defendido mais explicitamente pelo ministro Bernardo Pereira de Vasconcellos, na ocasião em que a Câmara de Angra dos Reis, sugerindo mudanças no regulamento do porto carioca com fins de atender suas reais necessidades. Sobre os motivos da iniciativa ele concluía que “[...] basta[va] para convencer de que com effeito algumas alterações se fazem mister; mas como ellas devem ser combinadas com as circumstancias locaes, ordenou o Governo que a referida Camará propozesse as que julgasse convenientes, e sobre essa proposta resolverá em tempo opportuno, ouvido o Presidente da Província, como for mais acertado. *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters*, 1837.

²¹ Ibidem, 1841.

médicas capazes de exercer a fiscalização necessária, os diversos aspectos da saúde pública acabavam sob o exclusivo cuidado das *Câmaras Municipais*. José Ignacio Borges, o ministro de então, se queixava de que “[...] nos contentamos com hum Regulamento Policial para os Navios que entrão em nossos Portos deixando quasi em abandono a cura dos males que se fomentão no Solo que habitamos”, e alertava que as doenças terrestres, “[...] não são de menor risco, do que aquelles que hão de chegar ás nossas praias”²². Ora, se as moléstias produzidas pela terra rivalizavam em efeitos com aquelas que chegavam pelo mar, o que determinava a prioridade dada ao porto?

Nicolau Pereira de Campos Vergueiro e Antonio Pinto Chichorro da Gama, ministros da pasta do Império em período anterior ao autor da crítica, haviam, cada um a seu modo, assinalado o critério. Eles consideravam a saúde como um aspecto subordinado a outro, que lhe ultrapassava em importância. Para esses ministros, a ação governamental em saúde deveria adequar-se, antes de tudo, aos *interesses comerciais*.

Ora, era por causa da convicção da importância econômica dos portos que as cidades marítimas tiveram preeminência, no começo da década de 1830, na instalação das *Juntas de Saúde Pública*²³. Era pela mesma razão que, na década seguinte, a pasta do Império se viu instigada a relatar, exitosamente, que, ao que tudo parecia lhe indicar, o novo regimento da inspetoria não produzira “dificuldades prejudiciaes ao Commercio”²⁴. Assim, uma parte considerável da ação governamental em saúde pública vai se desdobrando e se desenvolvendo a partir da percepção de que a *topografia de sua institucionalização* devia coincidir com a *topografia da produção*. Entre *saúde pública* e *produção econômica* era necessário operar uma justaposição.

²² Ibidem, 1843.1835.

²³ Ibidem, 1832.

²⁴ Ibidem, 1843.

Nenhum esforço de adequação às circunstâncias, se notará, no entanto, na tentativa de inocular a população. Neste âmbito, se a ação governamental, para alcançar seu fim, enumerava obstáculos, não o fazia para estabelecer alguma negociação com os que lhe resistissem, e sim para derrubá-los com maior agilidade. Violência justificada na força singular do pus: adjetivada em algumas ocasiões como “útil”²⁵, e em outras como “poderoso preservativo”²⁶, à vacina era conferido o poder de inibir a manifestação de algumas doenças, de reduzir, no caso do mal emergir, sua disseminação. Por isso, a pasta do Império registrava que nos lugares onde a distribuição do pus se exercia lentamente, “[...] o sarampo alli tem feito nestes últimos tempos algumas victimas”²⁷, e que a população da Corte “continua a aproveitar-se do beneficio da Vaccina”²⁸. O poder do pus era também registrado, com maior ganho político, mesmo naqueles lugares onde a manifestação da moléstia se desse de tal forma que fomentasse descrença quanto sua ação:

Nesta Corte, e na Província do Ceará, apresentou-se com terrível aspecto o flagello das bexigas, e foi acompanhado de taes circumstancias, que algumas pessoas chegarão a acreditar que a vaccina não preservava deste mal: entretanto o terror que nos primeiros dias se apoderou de todos, foi gradualmente dissipando-se em vista do processo, e dos resultados da enfermidade [...]”²⁹.

Mas essa força pode ser vazada, tomando em conjunto o volume de informação que a pasta do Império acumulou, ao longo de pouco mais de uma década, sobre saúde pública. Em relação às bexigas, por exemplo, foram registrados, na década de 1840, casos de pessoas que, submetidas à vacinação, não estivessem “absolutamente livres

²⁵ Ibidem, 1832.

²⁶ Ibidem 1842.

²⁷ Ibidem, 1840.

²⁸ Ibidem, 1842.

²⁹ Ibidem, 1837.

de ser accommettidas desta enfermidade”³⁰, e que, da mesma doença, já se sabia sobre o seu tímido avanço e reduzido número de mortes em localidades onde a população era julgada “[...] pertinaz na sua aversão à Vaccina”³¹. Era sabido, também, daqueles que, submetidos à inoculação, recusavam-se a segunda e terceira tentativa de aplicação de um pus que, segundo os próprios relatórios ministeriais, não lhes surtia qualquer efeito³².

É verdade que o Governo podia atribuir a ineficácia da vacinação a um fluído defeituoso de uma remessa, ou à imperícia dos vacinadores³³. É certo também, que se discriminassem as doenças nas quais a vacina fazia valer sua força, daquelas contra as quais ela nada podia (o pus era eficaz para a bexiga variolosa, mas era sem efeito para catapora³⁴). Era possível, em todo caso, contentar-se com a transmutação, operada pelo fluído, de uma manifestação maligna da doença, para seu acometimento benigno. Deslocamento esse, tomado como suficientemente consistente para sustentar que “[...] ainda quando da vaccina se tire somente este resultado, he elle de summa importância, e de nenhuma maneira se deve menosprezar aquelle preservativo”³⁵. Mas, seja como for, faltava, para a ação governamental em saúde, instrumentos capazes de construir uma relação entre *vaccina* e *doença*, capaz de transformar seus enunciados em alguma coisa mais que retórica.

A despeito das falhas que pudesse apresentar, de certa imperícia de seus aplicadores, e mesmo da “pertinaz resistência” da população, o Governo construiu uma convicção absoluta na inoculação como um procedimento preventivo que se deveria observar com prioridade. Era por isso que parte razoável do que foi registrado sobre a

³⁰ Ibidem, 1843.

³¹ Ibidem, 1842.

³² Ibidem, 1840.

³³ Ibidem, 1845.

³⁴ Ibidem, 1842.

³⁵ Ibidem, 1843.

vacina, na documentação governamental, consistiu em descrições sobre os avanços e obstáculos a sua difusão nas regiões do Império. Daí, também, a desagradável constatação, no final da primeira metade da década de 1840, de que tão “importante objecto se acha[sse] quasi abandonado”³⁶. Era em função disto, finalmente, que ainda na década de 1830, os esforços para a montagem de uma estrutura efetiva de vacinação buscou construir um caminho diferente daquele, que a inoculação trilhou naquela década e nas que se seguiram.

A *Junta de Instituição Vacínica (JIV)* foi o principal instrumento da ação governamental na matéria. A *JIV* já funcionava na Corte, desde o começo da década de 1830, sofrendo, porém, pela “falta d'ordem , e systema, com que foi creada”. O raio de alcance de sua ação atingia, somente e mais que precariamente, a Província carioca, limitando-se a mera comunicação com seus vacinadores, a “exigir delles as observações relativas ao objecto; e fornecer-lhes o puz, com os esclarecimentos, de que precisarem”³⁷. Para que a inoculação pudesse se efetivar numa população de um Império tão vasto territorialmente, era necessária a criação de sucursais nas demais Províncias. Estas, a despeito de exercer igual função, estariam, contudo, submetidas à *JIV*, credenciada, a partir de então, como órgão central³⁸. De fato, as capitais providenciaram suas Juntas ou Diretórios. Mas se tratou de uma montagem lenta, arrastada, desigual, e que nem sempre foi capaz de garantir a eficácia desejada³⁹.

³⁶ Ibidem, 1844.

³⁷ Ibidem, 1833.

³⁸ Ibidem, 1833 e 1837.

³⁹ Um exemplo das dificuldades de operação conjunta entre as sucursais e a Junta Central é oferecido na descrição do empenho paulista nesta direção: “Fôra muito para desejar que as mais Províncias seguissem o exemplo, que acaba de dar à de S.Paulo, incumbindo porém os seus Directórios de se corresponderem, com a Junta de Instituição Vaccinica desta Corte, a fim de que o Governo Geral possa ter por meio della huma noticia fiel, e circunstaciada do estado de hum objecto de tanta importancia em todo o Império”. Ibidem, 1838.

De qualquer modo, poucos anos depois da queixa da pasta do Império, a *JIV* da Corte já funcionava como um órgão central, de atividade regular, e com sua ação dilatada: recebia (*de Londres em todos os Paquetes*), preparava e distribuía o fluido para as Províncias, vacinava tanto as pessoas que se dirigiam a seu edifício como aquelas que preferiam se submeter ao processo em suas casas particulares. Ademais, deveria confeccionar mapas semestrais sobre a inoculação⁴⁰.

Contudo, seu caráter de órgão central era prejudicado, na ausência de uma contrapartida das sucursais, em seu esforço de lhes suprir as demandas. Nos anos de 1842 e 1843, ainda não era possível contar nem mesmo com o apoio Diretório da Província em que estava lotada, posto que ali, a “propagação da vaccina continua a encontrar grandes tropeços sob a fiscalização impotente da Autoridade, a quem esta confiada”. Em Minas, no mesmo período, a falta de conveniente regulação do Diretório impedia o desenvolvimento de ações que arrefecessem a resistência de sua população⁴¹. De modo geral, as Províncias falhavam na remessa de seus mapas⁴². Assim, ficava por se produzir, naqueles anos, a estatística dos vacinados em todo o Império. A esta altura, é preciso assinalar que descrição desta desarticulação é útil para traçar o perfil e as condições de possibilidade históricas do corpo político no qual a ação governamental em saúde foi se assentar, sob a condição que o seu desenho possa explicar, por sua vez, essa disjunção.

Tratava-se, antes de tudo, de um corpo político, sobre o qual se pode afirmar que o início do processo de sua constituição é quase coincidente com a primavera de sua ação em saúde. Isto sugere, dentre outras coisas, descontinuidades históricas, mas que, absolutamente, não se situam no nível do fenômeno que se conhece por

⁴⁰ *Ibidem*, 1835, 1840, 1841 e 1844.

⁴¹ *Ibidem*, 1843.

⁴² *Ibidem*, 1833.

descolonização. O Estado imperial brasileiro, que definiu seus contornos no intervalo de tempo que se desdobraria entre ao período regencial e a década de 1870, operava uma *recunhagem* da moeda colonial (MATTOS, 2004).

O Império que emergia, mantinha a condição colonial do Brasil, portanto, mas sob novas bases. Deslocara-se, na relação, uma das partes, cabendo, em sua nova versão, não mais a metrópole portuguesa, e sim ao imperialismo britânico, o estabelecimento dos termos e a assimetria do contrato. E, se nesta *recunhagem*, um jogo de semelhanças (*nação civilizada*), diferenças (*de emergência pacífica*) e inversões (*destinada a ser armazém e oficina do mundo*)⁴³, seu funcionamento servia, dentre outros fins, para mascarar a *preeminência inglesa* no Brasil (MANCHESTER, 1973; GRAHAM, 1973; MATTOS, 2004).

Fazer o processo de colonização funcionar sob novas bases, significou, também, uma margem para negociação dos termos e das assimetrias. Havia condições, exigências até, das partes, onde um grau determinado de anuência, às mesmas, permitia a manutenção de um acordo colonial, que não se sustentaria mais a partir de um jogo de domínio e submissão juridicamente determinado. Era necessário à Grã-Betranha, de sua parte, reconhecer a independência brasileira, respeitar seu recém-alcançado estatuto de Nação, contá-la no rol daquelas civilizadas. Necessário ao Brasil, por sua vez, se tornar, efetivamente, uma nação civilizada, algo capaz de ser mensurado através de indicadores como instrução e saúde da população, e, mais ainda, aos olhos do imperialismo britânico, pelo fim do tráfico, e pelo gradativo incremento de mão-de-obra assalariada.

⁴³ Para Mattos, um dos lugares em que esse jogo se evidencia, é o prólogo escrito pelo tradutor do Dicionário histórico, geográfico e descritivo do Império do Brasil, de Milliet de Saint-Adolphe, em 1845. Seu primoroso estudo sobre a formação do Estado Imperial e a constituição da elite senhorial se abre com um longo trecho deste prólogo, que é seguido de uma instigante análise sobre seu dispositivo.

Ora, liberar-se da escravidão era, justamente, abrir mão de sua *singularidade*, se apartar daquilo que, como Império nascido em solo americano, lhe permitia a condição de *flor exótica das Américas* (MATTOS, 2004, p.139)⁴⁴. Liberação da escravatura, àquela altura, significava asfixiar, justamente quando havia todas as condições favoráveis para seu desenvolvimento, o embrião da classe senhorial. Em resposta, o corpo político iria se constituir a partir de objetivos, em certo sentido, incongruentes: alcançar um *ganho civilizacional* e garantir a *persistência da escravidão*. Disto, algumas conseqüências.

Nessas condições, parecia aos dirigentes do Império, que a recunhagem da moeda colonial só poderia se efetuar a partir da ação de um Estado forte, centralizado, onde a fórmula *o imperador reina, governa e administra*, traduzia a intenção de uma “ação política coordenada, o que impunha a expansão da capacidade regulatória [...] por meio da criação de um aparato administrativo, subordinado a um comando único” (Ibidem, p.207), e empenhada na *construção da Ordem* (CARVALHO, 2003). Esperava-se, desta regulação, o aumento da *riqueza* e da *felicidade* da classe senhorial, naturalmente. Expansão esta que, ainda não realizada, sustentava a *esperança de prosperidade*.

Assim, essa ambigüidade, depositada na base da construção do Estado imperial e da constituição da classe senhorial, exigiu, do Governo, um duplo papel formativo. Para garantir a continuidade do escravismo, tornava-se imprescindível a formação de uma *classe senhorial*. Fazendeiros escravistas havia muitos, mas para que se reconhecessem como membros de uma mesma classe, era preciso emprestar-lhes

⁴⁴ Seu exotismo consistia justamente nisto: ter seus olhos voltados para o continente europeu, para seus ganhos como Civilização, seu nacionalismo, liberalismo, suas “garantias institucionais; seus pés, contudo, presos ao solo americano, sufocavam as rebeliões escravas e as revoluções políticas, num contexto onde a pressão britânica para a supressão do tráfico se acentuava.

interesses e necessidades comuns e uma orientação definida. A diminuição do *déficit* civilizacional da população do Império requisitava, em contrapartida, a formação de um *povo*. Formação que, em geral, na historiografia sobre o Império, se restringe a sua *instrução*⁴⁵.

Formar o povo não apresentava, todavia, um único sentido. Urgia, certamente, educá-lo, pois nisto residia um dos aspectos capazes de mensurar o grau de ilustração de uma nação. Era prioritário, por isso mesmo, constituí-lo enquanto *população*. Como qualquer sociedade, a escravista também produzira seus indesejáveis, cuja silhueta os relatórios policiais, da pasta de Justiça, entre outros, irão fixar (mestiços, negros livres, agregados ou moradores, vadios pobre; a *vil canalha*, numa palavra), e que Ilmar Mattos chamou a atenção para o modo como compunham a esfera da desordem num Império de três mundos (MATTOS, 2004, p.134-135)⁴⁶. Ora, não era com esse contingente que a direção imperial apostava constituir uma população, mas com o elemento estrangeiro que a *Sociedade de Colonização da Corte*, desde a década de 1830, estimulará o recrutamento⁴⁷. Isso, já se pode pressentir, terá desdobramentos na ação governamental em saúde.

⁴⁵ Em seu trabalho sobre a construção do Estado imperial e a constituição da classe imperial, Ilmar Mattos, silencia sobre a formação de um povo medicalizado e sobre qualquer aspecto da saúde pública em geral; se limita a reconhecer, entre as causas e agentes de centralização, “uma política médica e os médicos seus agentes”, numa referência aos estudos de Roberto Machado e Jurandir Freire Costa (MATTOS, 2004); José Murilo de Carvalho, interessado pela construção da Ordem a partir de uma formação escolar comum, no intuito de formar uma burocracia, apresenta a mesma lacuna. Sobre a formação do povo a partir da instrução pública, o próprio Mattos é um bom exemplo da fecundidade das análises. Esta temática bem desenvolvida, já apresenta trabalhos cirúrgicos, os de Adriana Maria Paulo da Silva: *Aprender com perfeição e sem coação: uma escola para meninos pretos e pardos na Corte*. 1ª. ed. Brasília: Editora Plano, 2000; *Letras em riste: processos de construção das práticas de escolarização em Pernambuco em fins do século XVIII e primeira metade do século XIX*. 1ª. ed. Recife: Editora da UFPE, 2007.

⁴⁶ Compunha o Império, junto com o mundo da *Desordem*, o mundo do *Trabalho* habitado pelos escravos, e o mundo da *Ordem*, que se dividia entre os dirigentes políticos e os fazendeiros escravistas.

⁴⁷ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters*, 1836; 1837.

Formar o povo, ainda como população, tratava-se, como condição do aumento da riqueza e da felicidade, de majorar e organizar suas forças, “fazê-las crescer e ordená-las mais do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las“ (FOUCAULT, 1988, p. 128). Transformá-las em esperança de prosperidade da Nação. Torná-las útil ao Estado. Normalizá-las. E era neste último sentido que a ação governamental em saúde se inscrevia.

Parece-me necessário destacar que os desafios, que os dirigentes do Império tomaram para si, e entre eles a saúde pública, seriam geridos a partir da definição de um Estado forte. Para aqueles dirigentes, Estado forte se caracterizava por uma nítida distinção entre as esferas política e administrativa, ou, de outro modo, por uma ação política efetuada através de um aparato burocrático que, conceitualmente, possuía uma natureza apolítica. Era tomado como administrativo,

[...] o complexo de agentes de ordens diferentes, hierárquico ou não, nomeados pelo Governo ou de eleição popular, espalhados por todo território nacional, aos quais incumbe cuidar daquelas necessidades, direitos e interesses que não pertencem à ordem política ou ao direito civil que não são competências do Poder Judicial (Visconde do Uruguai apud MATTOS, 2004, p.210).

É possível, agora, retornar a atuação da *JIV*. Sua função era instrumental, administrativa. Cumpria em sua ação, uma determinação política de natureza centralizada. Recebia e distribuía os fluidos da mesma maneira que ordens. Seu funcionamento era travado, em contrapartida, em sua relação com as sucursais. Era que estas, sob a ingerência das *Câmaras* e dos *presidentes de Província*, tinham o seu ritmo marcado, a despeito do esforço de centralização do Executivo, pelas *circunstâncias locais*. Nestas circunstâncias residiam a demora no envio dos mapas de vacinação ou a falta de um regulamento conveniente. Elas também explicam o porquê

de, apesar de estar próxima geograficamente da Junta Central, no adiantado da década de 1840, a sucursal carioca permitiu que a inoculação ali se encontrasse em estado de abandono. Daí também, a preocupação da pasta do Império que a vacinação não acontecesse debaixo da “fiscalização impotente da Autoridade”⁴⁸, ou que o presidente da Província paulista temesse que a ação dos vacinadores ficasse sob a “á simples inspecção das Camaras”⁴⁹. Isto pode indicar que a centralização, fora do discurso do Executivo e do desejo político aí implicado, não era mais que um *efeito de superfície*.

O objetivo da *JIV* era a inoculação da população, preveni-la, através da aplicação do pus, contra a ação das epidemias. Sua execução se deparou, porém, com falta de estrutura de suas sucursais, com o mau funcionamento do fluído, com a falta de habilidade de aplicadores. Falar-se-ia, também, e com uma insistência que até aqui não foi assinalada, da *resistência da população*. Dessa aversão, a pasta do Império lamentava que o exemplo dado por uma das Províncias, não fosse “sufficiente para desvanecer preconceitos populares, que ainda em muitos lugares obstão á propagação de tão poderoso preservativo”⁵⁰. E mesmo que uma conduta exemplar fosse oferecida, na década de 1840, pelo Rio de Janeiro, no decênio anterior, essa mesma Província era paradigmática do que acontecia em cada região do Império.

Perece incrível, não digo em lugares remotos, e no meio das nossas povoações menos adiantadas em civilisação, e conhecimentos, porém nas visinhancas desta Capital, e mesmo no coração delia, que pessoas haja tão descuidadas dos seus verdadeiros interesses, ou de tal sorte dominadas por antigos prejuízos, que deixem de aproveitar-se deste útil preservativo, ou de concorrer depois com os vaccinados aos respectivos Professores, a fim de verificarem o seu effeito: entretanto a existência de taes pessoas he huma triste verdade; e só ao seu deleixo, ou ás suas preocupações, he que se pode attribuir a apparição daquelle ilagello, que não pequeno numero de victimas tem proximamente feito, cortando em flor vidas já úteis ás suas famílias, e á Sociedade, ou que erão as suas futuras esperanças. O Governo sente, como deve, tão lamentáveis

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Ibidem, 1838.

⁵⁰ Ibidem, 1842.

successos, considerando a perda irreparável, que delles resulta não só aos particulares, mas também á Nação, privada por este modo dos talentos, e serviços, que esses infelizes podião prestar-lhe⁵¹.

O registro acusa a existência, nas cercanias da capital do Império (*não digo em lugares remotos, e no meio das nossas povoações menos adiantadas em civilização, e conhecimentos, porém nas visinhanças desta Capital*), de pessoas pouco afeitas ao *cuidado de si (desleixadas)*, e intocadas pelas Luzes (*ignorantes*). Ora, justamente aí se constata um problema: o povo que se tinha não era o povo que se queria. E a partir da disseminação ou resistência da vacina, se podia medir o grau de civilização da nação, discriminando graus distintos de acordo com a recepção das localidades. É por isso, enfatizo, que boa parte das informações sobre saúde pública consistia em descrições sobre sua difusão — ou sobre a resistência a — nas diferentes regiões do império. A ação preventiva deveria ocorrer, por isso mesmo, concomitante à *instrução*.

Não era por outro motivo que a *JIV* e suas sucursais dispunham de *professores*, e que a falta destes, contasse com um dos elementos que “imped[ia]m a propagação da vaccina”⁵². Sobre esse aspecto, o ministro responsável pela pasta do Império, tinha a convicção, em 1837, que “se esperarmos que as outras Aulhoridades debaixo da influencia do erro, que só a experiência, e a illustração pôde desterrar, lhe prestem a devida attenção tarde chegará o remédio”, e lamentava que a morte, diante da negligência, continuasse “[...] fazendo as suas cruéis excursões, e ceifando vidas, que de ordinário encerráo as futuras esperanças da Pátria”⁵³.

Responsáveis pela aplicação e observação dos efeitos da inoculação, a necessidade impunha ao professor, antes de tudo, a tarefa educativa que, eficiente,

⁵¹ Ibidem, 1834.

⁵² Ibidem, 1840.

⁵³ Ibidem, 1837.

“extirpar-se-hão de huma vez prevenções infundadas, e fataes”⁵⁴, ou anularia a “má vontade, com que os povos recebem este beneficio”⁵⁵. Mas se o povo — considerando a diferença marcada no Império entre o *povo miúdo* e a *finá flor da sociedade* — era o alvo principal de toda ação dos professores, este, todavia, não esgotava o alcance da ação dos mesmos. Havia, como visto acima, autoridades sem ilustração, e de tal maneira que, no final da primeira metade da década de 1840, o ministro do Império se lamentava que na Província de Alagoas “a classe mais illustrada ali participe a este respeito dos prejuízos do vulgo”⁵⁶. Assim, a ausência de ilustração atravessava, na diagonal, todos os mundos, níveis e setores do Império.

A instrução procurava se efetuar, ainda, através de escritos específicos sobre a inoculação, ou sobre as doenças que sua aplicação poderia prevenir. Em 1834, uma memória, produzida pelo diretor da *JIV*, era impressa e distribuída nas Províncias, custeada pelo Governo, sendo recomendado a seus presidentes “que lhe dessem a maior publicidade possível”⁵⁷. Em 1844, era solicitado, à *Academia Imperial de Medicina*, o exame de uma “obra” sobre as bexigas, consulta esta que deveria indicar a utilidade de distribuir o todo ou parte de seu conteúdo, “para se vulgarisar o que nella houver de mais importante sobre o objecto, de que se trata”⁵⁸.

Não há registro, ao menos na pasta do Império, sobre o destino que os presidentes de Província reservaram à memória, como também não foi assinalado um uso do volume sobre as bexigas, no final da primeira metade da década de 1840⁵⁹. De

⁵⁴ Ibidem, 1837.

⁵⁵ Ibidem, 1838.

⁵⁶ Ibidem 1845.

⁵⁷ Ibidem, 1834.

⁵⁸ Ibidem, 1844.

⁵⁹ Refiro-me a um uso prático. Seu aspecto teórico foi motivo de debate na Sociedade de Medicina de Pernambuco. Na ocasião, os médicos associados eram da conclusão que embora se tratasse de uma obra científica de resultados válidos, “não faz[iam] mais do que confirmar factos já conhecidos. *Annaes de Medicina Pernambucana*, Relatório. Ano II, nº III, 1843.

qualquer modo, as administrações de algumas Províncias recorreram a mais um recurso: decretaram leis e posturas municipais penalizando setores da população que não fizessem uso do preservativo. Algumas Câmaras municipais, como as de Pernambuco (1839), de Alagoas (1840) e do Rio (1843), baixaram posturas criminalizando pessoas que, tendo crianças sob sua tutela, não as encaminhassem à vacinação⁶⁰. Contudo, apesar de todos os esforços para se alcançar bons resultados da inoculação, o sentimento que dominava a ação governamental em saúde era, ao menos até o final da década de 1840, de impotência e de fracasso.

He para lastimar que ha tantos annos, este preservativo seja não só desprezado, porém mesmo repellido em quasi todas as outras partes do Império⁶¹.

A ação reparadora abarcava tanto *saúde pública* quanto *socorros públicos*. O envio de facultativos, boticários e remédios quando uma febre intermitente acometia a população, costurava os dois aspectos. A pasta do Império acreditava que em sua irrupção, tratava-se de um “flagello não menos terrível”⁶² que a fome, aspecto que os socorros públicos procuravam, sistematicamente, remediar. Ora, existia, então, algum critério que orientasse a discriminação de duas seções distintas para tratar de problemas que se situavam no mesmo nível, e que a percepção do funcionamento da ação governamental sobre aqueles problemas (?)reunidos sob a rubrica de *socorros públicos* pode evidenciar.

⁶⁰ Chicago University, *Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters*, 1841; 1844; *Provincial Presidential Reports*, 1840.

⁶¹ Chicago University, *Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters*, 1845.

⁶² *Ibidem*, 1832.

Durante as décadas de 1830 e 1840, a fome — causada na maior parte dos casos pelas secas, e algumas vezes como resultado de convulsões sociais⁶³ —, mas, principalmente, a carestia de certos gêneros alimentícios e o estado em que populações eram reduzidas, em função das cheias, compunham os aspectos que mais demandaram a atenção do Governo. Nestas ocasiões, era freqüente o Executivo tomar para si um núcleo de ações, a saber:

a) *comprar e distribuir gêneros alimentícios*. Em alguns casos, se utilizava de Comissões responsáveis pela compra e remessa de alimentos, além de se certificar de que, o quer que fosse enviado, chegasse realmente aos necessitados⁶⁴. Mas de modo geral, sua ação era direta e se efetuava levando em consideração as circunstâncias. A ajuda a determinadas Províncias, em 1844, só pôde acontecer com cautela e parcimônia — levantando gêneros de primeira necessidade na Corte e em outras localidades —, posto que na mesma ocasião o Governo fizesse chegar sua assistência já para Pernambuco. Ademais, o Império estava a socorrer populações em torno do Rio da Prata e na África. Por outro lado, era necessário prever as dificuldades postas pelas chuvas; as mesmas criavam dificuldades para o transporte de alimentos e estragavam as plantações⁶⁵. Em todo caso, se registre que a compra e remessa dos gêneros alimentícios aconteciam muitas vezes como fundos perdidos.

b) *levantar e alocar recursos financeiros*. A pasta do Império conseguiu se cercar de leis que permitissem, ao Tesouro Nacional, a criação de uma reserva destinada aos socorros das localidades em situações de calamidade pública. O dispositivo fazia daquele fundo um direito que podia ser exigido pelas Províncias, o

⁶³ Em geral revoluções. A ação reparadora do Executivo podia se exercer, nestes casos, em dois momentos: naqueles onde uma cidade estivesse assediada por rebeldes, de uma forma que não fosse capaz de garantir, por ela mesma, o abastecimento de gêneros alimentícios; posteriormente, reparando o déficit que a revolução tivesse causado. *Ibidem*, 1837; 1838.

⁶⁴ *Ibidem*, 1833.

⁶⁵ *Ibidem*, 1845.

que criava, em certas ocasiões, dificuldades para o Estado. Em todo caso, na maioria das situações, o recurso era disponibilizado espontaneamente e ao mesmo tempo em que os presidentes se viam autorizados — ou obrigados — a dispor de seus próprios recursos⁶⁶.

c) *coordenar pontos de solidariedade*. Era comum a particulares e instituições somar seus esforços para a superação ou minoração de calamidades. O governo gerenciava as subscrições e as enviava aos lugares destinados⁶⁷. Naqueles casos em que a necessidade dos lugares discriminados para o recebimento das subscrições já se encontrasse satisfeita, ou que não se encontrasse mais em estado lastimoso, a subscrição podia ser deslocada, então, para “as urgências do Estado”⁶⁸.

d) *gerir ajuda interprovincial*. Era um dos casos onde o levantamento do estado da agricultura das diferentes regiões do Império se fazia necessário. As cheias e as secas prejudicavam a produção de alguns gêneros em algumas Províncias, e o Estado deslocava para essas uma parte da produção de outras, em situação regular⁶⁹. Ademais, os efeitos das dificuldades enfrentadas pela agricultura numa Província, dificilmente se reservava em seus limites, posto que sua produção alimentasse o mercado de outras⁷⁰.

Entre os anos de 1832 e 1845, somente uma ocorrência irá destoar deste tipo de intervenção. Colonos partindo das Ilhas Canárias para Montevidéu foram acometidos, em sua passagem pelo porto carioca, do que se acreditava ser febre tifóide. O Governo agiu de imediato: arregimentou facultativos, isolou os sãos dos doentes, improvisou hospitais, conseguiu, da *Santa Casa de Misericórdia*, apoio financeiro, mobilizou a

⁶⁶ Ibidem, 1839.

⁶⁷ Ibidem, 1833; 1834.

⁶⁸ Ibidem, 1843.

⁶⁹ Ibidem, 1844.

⁷⁰ Ibidem,

AIM, minimizando, assim, a incidência da febre na população da Corte, que se verificou somente “em pessoas que, em razão dos seus deveres, estiverão em imediato contacto com os affectados”⁷¹.

Nota-se, a partir desta descrição, que entre *saúde* e *socorros públicos* existia uma divisão, mas como uma espécie de variação de um mesmo tema: tratar-se-á, nos dois casos, da *salubridade pública*. Na lógica do Governo e dos relatórios da pasta do Império, na seção *saúde pública*, deviam ser registradas as situações de prevenção e, às vezes, de reparação que, por sua natureza, dependiam prioritariamente da intervenção médica. Na seção *socorros públicos*, o que ordinariamente se registrava era a ação reparadora, e que contava com outra espécie de recursos. No entanto, a presença de problemas como febres intermitentes e o episódio protagonizado pelos colonos das Ilhas Canárias, criavam uma zona de indistinção entre as duas seções, garantindo entre as duas uma comunicabilidade.

Imbricação entre as duas, entre ação preventiva e reparadora, é certo, mas também destas ações com a instrução e a produção de informação. Passavam por linhas distintas e congruentes da ação governamental em saúde, e juntas, operavam como um *dispositivo de normalização*. Mas um dispositivo de topologia acidentada, com regiões mais firmes e outras fissuradas, determinadas, em sua especificidade, pela intensidade do investimento que a ação que lhe atualizava, efetuou-se em cada linha. Dispositivo que animava, em todo caso, um jogo político: nacionalidade, civilização, prosperidade.

⁷¹ *Ibidem*, 1836.

5.2 As disposições dos meios

Afirmar que para aqueles que dirigiam a ação governamental em saúde no Oitocentos, a ausência de um procedimento de normalização efetiva da saúde da população e de seu meio circundante, travava a conquista da prosperidade. A morte se apresentava, naturalmente, como a experiência limite. Todavia, para que a esperança de prosperidade fosse ameaçada, bastava, em certos casos, a permanência de condições insalubres, como ocorria em Olinda, onde a falta de interesse no dessecamento de seu pântano, ocasionava não somente “moléstias” em seus moradores, em função “dos miasmas pútridos e doentios”. Sua existência destituía, também, “fertilíssimas terras á industria agrícola”⁷². Talvez fosse pelo mesmo motivo, que a pasta do Império aconselhava “aforar, por módicos preços”, faixas de terras alagadiças “ao longo do aterrado, que segue do largo do Rocio da Cidade Nova á ponte do Cortume”, mas sob a condição de que as pessoas que os alugassem “se obriguem a seca-los”⁷³.

Este efeito nocivo da insalubridade sobre terras férteis para o plantio, ajuda a indicar os porquês do esforço da pasta do Império em tornar a saúde pública um aspecto que deveria ser levado em consideração em conjunto com outros ministérios: a insalubridade tinha o poder de adoecer homens e coisas, de inutilizar braços e espaços. E se alguma reversão podia ser operada, era somente em conjunto com os “Augustos e Digníssimos Senhores Representantes da Nação”, únicos capazes de garantir “ao Governo os *meios* [grifo meu] d'extinguir esses depósitos, em que se gérao tão devastadoras enfermidades”⁷⁴.

Assim, os *meios* irão se constituir para a saúde pública, aquilo que, ao mesmo tempo, podia tornar possível sua execução, e que justificava a precariedade das ações.

⁷² Ibidem, 1832.

⁷³ Ibidem, 1833.

⁷⁴ Ibidem, 1832.

Em geral, era desse último aspecto que os *meios* mais davam conta. Raras vezes o Governo pôde se afirmar “tranquillo na consciência de não haver poupado persuasões, nem despesas”⁷⁵ para prover a saúde da população. Comum mesmo era o reconhecimento de que “mais longe iria em negocio de tamanha importância, como seja a conservação da vida, e saúde de seus Concidadãos, se as actuaes forcas do Estado lho permittissem”⁷⁶. Mas seja qual for a grau de importância que os dirigentes do Império atribuíssem a saúde pública, os recursos envolvidos para sua consecução, reuniam uma série de problemas.

Limitarei a questão ao registro de três aspectos: 1. os facultativos, 2. as sociedades de medicina e 3. os recursos financeiros. O primeiro deles se assentava no uso reservado aos facultativos. Na função pública de aliviar os sofrimentos, eles contavam, como o episódio das febres intermitentes na baía carioca, durante os anos de 1833-4 podem atestar, como um *meio* junto a medicamentos, boticários, e consignações monetárias (*O Governo prestou todos os soccorros ao seu alcance [...] mandando-lhes Facultativos, Boticários, e medicamentos, além de huma consignação de quasi trez contos de réis mensaes [...]*)⁷⁷. Em outras ocasiões, como no caso da produção de exames médico-legais, os facultativos também não passavam de *meios*, obrigados, por força de Lei, a prestar serviço ao Estado, independente da ausência de vínculo orgânico com a esfera pública⁷⁸.

Alguns facultativos tinham sua competência posta em xeque pelo Estado. Às vezes tangencialmente, quando a persistência de uma fatalidade se devia mais ao “character, e intensidade da molestia, do que da falta de Facultativos, da imperícia de

⁷⁵ Ibidem 1834.

⁷⁶ Ibidem, 1833.

⁷⁷ Ibidem, 1833, 1834.

⁷⁸ *Collecção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco*, 1845.

alguns d' elles, do abandono dos doentes, e da demora nas applicações”⁷⁹. O facultativo era, portanto, um problema menor, um fator entre outros que concorriam para um resultado pouco feliz. Mas, em outras ocasiões, sua imperícia era a questão mesma: “em algumas Províncias do Império [...]”, registrava a pasta do Império, “não existe hum Facultativo, que mereça este nome”⁸⁰. De maneira não intencional ou diretamente assumida, o fato é que a denúncia revela o nexo entre *saúde* e *instrução* pública: a má formação dos facultativos marcava, na forma de um *déficit*, a concretização de uma intervenção governamental na saúde⁸¹.

Não causa surpresa, pela recorrência do problema, que uma crítica sobre a manutenção do privilégio exclusivo das Faculdades de Medicina na expedição de diplomas de cirurgião, médico, parteiras e boticário, encontrasse um dos seus pontos de emergência na seção de *saúde pública*⁸². Exigência legalmente imposta desde 1832. Nos anos seguintes já havia quem enxergasse, apesar das boas intenções, os malefícios de sua execução, posto que, o que era requerido causava, na prática, transtornos para a formação dos facultativos e demais ramos da arte médica, já que aquelas faculdades não possuíam sucursais. Assim, para o ministro do Império, o efeito desastroso que a lei podia acarretar, exigia dos seus partidários reconhecer que,

[...] se convêm que a vida, e saúde dos cidadãos não esteja entregue a empíricos ignorantes, e temerários, também convêm que se facilitem os meios de habilitação as pessoas daquelas artes. A lei obriga-as a exames em qualquer das faculdades de medicina; mas como é possível concorrer para isso de tantos lugares longínquos do império ou a esta capital, ou a província da Bahia? Que incômodos, e despesas não terão a essas pessoas tão dilatadas viagens? Em que abandono não ficarão os

⁷⁹ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters, 1843.*

⁸⁰ *Ibidem, 1833.*

⁸¹ Isso explica porque a apreensão sobre a manutenção do privilégio exclusivo das Faculdades da Bahia e do Rio para expedição de diplomas se manifeste na seção de *saúde pública*. A pasta fazia notar que descentralizar o procedimento era necessário para que “[...] a vida, e saúde dos cidadãos não esteja entregue a empíricos ignorantes, e temerários [...]”. *Ibidem, 1834.*

⁸² *Idem.*

enfermos, habitantes desses lugares remotos, durante a ausência delas?⁸³.

O episódio marcava, para a pasta do Império, a imbricação entre *saúde* e *instrução pública*. O ato médico não alcançava estatuto positivo, com efeito, por falta de uma formação sólida de seus profissionais. Restava ao Executivo reformular os critérios e as condições sob as quais o ensino médico se efetuava. Mas a reforma só podia atingir os estudantes. Era necessário, com mais urgência até, reabilitar os facultativos que se tinha, empenhando, para isso, professores que pudessem, desde que adequadamente remunerados, exercer a docência em locais onde a imperícia médica fosse uma realidade sensível⁸⁴.

É preciso revelar, em todo caso, um procedimento: para que os facultativos fossem tomados desta forma (*recurso que se lança mão por força da lei/instrumento julgado, em algumas ocasiões, defeituoso*), foi preciso submeter *saúde pública* a dois tipos distintos de apropriações. Como conceito, *saúde pública* animava um projeto político (*prosperidade da Nação sob a recunhagem da moeda colonial*), marcava certa visão de governo (*Estado forte, centralizado*), e discriminava seu posicionamento (*orientador e direcionador das necessidades da sociedade*). Como *estado a se efetuar*, *saúde pública* não passava de um exercício administrativo *que, em sua definição, não pertence à ordem política*.

As *Sociedades de Medicina* também sofreram, em sua captura como um *meio*, de uma limitação política. De seus objetivos o Governo, central ou provincial, só lembraria

⁸³ Idem.

⁸⁴ Ibidem, 1833.

aqueles relacionados à consultoria e coadjuvação no combate às doenças⁸⁵, silenciando sobre a tentativa — *que animava indistintamente as Sociedades* — de “dar a Classe Medica a posição que lhe é assignada pela nobreza de sua profissão”⁸⁶.

Posição indubitavelmente política, como se pode apreender pelas estratégias dos médicos lotados na *SMP*. Fazer do presidente da Província seu protetor perpétuo e, mais ainda, assegurar um ato legislativo de reconhecimento desta proteção, não se tratava, obviamente, de mero ritualismo, mas de uma chancela que legitimasse suas intenções. E, durante seus poucos anos de funcionamento, a *SMP* procurou convergir sua visão sobre a função da medicina com o projeto político do Governo⁸⁷. Assim, a medicina civiliza

[...] e é por isso mesmo que o numero das associações de sábios, artistas, ou litteratos é um dos indícios mais exactos do grão de civilização a que chegou um povo. [...]; considerai no bem que resulta aos enfermos das conferencias magnas, em que periodicamente nos reunimos, e onde aprendemos todos; [...] reflecti que vossas publicações são o ponto mais elevado na medida da Civilização desta Cidade [...]⁸⁸,

E, como quem presente o pouco tempo de vida, implora:

[...] poupai aos sábios estrangeiros a triste notícia que o estado de nossa civilização ainda não comporta a existencia de uma única Sociedade scientifica entre nós instituída até hoje⁸⁹.

Ademais, aqueles médicos acentuavam a relação entre saúde e Ordem (entendiam, do mesmo modo que o Governo, que a ação revolucionária produzia calamidade pública), apresentavam esforços individuais de abnegação à Pátria (malgrado os erros estratégicos), incrementavam a visão governamental ao construir,

⁸⁵ Ibidem, 1834; 1836; Provincial Presidential Reports, 1842; 1843.

⁸⁶ *Annaes de Medicina Pernambucana*, Estatutos. Ano I, n° I, 1842.

⁸⁷ Para uma noção sobre a tentativa de convergência entre os projetos médico e político, vide o Capítulo III.

⁸⁸ *Annaes de Medicina Pernambucana*, Relatório. Ano II, n° V, 1843.

⁸⁹ Idem.

entre *saúde e prosperidade*, uma relação de complementaridade. Constituíram, num ziguezague, uma costura que fazia de uma a *condição de efetuação* da outra⁹⁰. Essas estratégias, contudo, não surtiram efeito em sua tentativa de deslizar de uma função meramente administrativa para a política, e que a experiência pernambucana permite iluminar certos aspectos que concorrerão para esse fracasso.

Encontrava-se instalada, subterraneamente a toda aparência e a todo esforço de convergência, uma divergência quanto sua *função institucional*. A apropriação das *Sociedades* como instrumento apêndice do administrativo, neutralizadas politicamente, já estava decida pelo Governo. E, acredito que a mudança do Estatuto da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro para Academia Imperial de Medicina pode ser lida nessa direção. Isto não tanto pelo fato de deslizar de Sociedade para Academia — pois ainda continuaria, nesta nova condição, sem contar com um investimento significativo do Governo —, mas pelo deslocamento da adjetivação. O deslizamento da localização, “do Rio de Janeiro”, para a designação de “Imperial” assinala algo mais do que a localização, sugere uma captura estatal capaz de assegurar ao Governo que continuaria como coadjuvante despolitizada e se mantivesse como instrumento administrativo.

Ora, não era isso que as *Sociedades* desejavam, nem mesmo aquilo que politicamente projetaram: a percepção de que a medicina fosse a *mais social de todas as ciências*, a possibilidade, daí decorrente, de uma intervenção aguda na cultura, e a possibilidade, emergida na mesma base, de construir a *Ordem*, evidencia um projeto que transbordava, em muito, os limites da esfera administrativa (*produzir informação, socorrer os enfermos, prestar socorros públicos*). Sua influência não se contentava

⁹⁰ Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters, 1833; *Annaes de Medicina Pernambucana*, Representação. Ano II, n° III, 1843.

com a promoção da saúde da população. Ela perseguia a consecução da influência da medicina sobre o *andamento e organização da sociedade*.

Essa medicina, portanto, que se enxergava imprescindível “quando se trata de estabelecer direitos, ou seja quando se tem por fim determinar deveres”, que acreditava ser “evidente” sua participação na criminologia, em seu direito e na “organização geral das Leis penaes”⁹¹, só poderia se exercer politicamente. E para que não se ficassem dúvidas, no espírito de quem as quisessem cultivar, a *SMP* anunciava:

Determinada, como fica, e defícida a parte essencial, que cabe á Medicina na organização e andamento da Sociedade, o que naturalmente se offerece ai espírito de todos, é a applicação pratica destes princípios ao manejo dos negócios administrativos [...] ⁹².

Era ela, a medicina, quem *determinava, definia, naturalizava*. A *SMP*, dessa forma, marcava os seus préstimos (*oferecia princípios diretores para a tomada de ação*) para assinalar uma não-pertença à *esfera administrativa*. Ao se posicionar dessa forma, a *SMP* buscava um lugar político que, por definição dos dirigentes do Império, não lhe cabia ocupar. Era a partir da estrutura do corpo político, cuja construção iniciara sua construção a primeira metade do século dezenove, que organismos como as *Sociedades de Medicina* encontravam por sina a atividade administrativa que, para os dirigentes, constituía “sua ação vital [...] e seu indispensável complemento”. Somente os dirigentes podiam oferecer princípios norteadores. A diferença de estatuto era, substancialmente, uma *diferença topológica*.

Diferença que as ações da *SMP* buscavam borrar: o papel passivo a que se propunha, em seu discurso inaugural, limitado a expedição de *pareceres* quando consultada⁹³, cederá cada vez mais espaço para produção de *representações* sobre o

⁹¹ *Annaes de Medicina Pernambucana*, Discurso. Ano I, n° I, 1842.

⁹² *Ibidem*.

⁹³ *Idem*.

estado de salubridade da Província, ativadas pela própria associação⁹⁴. Seus escritos, em algumas ocasiões, faziam funcionar jogos de linguagem que apresentavam níveis capazes de insinuar certa miopia a uma ação governamental que não enxergasse, por si só, os benefícios políticos e econômicos de seu investimento em saúde⁹⁵.

Inversão, portanto, de quem *oferece os princípios* e de quem *executa a ação*. E a *SMP* quis assegurar a memória de uma inversão que chegava a ser, em determinados momentos, mais que discursiva. Registrou, em seus *Annaes*, o reconhecimento, da parte da presidência da Província, do seu interesse “pelo bem estar do paiz”. Interesse este, é notável, que se materializava na forma de uma *orientação*⁹⁶. Fazia constar, ainda que a presidência da Província empenhou-se, de imediato, nas “providencias necessarias para remover as principaes causas de insalubridade”⁹⁷. Aos médicos, portanto, não restavam dúvidas sobre sua função diretora.

Havia também, em relação a alguns objetos, uma *divergência de percepção*, da qual, a problemática sobre as casas de saúde oferece o melhor exemplo. De partida, médicos e Governo concordavam que os hospitais, em função de sua estrutura e funcionamento, se constituíam mais como problema que solução. Mas os sintomas que permitiam um mesmo diagnóstico sobre aqueles estabelecimentos eram, para cada um dos agentes, distintos.

Para os membros da *SMP*, os hospitais, desde que clinicamente conduzidos, figuravam como o lugar ideal e insubstituível para se fazer ciência. Eles permitiam,

⁹⁴ Ibidem. Representação. Ano II, n° III, 1843.

⁹⁵ Opinando sobre a melhor forma de construção de canais — questão que ela mesma reconhecia não se de sua competência — a Sociedade fazia uma relação entre a consecução da obra e benefício político: “a empresa será talvez grandiosa, mas não impossível por certo: o Governo que tomasse a peito de a executar levantaria monumento eterno á sua gloria e receberia as benções de um povo grato e reverente” (ibidem) .

⁹⁶ Assim está registrado: “[...] o Doutor Mavignier propoz que a Sociedade fizesse uma representação ao Governo da província, descrevendo o mal existente, e mostrando os receios que tinha de que mortífera epidemia viesse a desenvolver-se [...], e ao mesmo tempo indicasse algumas medidas sanitarias que podessem ser postas em execução” (idem).

⁹⁷ Idem.

como nenhuma clínica particular poderia, uma observação controlada da doença e dos processos terapêuticos. No hospital, a medicina moderna encontra [...] “um meio neutro, quer dizer, homogêneo em todas as suas partes, para que seja possível uma comparação [...]” (FOUCAULT, 2004, p.120). Compreende-se, dentro desta perspectiva, a percepção negativa, marcada no próêmio de seu *Annaes*, sobre a pseudo-existência desses estabelecimentos na Província, já que, os que se tinham, não apresentavam condições adequadas para a produção de um saber científico⁹⁸.

É verdade que mesmo os responsáveis pela saúde pública esperavam dos hospitais usos que, dentre outros, permitissem o desenvolvimento de uma produção científica. A pasta do Império, responsável, como se sabe, pela formação médica no país, nunca desconsiderou o papel pedagógico que aqueles estabelecimentos deveriam desempenhar, e alertou, todas as vezes que julgou necessário, sobre a impossibilidade de formar peritos, na ausência de condições adequadas para o exercício prático. Contudo, a questão nevrálgica que os hospitais, apenas por existirem, impunham, se situava em outro nível: o hospital e o estabelecimento de caridade eram uma só coisa; situava-se, não na esfera da saúde pública, e sim no domínio da *beneficência*.

Era assim que, a rigor, os hospitais não pertenciam, de modo natural, à esfera do Estado, posto que a genealogia destes estabelecimentos acusasse sua instituição "a principio por motivos de Religião, e consagrados por huma beneficencia mal entendida"⁹⁹. Daí porque a pasta do Império esperasse que os mesmos fossem administrados pelas juntas paroquiais e que sua existência fosse julgada como um incentivo à preguiça e para mau comportamento entre as classes mais desfavorecidas. Os hospitais pareciam, efetivamente, pouco destinados ao socorro daquelas pessoas,

⁹⁸ Ibidem, Proêmio. Ano I, nº I, 1842.

⁹⁹ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters, 1834.*

"que circunstancias imperiosas mergulhão em desgraça"¹⁰⁰, e alimentavam uma conduta pautada num descuido com o presente e a percepção de que o futuro não fosse mais que mera imprevisibilidade, atitude esta que, segundo o mesmo relatório, era a causa primária da miséria.

O espaço do hospital costurava, assim, uma relação pouco vantajosa para o Estado, entre *beneficência e manutenção da pobreza*. Apreendida como "fonte de todas as desordens", tomada como "uma verdadeira chaga política", a atenção em saúde, que ocorria de forma indiscriminada no hospital, produzia problemas para aquela atualidade. Mas também era possível pressentir seus desdobramentos a longo prazo: àquela gente, continuava o relatório, não eram oferecidas formas "de poder passar sem elles [os hospitais] no futuro". Quanto mais não fosse a ausência, referia-se o ministro à população pauperizada, de uma percepção moral do problema. Nos pobres, o ministro dizia constatar, que "[...] não se lhes poupa mesmo a especie de vergonha inherente a taes socorros; vergonha, que seria hum grande movel nas mãos do Legislador para destruir insensivelmente as causas da indigencia"¹⁰¹.

Os hospitais são, portanto, espécie de "alimento da inação, e da imprevidência". Prejudiciais à indústria, impedem o espírito de parcimônia nos pobres, não os impele a juntar pecúlio para cuidar da saúde. Os recursos investidos nestes estabelecimentos podiam "com muito maior proveito [ser] applicado ao estabelecimento de industrias faceis, em que familias honestas, e recolhidas achassem o emprego, que lhes falta, e os meios decentes de poderem subsistir, e de tratar-se nas suas enfermidades"¹⁰².

¹⁰⁰ Idem.

¹⁰¹ Idem.

¹⁰² Idem.

Tratava-se, portanto, de um severo julgamento da beneficência humana encarnada nos hospitais e de seu caráter pernicioso à saúde de um Estado, na medida em que a mesma só produzia indignação. Juízo que servia, em todo caso, para marcar uma ruptura entre a atualidade política que o Império buscava efetivar (*conforme os princípios de todos os Economistas do nosso século*) e o passado colonial que se buscava apagar. Daí porque, as *Santas Casas de Misericórdia*, estruturadas dentro de um padrão colonial, foram, desde a década de 1830, o laboratório para a adequação dos hospitais.

Formulavam-se, entre médicos e Governo, diagnósticos convergentes sobre a instituição hospitalar (acordavam quanto a sua atual *inutilidade*), mas através de sintomas distintos (*espaço não medicalizado/local de beneficência*). Foram distintas, também, as soluções; divergentes a ponto de se anularem. Os médicos receitavam “que o ilustrado Governo [...] tome debaixo de suas benéficas e protectoras vistas essas cazas de caridade; que faça fundar aquellas, que são de mister no paiz”¹⁰³. Tratava-se, portanto, de um curativo que caminhava na contramão da proposta de fazer desaparecer totalmente aquelas instituições, ou de garantir sua total absorção pela Igreja¹⁰⁴. Alternativas estas, atraentes aos olhos de alguns ministros do Império. De fato, até o final da década de 1840, não se registrará nenhum esforço para medicalizar os hospitais, de torná-los secularizados, e de comprometê-los efetivamente com a saúde pública.

Entre médicos e Governo se desenvolveu, finalmente, uma *divergência de mérito*, um desentendimento sobre a quem caberia o reconhecimento pelo avanço da civilização e a responsabilidade por seu atraso. Já se pressente, em seu esforço para adequar os hospitais aos *princípios de todos os Economistas do nosso século*, esse

¹⁰³ *Annaes de Medicina Pernambucana*. Proemio. Ano I, nº I, 1842.

¹⁰⁴ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters*, 1834.

papel decisivo que a ação governamental dizia protagonizar na promoção das luzes. A tentativa de inocular a população, disto oferecia outro testemunho: ela servia, também, para identificar as causas que podiam, quando não frustrar, ao menos fazer mais demorado o avanço da civilização. Marcava-se, daquela forma, que a resistência da população, sua ignorância, seu flagrante desleixo e atraso, causavam um mal-estar para a civilização, um prejuízo muito maior que aquele que a imperícia dos aplicadores e o defeito dos fluidos, juntos, podiam causar.

Alguns médicos, entretanto, ofereceram uma leitura alternativa à resistência da população, e que, de certo modo, aparecia implicada com o ato médico. Mas numa zona que não se podia afirmar completamente negativa.

[...] as opinioes médicas do povo só differem pela datas das nossas; o que o povo pratica foi crença de nossos predecessores: nós progedimos, o povo parou, e quando ossos sucessores tiverem com repetidas experiencias modificado nossas opiniões therapeuticas, estai certos que hão de ver praticar pelo povo o que nós hoje lhe aconselhamos, e que hão de encontrar resistencias derivadas dos habitos que nós lhe estamos dando¹⁰⁵.

A resistência, nesta perspectiva, não indicava ignorância ou ausência das luzes, mas o apego a uma tradição terapêutica urdida em torno de critérios dispostos pela própria ciência médica. A “aversão”, que a pasta do Império não cansaria de registrar, era explicada, assim, por uma clivagem temporal instalada entre *avanço científico* e *mudança na mentalidade social*, disjunção que podia ocasionar repugnância da população a um curativo, menos em função de sua tecnologia, e mais por sua novidade.

Seja qual fosse o alcance dessa leitura, e a contraprova que os próprios médicos em outras ocasiões apresentassem, é certo que médicos lotados na *SMP*, demonstravam, por vezes, indisfarçável tendência a relativização da capacidade

¹⁰⁵ *Annaes de Medicina Pernambucana*. Relatório. Ano II, nº III, 1843.

governamental como agente civilizacional. Nessas ocasiões, apresentava a si própria, em sua relação com o governo, como termômetro. Era ela, quem oferecia “provas incontestáveis da sua utilidade para a província”¹⁰⁶. Inscrita entre as associações com as quais se podia medir o *grão de civilização a que chegou um povo*, via sua capacidade de publicação e de fomento a pesquisa, comprometida pela redução e posterior corte do subsídio governamental. E a “penúria do thesouro provincial”¹⁰⁷, mesmo quando alegada para justificar um fomento cada vez mais minguido, não escondia explicação mais convincente.

Justo seria na verdade que aquelles a quem incumbe promover a consolidação e prosperidade dos estabelecimentos úteis vos conferissem um subsidio para os fins mencionados. Mas entando a justiça desta resolução ligada a idéa que os distribuidores das rendas públicas possam formar da real utilidade deste estabelecimento, a vossa delicadeza e a vossa dignidade de mãos dadas se oppoem a que em vosso nome se articule a mínima solicitação¹⁰⁸.

Entre os fins mencionados, contavam, obviamente, a produção científica e a saúde pública, aspectos estes, que a *SMP* acreditava comprometidos pela ausência de percepção sobre sua *real utilidade*. É verdade que alguns médicos faziam uma distinção entre responsáveis pela *consolidação e prosperidade* da associação e administradores das rendas públicas; mas se tratava de uma distinção sem efeito, pois era o Legislativo quem subsidiava a *SMP*, e seria o protetor perpétuo quem iria propor um destino mais útil para os recursos investidos naquela instituição. Desinvestimento problemático e contraditório, na perspectiva daqueles médicos. Mas seja como for, era certo, para os práticos associados, que o Governo, na prática, reduzia a capacidade de uma agência que, num mesmo movimento, indicava e disseminava civilização.

¹⁰⁶ Idem.

¹⁰⁷ Ibidem, Relatório Ano II, n° V, 1843.

¹⁰⁸ Ibidem, Ano II, n° III, 1843.

Nesse estado de coisas, os médicos puderam pouco mais que desabafar sobre sua condição. E, sempre que se apresentou ocasião, denunciaram os lugares e os mecanismos que faziam fracassar os esforços para a promoção de um ganho civilizacional. Os médicos se ressentiam, ao mais das vezes, da falta de procedimentos burocráticos, de um corpo administrativo, de uma polícia médica efetiva. Incrédulos, mostravam-se desesperançosos quanto à construção da Ordem, posto que “[...] nos próprios tribunais o castigo de crimes horrorosos é tão raro, que por insolito mais parece vingança particular do que justiça publica [...]”¹⁰⁹.

De qualquer maneira, é bom que se registre que a percepção da *SMP* sobre existência da polícia médica, não estava resolvida. Havia, de fato, uma indecidibilidade quanto a afirmar ou negar sua existência. No caso acima registrado, sua existência se pressupõe pela descrição, que um de seus médicos associados faz, do funcionamento da justiça penal. Mas em outros momentos, os médicos não se furtarão de registrar que “tudo afirma[va] a ausência absoluta da policia sanitaria em o nosso Paiz”¹¹⁰. E também aqui, os médicos responsabilizavam um governo pouco exitoso, durante a primeira metade do século dezenove, em seu projeto de *construção da Ordem*, fosse ela civil ou burocrática.

As divergências assinaladas, provavelmente legíveis para a esfera política, determinaram a relação desta com as *Sociedades de Medicina*. E, se for verdade que constituíam uma espécie de limitação ao uso que se podia fazer das mesmas, não se deve, por isso, superestimar a utilidade daquelas associações, ou reconhecer nelas uma capacidade de efetivar todas as funções que para si mesmas designavam. É de se notar que se tratava de funções e utilidades que se revelavam, em alguns casos,

¹⁰⁹ Ibidem. Relatório. Ano II, n° V, 1843.

¹¹⁰ Ibidem, Discurso. Ano I, n° II, 1842.

contraditórias entre si¹¹¹. De qualquer modo, não me parece o caso de desconsiderar seu uso restritivo como uma espécie de indicador dos passos curtos da ação governamental em saúde pública.

Considerei, até aqui, a *formação pericial* e o *projeto político* como elementos que restringiam o uso dos facultativos e das *Sociedades*, em sua qualidade de recursos com os quais se podia intervir na saúde pública. Afirmei, assim, que a expedição de diplomas como privilégio exclusivo das faculdades, criava empecilhos para uma formação eficiente. Do mesmo modo, considerei o desejo das *Sociedades de Medicina* de deslizar do local apolítico que lhe estava determinado, exigia do Governo, que dispusesse dos seus serviços de maneira particularmente estreita. No entanto, qualquer movimento em direção a saúde pública dependia, no limite, de *recursos financeiros*.

Era assim que a expedição de diplomas e sua relação com as distâncias geográficas, era o menor dos problemas das faculdades. Durante as décadas de 1830 e 1840, as faculdades ansiaram por uma vida escolar regular, não concretizada, contudo, em função de seus poucos recursos. E é por isso que, mesmo não fazendo sentido discriminar, como faziam os associados da *SMP*, em certas ocasiões, as autoridades responsáveis pela saúde pública dos distribuidores de renda, é preciso atentar para certa política financeira orientando o investimento em salubridade.

Disto o Hospital da *SCM*, lotado na Corte, oferece exemplo: adequá-lo *aos princípios de todos os Economistas do nosso século* era, certamente, constituí-lo como um espaço racional. Mas não se tratava, absolutamente, de seu aspecto curativo,

¹¹¹ Havia certa ambigüidade na tentativa das Sociedades de produzir conhecimento e, ao mesmo tempo, figurar como órgão formativo de uma cultura medicalizada entre a população: acreditavam que a deserção fazia parte da natureza científica, permitindo sua evolução; mas se sentiam pouco a vontade com a publicidade dos debates, pois temiam desorientar seus leitores e levá-los as práticas clínicas menos recomendadas.

pedagógico ou científico, mas do modo como a instituição deveria gerir suas finanças.

Era preciso compatibilizar entradas e despesas. Suas rendas provinham

do aluguel de cento e oitenta e sete prédios urbanos, do foro de trinta e oito terrenos, do juro de fundos Públicos, da quota de duas Loterias, do subsidio dos Vinhos, do Despacho Marítimo; de legados, e esmmolas; de alugueis de caixões, e pannos; do pagamento de curativos, e sepulturas”¹¹²

A despeito disto, a *SCM* produzia uma despesa de mais de vinte e cinco por cento acima de suas entradas. Já próximo ao final da década de 1830, o hospital contava em seu quadro, com cento e trinta funcionários, para uma média de quatrocentos enfermos. Mesmo que o aluguel de seus prédios lhes rendesse a quantia de 55.000\$000 Rs., seus gastos com manutenção chegavam à soma de 30.000\$000 Rs., o que não permitia à sua administração se onerar com despesas extras, para lhe erguer outra instalação¹¹³.

Daí a unanimidade e a insistência, entre os diversos ministros responsáveis pela questão, sobre a necessidade de confeccionar um novo compromisso para a *SCM*. Parecia-lhes certa, a necessidade de regras que pudessem submeter suas despesas a uma fiscalização adequada, que estipulassem critérios para a utilização de sua assistência¹¹⁴, e que fixassem valores para o acesso a atenção médica¹¹⁵. Daí também, o esforço em liberar a *SCM* de sua responsabilidade com os “dementes” e as recolhidas¹¹⁶, bem como dos socorros aos “escravos da Nação”¹¹⁷.

Esse ajustamento racional ocupou ministros durante toda a década de 1830. As regras foram criadas e novos critérios estabelecidos. Foram iniciadas, ainda, obras para

¹¹² *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters, 1837.*

¹¹³ *Idem.*

¹¹⁴ *Idem.*

¹¹⁵ *Ibidem, 1834.*

¹¹⁶ *Ibidem, 1834, 1835*

¹¹⁷ *Ibidem, 1834.*

a construção de prédios novos, os valores dos aluguéis daqueles já existentes foram revistos, e as despesas com os funcionários foram diminuídas com o uso de cativos para os serviços que exigiam pouca especialização.

Mas, se a preocupação com os hospitais e o tipo de intervenção que ali se podia efetuar é, certamente, um exemplo, ele é, todavia, pouco paradigmático, pois se tratava de um espaço que podia se autogerir. Racionalmente administrado, não contaria, no pior dos casos, com nenhum lucro. Ademais, os hospitais funcionavam no limite entre saúde e a caridade, sendo preciso, portanto, observar outras ações governamentais, e sua relação com custos.

Obviamente, não havia quase nenhuma ação em saúde pública que não demandasse do Executivo o dispêndio de verbas. O dessecamento dos pântanos, a construção de cemitérios, a limpeza das ruas, concerto e construção de calçadas e canais, a disseminação da inoculação, o controle dos portos, tudo, enfim, reclamava investimento, em geral a altos custos. Como assunto da pasta do Império, saúde pública se relacionava, já foi dito, com *socorros públicos*, mas também, já se pressentia, com *obras públicas*. Sua consecução efetiva exigia, portanto, uma ação coordenada da pasta com outros ministérios. O da agricultura, certamente, posto que a insalubridade comprometia as terras férteis onde vinha se assentar parte da prosperidade da Nação. Mas qualquer coisa que se pudesse realizar dependia, prioritariamente, do que a pasta da Fazenda pudesse lhe aprovar.

Não foi preciso se demorar nos relatórios do *Ministério da Fazenda* para perceber seu pouco entusiasmo com a salubridade. Isso, de fato, já se sabe pelos arranjos da pasta do Império para suprir, em saúde, o que lhe fosse possível. O critério já foi indicado: a pasta priorizava alguns aspectos da salubridade pública, em função de sua relação com o desenvolvimento do comércio e com a civilização. A

aparelhagem institucional montada e os recursos humanos empenhados para a inoculação da população e para a saúde dos portos, esgotavam, juntamente com as despesas para a formação de profissionais da saúde, os recursos financeiros disponíveis para a saúde.

Descrevi e analisei o modo único como a saúde dos portos recebeu a atenção da ação governamental. Foi a zona portuária que recebera a única regulamentação efetiva em saúde, durante as décadas de 1830 e 1840. Sua letra se viu modificada diversas vezes, o que testemunha a vontade dos dirigentes de adequá-la aos contextos. Ademais, sua inspetoria contou, para otimizar sua ação, com peritos fora do domínio médico (secretários bilíngües), responsáveis pela tradução da regulamentação para o idioma francês e o inglês. É certo que, algumas vezes, essa estrutura experimentou certo refluxo, como acontecera em 1835, ano que a capital do Império vira a diminuição do número de seus facultativos e a extinção do destacamento de Villagáinon. Mas, esse mesmo regulamento aumentou a gratificação dos seus facultativos e demais funcionários¹¹⁸.

Tratava-se, em todo caso, de uma prioridade indiscutível quando se observa, como se segue, até onde a ação governamental se dispunha a chegar, para garantir o funcionamento eficaz da fiscalização portuária. Em 1833, dois médicos lotados no porto da Corte quedaram doentes. Licenciados, a pasta do Império contratou, de imediato, substitutos, que tiveram suas gratificações pagas pela Fazenda Publica. Ora, essa atitude ia de encontro ao que estava previsto pelo regulamento: eram os licenciados os responsáveis pelos custos com os substitutos. A pasta, dessa forma, era obrigada a explicar sua contravenção.

¹¹⁸ Ibidem, 1836.

Esta medida foi obrigada pelas circunstancias. Se essa gratificação se deduzisse das que percebem os efectivos, como em rigor se deveria praticar, elles se despedirão de hum serviço tão arriscado, e oneroso, vendo-se privados dos meios de subsistência, (pois que na realidade lhes não resta tempo para usarem fora da sua Arte) na ocasião em que niais careção delles; e difficilmente seria preenchida a sua falta em hum paiz onde a pratica da Medicina offerece, com muito menor incommodo, vantagens muito maiores, que as que elles percebem. As privações nos destacamentos; a obrigação de andar constantemente no mar, em hum porto tão frequentado, como o desta Capital, ao rigor de hum sol ardente, e de chuvas copiosas, fazem com que os Empregos desta Repartição não sejam appetecidos, e até se torne indispensável augmentar-lhes desde já os vencimentos, como proporei no Orçamento, que tem de vos ser apresentado¹¹⁹.

A saúde do porto era administrada, desta forma, por médicos capazes de se sujeitar salários considerados aquém dos riscos e das condições a que estavam submetidos. Nestas circunstâncias, é admirável que os registros marcassem uma regularidade no funcionamento da inspetoria. Mas o ministro não queria arriscar: parecia-lhe difficil encontrar profissionais que se sujeitassem àquela situação, e a pasta julgou não ser aquele, o momento adequado para construir uma convicção sobre a questão. Não somente onerou os cofres públicos de modo temporário, como previu um aumento efetivo para os médicos efetivos.

Os dirigentes, como já registrado, também demonstraram disposição semelhante para de investir na inoculação da população. É certo que, aqui e ali, a ação governamental pôde se servir de vacinadores dispostos a prestar os seus serviços sem qualquer remuneração. No geral, entretanto, inocular a população era um investimento caro. Foi preciso, após a instituição da *JIV*, estabelecer diretórios pelas Províncias e municia-las com applicadores e professores. Ficou discriminada, ainda, a necessidade de remuneração diferenciada para o diretor da *JIV*. A reforma institucional, ocorrida na

¹¹⁹ Ibidem, 1834.

segunda metade de 1840, implicou em alto custo para o Governo, e sua consecução só pôde se exercer após aprovação da Lei Orçamentária que se impunha na época.

O aspecto legal e os recursos econômicos, não cobriam, porém, todas as dimensões necessárias para a promoção da salubridade pública. Assim, a pasta do Império recorria a arranjos, como a indicação de aforamento dos terrenos alagados na Corte, pode bem indicar a intenção de deixar para particulares, a tarefa de tornar salubre as terras públicas. Mas soluções como esta encontravam outros obstáculos, e que o fracasso dos esforços para a efetuação da salubridade pública, na década de 1830, em Pernambuco, ajuda a compreender sua natureza.

A presidência da Província pernambucana expunha, no final da década de 1830, os inconvenientes de uma ausência de cemitérios fora da cidade. Assinalando, de partida, considerações morais sobre a prática de enterramentos nas igrejas, a queixa evoluía para seu aspecto salubre. Assim, a prática de enterrar os mortos nas igrejas era condenável porque “produz[ia] acidentes perigosos e moléstias graves, e às vezes epidêmicas por causa do ar corrupto, que aí se respira obrigatoriamente”. Contra isso se fazia necessária, portanto, “uma lei pois, que marcasse os privilégios, de que gozaria uma Companhia, que fundasse um tão útil estabelecimento, e bem assim as obrigações, a que devia estar sujeita, por certo tempo, seria digna de vossa sabedoria e patriotismo, e mereceriam as bênçãos de nossos concidadãos”¹²⁰.

Os dirigentes insistiam, também, sobre a necessidade de encanamento das águas do rio Beberibe, projeto este que se arrastava desde 1822. E, dentre as causas apontadas como responsáveis pela não execução do projeto, concorria o fato de “serem insuficientes as vantagens, oferecidas pela Lei de 29 de agosto de 1828 aos que

¹²⁰ *Chicago University, Brazilian Government Document Digitization Project, Provincial Presidential Reports, 1840.*

quiserem tentar empresa desta natureza”. E aqui, como no caso do cemitério, era solicitada ao *Legislativo* a superação dos entraves para a salubridade pública, posto que, era tão somente através de “medidas legislativas” que os cidadãos poderiam se empenhar numa obra tão útil e filantrópica”¹²¹.

Ora, o que estava em jogo nessas leis que se exigia, era a dilatação do investimento econômico em obras destinadas a tornar a Província salubre. E, posto que a maior parte delas só podia se efetuar a partir de contratos com empresas especializadas, uma das condições de possibilidade de promover a salubridade pública, era a vantagem econômica que sua efetivação encerrava. Os recursos limitados que as leis orçamentárias impunham, era incapaz de promover, ao mesmo tempo, lucro e salubridade.

Diante do quadro descrito, é possível afirmar que, durante a primeira metade do século dezenove, os dirigentes do Império e de suas Províncias, creditaram para si a responsabilidade de prover o bem-estar moral, mas também físico dos povos. Não se tratava propriamente de uma *política*, mas de uma *ação governamental em saúde*, legível a partir de seu potencial em produzir *credenciais de civilização* que a recunhagem da moeda colonial exigia.

Dessa saúde pública não se poderá formar, contudo, imagem como a de um objeto perfeitamente esférico ou mesmo como uma superfície lisa e estriada; seus setores experimentaram maior ou menor atenção governamental, e a partir de diferentes critérios: comercial e civilizacional, no caso da saúde dos portos; político, quando se tratava de Sociedades, como as de medicina. Seja como for, a disposição e a forma que seus recursos foram utilizados, e ausência de prioridade da saúde pública, constituiu, para a ação governamental, seu calcanhar de Aquiles, fazendo com que,

¹²¹ Idem.

apesar de todos os esforços, a ação governamental intencionasse uma maior efetuação, caso sua circunstância lhe permitisse.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num livro que reúne uma série de conferências realizadas na Sorbonne, em 1930, o fisiologista americano Walter B. Cannon, reflete sobre a possibilidade de extrair princípios gerais de regulação capazes de se aplicar à realidade social, a partir do estudo da *homeostase* (atividade de regulação do organismo) biológica. Se “o novo conhecimento dos mecanismos estabilizadores [...], oferece[...] uma nova explicação dos defeitos da organização social e dos possíveis modos de tratá-los” (CANNON, 1946, p.251), eis uma das formas que Cannon apresenta a questão, e que lhe conduz a busca das “analogias aparentes” entre o organismo biológico e o “organismo” social.

Sua descrição da homeostase animal, parte da atividade celular individual e subordinada ao meio externo e imediato, até sua aglutinação para formação de órgãos que exigem das mesmas uma atividade especializada. Este último aspecto é o que mais interessa. Pois nessa especialização das células, Cannon encontra aquilo que definiu como *divisão do trabalho*, ou, de outro modo, a fixação, permanente ou temporária, das células em determinados órgãos, se achando as mesmas impedidas de encontrar alimentos, por si mesmas. E é em função dessa impossibilidade que se forma, no

organismo, um meio interno, responsável pela circulação e distribuição dos nutrientes necessários para a sobrevivência das células.

E eis como se dá a analogia entre o biológico e o social.

Nas condições primitivas, pequenos grupos humanos, que viviam da caça e da agricultura rudimentar, enfrentavam circunstâncias não muito diversas das que prevalecem na vida das células simples e isoladas. Os indivíduos eram, certamente, capazes de se mover livremente e de se bastarem por si mesmos, porém eram dependentes do que o seu meio imediato lhe poderia fornecer no momento. Tinham um limitado controle sobre esse meio. A necessidade tornava-os submissos ao que era por ele determinado.

Somente quando os seres humanos se agrupam em grandes agregações, tal como as células o fazem para formar organismos, é que aparece a oportunidade de desenvolver uma organização interna que pode oferecer, para a maioria, o auxílio mútuo [...] Porém, com o desenvolvimento de comunidades sociais maiores e mais complexas, do mesmo modo que a evolução dos organismos maiores e mais complexos, o fenômeno da *divisão do trabalho* [grifo meu] torna-se cada vez mais pronunciado (Idem, p.254-5).

Que seja guardado, dessa passagem, dois aspectos. Primeiro, a analogia assinalada, se contenta em marcar semelhanças de percurso: Cannon não diz nada sobre a natureza das células ou do grupo social; apenas descreve uma trajetória histórica comum. Tanto células como homens, emergem isolados e limitados, por dependerem do meio externo, e, com o tempo, experimentam e se estabelecem numa atividade coletiva. Segundo, tanto para as células como para os homens, a divisão do trabalho significa, de um lado, especialização, e, de outro, a formação de um meio capaz de disponibilizar recursos para a subsistência dos especialistas. O que se segue, no texto de Cannon, multiplica as analogias, tornando cada vez mais íntima a comunhão entre “organismo” animal e social.

As analogias propostas por Walter B. Cannon são problematizadas, vinte e cinco anos mais tarde, por Georges Canguilhem (2005). Deixo de lado suas observações sobre o problema comum em torno das regulações sociais, presentes no

pensamento de Cannon e Bergson, e sobre aquilo que definiu como a “dupla tentação de assimilação”¹, para me dirigir a um dos aspectos de sua crítica, que mais interessa aqui: a confusão, muito anterior a Cannon, mas que, de qualquer forma, atravessa seu pensamento, entre *organismo* e *organização*.

Para Canguilhem, na sociedade, a organização se traduz a partir de um *agenciamento*, enquanto que “o faz o organismo é precisamente o fato de que sua finalidade, sob a forma de totalidade, esteja presente, e esteja presente em todas as partes” (CANGUILHEM, 2005, p. 84-85). E Posto que finalidade e ideal, em Canguilhem, são termos que se confundem, a regulação social não poderia se pautar na homeostase orgânica, posto que, “para a sociedade, o que se discute é saber qual é seu estado ideal ou sua norma” (Idem, p.76). O que Cannon fez, assim, foi comparar um organismo, e por isso, um fenômeno onde sua essência é dada em todas as suas partes e funções e com a sociedade que, a rigor, não está sujeita a nenhum *a priori*, ou em todo caso, que sua essência nunca será decidida definitivamente.

O que me parece fundamental, contudo, na ocasião da crítica a Cannon, é o contexto em que ela se efetua. Canguilhem, que as apresentava numa conferência, se dirigia aos judeus reunidos na Aliança Israelita Universal. Destaco aqui, uma porção das últimas palavras que Canguilhem a eles dirigiu.

Nessas condições, caso eu não tenha lhes provado, caso não tenha sido bem-sucedido — e estou bem longe disso — [...], se não consegui lhes provar (e, além do mais, nessas matérias não há provas) que a sociedade não é um organismo, que não se deve deixar de dizer que ela pode assemelhar-se a um organismo, e que, portanto, *é preciso estar muito vigilante a respeito de todas essas assimilações cujas conseqüências são as que os senhores podem bem imaginar* [grifo meu] [...] (Idem, p.87-8).

¹ Trata-se das trocas conceituais que se estabelece, desde a Antiguidade, entre o domínio médico e o político, este último mediado, na modernidade, pelas ciências sociais. Nestas, a assimilação do princípio de Broussais, por Auguste Comte (CANGUILHEM, 2002), ocupa uma posição basilar.

Conseqüências que os judeus podem, para além de imaginar, *testemunhar*.

Estou convicto que, embora não encontre colocação explícita, que suas palavras não façam mais que insinuar, Georges Canguilhem se depara com enunciados característicos da estrutura política moderna, e que Michel Foucault definiu, na década de 1970, como *biopolítica*. Temática de curta trajetória neste autor. Suas pesquisas se concentraram nos enunciados e nas técnicas de *governamentalidade* (FOUCAULT, 1999; 2008a; 2008b).

No entanto, é a partir da teoria sobre o *estado de exceção moderno* (2004), tal como emerge em Giorgio Agambem, que a reflexão sobre o biopoder alcança seu desenvolvimento mais sofisticado. Nele, as pesquisas empíricas que sustentam a problemática, se deslocam dos sistemas punitivos e dos dispositivos de sexualidade, para o campo de concentração, laboratório por excelência, segundo o autor, da experiência biopolítica, criatório do Homo Sacer, ou, de outro modo, o homem insacrificável, porém capaz de ser morto. O campo é, antes de tudo, um espaço para onde se exerce a “matabilidade”, e que encontra sua condição de possibilidade, na imbricação entre enunciados políticos, jurídicos e médicos.

É isso que o judeu testemunha (AGANBEM, 2008).

Seu assassinato não constitui [...] nem uma execução capital, nem um sacrifício, mas apenas a realização de uma mera ‘matabilidade’ que é inerente à condição de hebreu como tal. A verdade difícil de ser aceita pelas próprias vítimas, mas que mesmo assim devemos ter a coragem de não cobrir com véus sacrificiais, é que os hebreus não foram exterminados no curso de um louco e gigantesco holocausto, mas literalmente, como Hitler havia anunciado, ‘como piolhos’, ou seja, como vida nua. A dimensão na qual o extermínio teve lugar não é nem a religião nem o direito, mas biopolítica (AGANBEM, 2002, p.121).

Essa verdade não era legível para Canguilhem. E o fato de que os judeus que lhe escutavam pudessem apenas imaginar o holocausto, em nada diminui o perigo que

Canguilhem pressentia na troca entre medicina e política, e que já se podia colher, ali mesmo, exemplos históricos.

Essa mesma assimilação do corpo político pelo orgânico se operou nos enunciados, e, algumas vezes, nas práticas dos médicos brasileiros, ao longo do Oitocentos, e a recuperação tópicos analisados nesta tese permite evidenciar.

A análise dos motivos dos chistes serviu para adiar a emergência da ofensiva médica, pois como a concebo, lhes faltava as condições de possibilidade para efetivar-se. Em 1829, os médicos contavam com menos que um punhado de leis de letra ambígua. Esta afirmação é pertinente sobre a legislação das faculdades de medicina, da validação de diplomas e do mercado de trabalho em saúde. Observando as instituições de ensino, compreende-se a preocupação metodológica de Michel Foucault em não tomar as coisas pelas palavras: ora, as faculdades de medicina não exercitavam em medicina. Em sua dinâmica, aquelas escolas não conseguiram legar, durante a primeira metade do sec. XIX, mais que pressupostos teóricos e na ausência da prática, não havia formação técnica que permitisse, aos práticos, uma intervenção eficaz.

Dessa forma, o que aqui se exigiu para a efetividade de uma ofensiva médica, o que ela necessita para produzir uma subjetividade (pois ela, mais que repressão é produção) é uma intervenção positiva de seus práticos. E esta intervenção só é possível no momento em que a ofensiva opera em acordo com um sistema perito. Isso porque o corpo técnico, na época moderna, só aceita os riscos de sua operação, dentro de um contrato que é capaz de redistribuir, a cada intervenção, a responsabilidade por uma terminação fatal, entre os sujeitos que participam do jogo que anima a atenção médica.

Foi isso que, mais tarde, a obsessão pela observação, ao se deter sobre os fenômenos de natureza orgânica ou cultural, permitiu mapear os fenômenos físicos,

culturais e políticos que, sozinhos ou em relação, davam lugar à manifestação da doença. As Constituições Médicas, ou antes, a descrição dos fenômenos que se abriam ao olhar, deu lugar à socialização da responsabilidade pela doença e pela morte. Por isso, para além da redução das taxas de óbitos, problemática esta que os chistes apresentam de modo insistente, a falta de perícia médica é acompanhada pela falta de um saber regular, capaz de sustentar, na prática, procedimentos de inquérito que são capazes de decidir sobre a responsabilidade médica.

Na década de 1840, os médicos produziram enunciados sobre a dupla destinação da medicina, envolveram diversas práticas sociais em procedimentos burocráticos, utilizaram e registraram as técnicas de intervenção nos organismos biológicos e organizações sociais, e desenvolveram tecnologias desejosas de encontrar a regularidade dos seres e das coisas. É possível que, neste momento, uma ofensiva médica estivesse a se pronunciar. Pelo menos é o que parece sugerir uma parcela das atividades do Conselho Geral de Salubridade Pública, na Província de Pernambuco, principalmente aquelas referentes à regulação dos funerais e enterros. Mas, a essa altura, a ofensiva ganha importância secundária para esta tese, posto que o que ali começa a se gestar interessa muito mais no nível das técnicas e da produção de verdades. Sob a rubrica de normalização, os médicos passam a desenvolver sua capacidade de devolver equilíbrio a um tipo qualquer de organismo. E, trazendo à lembrança as condições em que as faculdades de medicina operavam, durante a primeira metade do Oitocentos, fica evidente que os processos de normalização começaram a intervir, primeiramente, no próprio corpo médico, para produzir, assim, um sistema perito.

O funcionamento de uma perícia credenciou os médicos a produção de verdades. A partir daí, deram como certa a semelhança entre organismo e sociedade, e

estabeleceram as leis que regiam seu funcionamento. O seu saber se detinha sobre dois aspectos: uma analítica das relações, dedicada as interações entre elementos de naturezas diversas, capazes de romper o equilíbrio de um organismo, e a descrição das regularidades, ou, de outro modo, o mapeamento das regras que constituem a ordem. Havia aí, um compromisso político, e que a preocupação dos médicos com a Ordem pôde demonstrar.

Tratou-se, portanto, de um duplo movimento, que ia da politização da medicina até a medicalização da política. Esse movimento não é surpreendente se for levado em consideração que o pressuposto de uma identidade comum entre os fenômenos fisiológicos e patológicos foi difundido, mesmo nos círculos médicos, menos por Broussais e Bichat, e mais pelos escritos de Auguste Comte. Sua aposta, tal como entende Canguilhem, de “que a terapêutica das crises políticas consiste em trazer as sociedades de volta à sua estrutura essencial e permanente [...]” (CANGUILHEM, 2002, p.42), está assentada nos mesmos pressupostos sobre o equilíbrio da economia animal, e que sustentou a produção das Constituições Médicas. É evidente que os médicos faziam uso de uma teoria social capaz de politizar sua experiência.

No entanto, no Império brasileiro que se constituía, as condições de possibilidade para seu beneficiamento a partir de uma gestão da vida, não se apresentavam maduras. Em sua razão de Estado a promoção da saúde aparece, é verdade, como elemento estratégico para o aumento da riqueza e da felicidade. Mas isso não significou, na primeira metade do sec. XIX, um investimento condizente com essa percepção. O modo como O Estado articulou a ação em saúde e questões econômicas e a desconfiança que manteve em relação às Sociedades de Medicina, disso dão testemunho. A percepção de Michel Foucault sobre o Estado enquanto um

universal se aplica muito bem aqui: ele é, ao mesmo tempo, um *a priori* e algo por se fazer (FOUCAULT, 2008, p. 6-7).

Em todo caso, os procedimentos que o Estado irá vampirizar, em algum momento do seu fazer-se, não deixará de agenciar as técnicas médicas e fazê-las cooperar com a dilatação das razões de Estado. Mesmo mal formulada, parece ser essa a percepção que Jurandir Freire Costa sustentou sobre as relações entre o higienismo e Estado, já ao final do Oitocentos. Com a sua apropriação mais geral pelo domínio das relações de poder, o saber e a técnica experimentaram uma reorientação de suas finalidades, deslizando, pouco a pouco, do âmbito de uma ofensiva médica para o exercício do direito de direito de soberania.

Isso sugere que minha pesquisa empírica deve alcançar, de um lado, a produção de dados estatísticos na Província de Pernambuco, durante a primeira metade do sec. XIX. No começo da década de 1840, os *Annaes de Medicina Pernambucana* registrou, com certa frequência, a crença de alguns médicos no poder estatístico para instituir certeza.

Notai, Senhores, todas as vezes que se me apresentam questões importantes, surge imediatamente a falta d'estatistica medica para tornar duvidosa a solução dessas questões.

E a decisão sobre a eficácia dos curativos é adiada, na ausência de um mapa.

O tratamento empregado não terá alguma influencia sobre a terminação da enfermidade? Por certo que assim deve ser; porem cumpre não entrar aqui em questão que é sobremodo delicada, melindrosa, e talvez impossivel de agora decidir, visto que nos faltão quadros estatísticos.

Nos círculos políticos, a produção, posse e gestão de dados estatísticos era objeto a se disputar. Deixo de lado os atores e os motivos das polêmicas, para destacar a mesma convicção na verdade estatística demonstrada pelos médicos.

Demonstrai-nos, por dados estatísticos o melhoramento, que neste ponto [segurança pública] tem tido a província [...]

Ou, ainda, para marcar como esses efeitos de verdade se fazem acompanhar por um exercício de poder, e que se inscrevem no próprio modo como se compõe o quadro.

MAPPA [grifo meu] *demonstrativo do numero de mortos e ferimentos graves, havidos na província, SEGUNDO AS INFORMAÇÕES DA POLICIA* [grifo meu], desde o 1.º de julho de 1844 até o ultimo de dezembro de 1845.

Nos dois domínios, portanto, a verdade se manifesta a partir dos números, a certeza é numérica, é matemática. É, ao mesmo tempo, produção de saber sobre a população e exercício de poder sobre a mesma, através de dispositivos como a normalização. A partir daí, a pesquisa poderá acompanhar outros níveis de relação entre os médicos e o Estado. Será possível perguntar, por exemplo, sobre os mecanismos de captura e forma de funcionamento nos enunciados sobre a gestão do Estado.

Na perspectiva teórica, me parece que as conclusões desta tese sobre a formação de um meio técnico, sobre o caráter político da tecnologia médica e sobre a emergência de um exercício biopolítico, confirma não apenas a fecundidade da direção aberta por Michel Foucault, como exige acompanhar seus desdobramentos na atualidade. É assim que, penso, será preciso repensar as conclusões a partir da teoria do Estado, tal como vem sendo desenvolvida por Giorgio Agamben.

Como se sabe, Giorgio Agamben opera uma correção histórica no pressuposto foucauldiano sobre o biopoder, ao evidenciar um dispositivo, que data da antiguidade romana, no qual um indivíduo, embora não sacrificável, podia ser morto, sem que sua morte fosse tomada como objeto legal (AGAMBEN, 2002). Dessa forma, a política

moderna não é caracterizada pela emergência da biopolítica, mas pela centralidade que essa experiência política assumiu e que toma a vida nua como objeto de gestão.

Por outro lado, uma parte das pesquisas empíricas, que sustentam as reflexões de Agamben, se detém sobre os campos de concentração, uma vez que os mesmos figuram como o laboratório moderno da biopolítica. Sua existência e funcionamento são exemplares quanto ao Estado de Exceção, ou de outro modo, sobre a decisão soberana quanto à necessidade de suspensão da lei, uma vez que, na fórmula que Agamben retoma de Carl Schmitt, o soberano é aquele que se encontra, a um só tempo, dentro e fora dos limites da lei, e sobre a *vida que não merece viver* (idem). A aposta de Agamben é que Estado de Exceção e o direito de exercer a matabilidade daí decorrente, tem sido cada vez mais a regra dos Estados modernos, borrando inclusive, a distinção entre Estado totalitário e democrático.

Ora, a construção de uma base racional para exercício da matabilidade, deve muito de sua possibilidade a determinados enunciados médicos. É na década de 1920 que os debates sobre a “vida indigna de ser vivida” e sobre a necessidade de sua destruição emergem na Alemanha. Esse debate que, como se sabe, se alojará cada vez mais em uma zona de indiscernibilidade dos limites políticos e jurídicos se sustentou nas tentativas de determinar a positividade da eutanásia. Era também sugerido que médicos participassem na determinação dos *incuravelmente perdidos*

Quanto ao problema da competência para decidir sobre a autorização ao aniquilamento, Binding propõe que a iniciativa pela requisição parta do próprio doente (no caso em que possa fazê-lo) ou então de um médico ou parente próximo, e que a decisão final caiba a uma comissão estatal composta de um médico, um psiquiatra e um jurista (Ibidem, p. 145-146).

Pressente-se, o papel dessa sugestão sobre a eutanásia, para o exercício do poder soberano e para a efetivação da Solução Final. É possível, também, retornar a

Canguilhem e para sua desconfiança com a relação entre enunciados médicos e regulação social. E, recuando para o sec. XIX, cobrir com a mesma vigilância o desejo médico de exercitar sua influência social, e que dizia ser evidente sua “participação [...] em o Direito Criminal, e na organização geral das Leis penaes”. Pois o soberano exerce seu poder sobre a vida nua, no mesmo momento em que os médicos começam a despí-la.

FONTES

Impressos

Brazilian Government Document Digitization Project, Ministerial Reporters

Brazilian Government Document Digitization Project, Provincial Presidential

Coleção Leis do Brasil

Coleção dos trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública

Periódicos

Annaes de Medicina Pernambucana

O Carapuceiro

O Cruzeiro

Opúsculos

Justa apreciação do predomínio do Partido Praieiro ou História da dominação da Praia. Pernambuco, Na Typographia União, 1847.

BIBLIOGRAFIA

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Medicina, lei e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

ADAM, Philippe. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: editora da UFMG, 2002.

_____ *Estado de Exceção*. 2ª. Ed. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____ *O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha (Homo Sacer III)*. São Paulo: Boitempo, 2008.

ARRAIS, Raimundo. *O pântano e o riacho: formação do espaço público no Recife do século XIX*. São Paulo: Humanitas/FFLCH/USP, 2004.

BHABHA, Homi K. *O local da cultura*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

BILLOUET, Pierre. *Foucault*. São Paulo: Estação Liberdade, 2003 (figuras do saber 6).

BURKE, Peter. *A escola dos Analles (1929 -1989) A revolução francesa da historiografia*. São Paulo: Fundação editora da UNESP, 1997.

CANGUILLEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____ *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANON, Walter B. *A sabedoria do corpo*. São Paulo: Companhia da Editora Nacional, 1946.

CARVALHO, ALFREDO DE. *Annaes da Imprensa Pernambucana de 1821-1908*. Recife: Typografia do Jornal do Recife, 1908.

CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem / Teatro de sombras*. 2.a ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

COELHO, Edmundo Campos. *As profissões imperiais: Medicina, Engenharia e advocacia, no Rio de Janeiro (1822-1930)*.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 2005.

_____. *Crítica e clínica*. São Paulo: Editora 34, 1997. (Coleção TRANS).

_____. *A dobra: Leibniz e o Barroco*. 3ª. Edição. Campinas, SP: Papyrus, 1991.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O que é filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. (Coleção TRANS).

DOSSE, François. *História do Estruturalismo: o campo do signo (1945-1966)*. Bauru, SP: Edusc, 2007. v. 1 (Coleção História).

_____. *História do Estruturalismo: o canto dos cisnes — de 1967 aos nossos dias..* Bauru, SP: Edusc, 2007. v. 1 (Coleção História).

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FIGUEIRA DE MELLO, Jeronymo Martiniano. (1979), *Ensaio sobre a Estatística Civil e Política de Pernambuco*. Recife, Conselho Estadual de Cultura.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *As doenças dos escravos: um campo de estudo para a história das ciências da saúde*. In: *Uma história brasileira das doenças*. Dilene Raimundo do Nascimento, Diana Maul de Carvalho, Rita de Cássia Marques (orgs). Rio de Janeiro: Mauad X, 2006.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975 – 1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Coleção Tópicos).

_____. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b. (Ditos e escritos II).

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU editora, 2005c.

_____. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. *A arqueologia do saber*. 7a. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a (Campo teórico).

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

_____. *Segurança, Território, População: curso no Còllege de France (1977 – 1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Coleção Tópicos).

_____. *Nascimento da Biopolítica: curso no Còllege de France (1978 – 1979)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Coleção Tópicos).

FREYRE, Gilberto. *Sobrados e mocambos: decadência do patriarcado e desenvolvimento do urbano*. São Paulo: Global, 2003.

_____. *Médicos, doentes e contextos sociais: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Globo, 1983.

GAMA, Bernardo José Fernandes. *Memórias históricas da província de Pernambuco*. 2 vols. Recife, 1844; reedição: Recife, Arquivo Público, 1977.

GAMA, Miguel do Sacramento Lopes. *O Carapuceiro*. Recife: Fundação da cultura da cidade do Recife, 1983. v.2;3. il. Edição fac-símile do jornal (1832– 1842).

GROS, Frédéric. *A coragem de verdade*. São Paulo: Parábola Editorial, 2004. (Episteme I).

GUALANDI, Alberto. *Deleuze*. São Paulo: Estação Liberdade, 2003. (Figuras do saber).

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 8ª. Edição. Petrópoli, RJ> Vozes, 2007.

HUNT, Lynn. *A nova História cultural*. 2ª. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (O homem e a história).

KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro, 1808-1850*. São Paulo, Companhia das Letras, 2000.

KIDDER, Daniel Parish. *Reminiscência de viagem e permanência no Brasil, compreendendo notícias históricas e geográficas do império e das diversas províncias*. Tradução de Moacir N. Vasconcelos. São Paulo: Martins. Editora da Universidade de São Paulo, 1972.

KOSTER, Henry. *Viagens ao Nordeste do Brasil*. Tradução e prefácio de Luís da Câmara Cascudo; estudo introdutório e organização de Leonardo Dantas Silva. 11ª. ed. atualizada. Recife: Fundaj; Ed. Massangana, 2002. v.2. il. (Descobrimientos, 16).

LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. *História: novas abordagens*. 4ª. Edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

_____. *História: novos problemas*. 4ª. Edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

LE GOFF, Jacques. *A História Nova*. 4ª. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LLOYD, Christopher. *As estruturas da História*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

MACCORD, Marcelo. *O Rosário dos Homens Pretos de Santo Antônio: alianças e conflitos na história social do Recife, 1848 – 1872*. Campinas, SP: 2001. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

MACHADO, Roberto. *Foucault, a ciência e o saber*. 3ª. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

_____. *Foucault, a filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 2000.

MANCHESTER, Alan K. *Preeminência britânica no Brasil*. Tradução Portuguesa. São Paulo, 1973.

MATTOS, Ilmar Rohloff de. *O tempo saquarema*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MELLO, José Antônio Gonsalves de. *Diário de Pernambuco: economia e sociedade no 2º reinado*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1996

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *Os curandeiros e a ofensiva médica em Pernambuco na primeira metade do século XIX*. In: CLIO – Revista de Pesquisa Histórica. n. 19, 2001. UFPE. PPGH, CFCH. Recife, Ed. Universitária, 2001.

MOURA FILHO, Heitor Pinto de. *Um século de pernambucanos mal contados: estatísticas demográficas nos oitocentos*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: PPGHS/ UFRJ/IFCS, 2005.

MUCHAIL, Salma Tannus. *Foucault, simplesmente*. São Paulo: Loyola, 2004.

NABUCO, Joaquim. *A escravidão*. Recife: Fundaj, Editora Massangana, 1988

NASCIMENTO, LUIS DO. *História da Imprensa de Pernambuco (1821 – 1924)*, Vol. IV – *Periódicos do Recife (1821 – 1850)*, Universidade Federal de Pernambuco, Recife: 1969.

NIETZSCHE, Friedrich. *Escritos sobre história*. Rio de Janeiro: ED. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2005.

ORTEGA, Francisco. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

PAZ, Francisco Moraes. *Na poética da história: a realização da utopia nacional oitocentista*. Curitiba: Editora da UFPR, 1996.

PEREIRA, José Carlos de M. *A explicação sociológica na medicina social*. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

PIMENTA, T. S. *Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos*. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. 11 (suplemento 1): 67-92, 2004.

POL-DROIT, Roger. *Foucault – entrevistas*. São Paulo: Graal, 2006.

PRATT, Mary Louise. *Os olhos do império: relatos de viagem e transculturação*. Bauru, SP: EDUSC, 1999.

RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. *Figuras de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

_____; SILVA, Eduardo. *Negociação e conflito: a resistência negra no Brasil escravista*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

REIS, José Carlos Reis. *A escola dos Analles: a inovação em história*. 2ª. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. *A história entre a filosofia a ciência*. São Paulo: Ática, 1996. (Série Fundamentos).

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

SALGADO, T. S.: *Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28)*. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. V(2): 349-72, jul.-out. 1998.

SARGENTINI, Vanice; NAVARRO-BARBOSA, Pedro. *Foucault e os domínios da linguagem: discurso, poder, subjetividade*. São Paulo: Claraluz, 2004.

SIAL, Vanessa Viviane de Castro. *Das igrejas ao cemitério: políticas públicas sobre a morte no Recife do século XIX*. Campinas: SP: UNICAMP, 2005 (Dissertação de Mestrado);

SOUZA, Sandra Coelho de. *A ética de Michel Foucault: a verdade, o sujeito, a experiência*. Belém: Cejup, 2000.

TARDE, Gabriel. *Monadologia e Sociologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

VEYNE, Paul. *Como se escreve a história; Foucault revoluciona a história*. 2ª. Ed. Brasília, UNB, 1992.

WHITE, Hayden. *Trópicos do discurso: ensaios sobre a crítica da cultura*. 2ª. Ed. São Paulo: Edusp, 2001. (Ensaio da cultura).