

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

O CORTE DA SEXUALIDADE: O PONTO DE VIRAGEM
DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA NO SÉCULO XIX

Renato Beluche

SÃO CARLOS
2006

O CORTE DA SEXUALIDADE: O PONTO DE VIRAGEM
DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA NO SÉCULO XIX

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

O CORTE DA SEXUALIDADE: O PONTO DE VIRAGEM
DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA NO SÉCULO XIX

Renato Beluche

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Ciências Sociais. Área de concentração: Relações Sociais, Poder e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Richard Miskolci

SÃO CARLOS
2006

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

B453cs

Beluche, Renato.

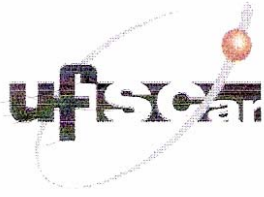
O corte da sexualidade: o ponto de viragem da psiquiatria brasileira no século XIX / Renato Beluche. -- São Carlos : UFSCar, 2006.

102 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2006.

1. Sexo (Psicologia). 2. Psiquiatria. 3. Degeneração. 4. Raça. 5. Desvio social. I. Título.

CDD: 306.7 (20^a)



BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

Renato Beluche

17/08/2006

Prof. Dr. Richard Miskolci
Orientador e Presidente
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof. Dr. Valter Roberto Silvério
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof. Dr. Marcos César Alvarez
Universidade de São Paulo/USP

Agradecimentos

Esta dissertação é resultado da pesquisa que se desenvolveu no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos de 2004 a 2006. Gostaria de expressar a minha gratidão a todos/as que tornaram possível a sua efetivação.

Em primeiro lugar, ao meu orientador, Richard Miskolci, pelo paciente acompanhamento desta pesquisa, leitura e sugestões de inestimável valor para o desenvolvimento do trabalho.

Ao professor Marcos César Alvarez que participou da banca de qualificação, pelos comentários e críticas fundamentais para a redação desta dissertação.

À Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, a Bolsa Mestrado concedida de 2005 a 2006.

Aos colegas da Diretoria de Ensino de Limeira, em especial, aos bolsistas: Heide, Daniele, Paulo, Fernanda e Elenise.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa *Corpo, Identidade Social e Estética da Existência*, pelas leituras, sugestões e comentários sobre a pesquisa.

Finalmente, à Cassia pela ajuda na digitação e revisão dos textos finais, além de toda a compreensão, afeto e dedicação no decorrer desses anos.

Resumo

Durante o último quarto do século XIX, a psiquiatria brasileira estruturou seus discursos em torno da sexualidade. Ela tornou-se o principal elemento na classificação/criação das identidades “desviantes” após 1870, portanto no período de decadência do Império. A ascensão das chamadas “novas idéias” e as medidas abolicionistas fizeram emergir temores sobre a população negra – entendida como perigo social – o que levou a uma nova forma de compreensão da sociedade brasileira e de seus “desvios”. Estas reflexões utilizaram a sexualidade como uma das estratégias que possibilitaram a crítica da velha ordem imperial e também a consolidação da ordem burguesa. Todo o processo ocorreu de forma a evitar mudanças sociais mais profundas preservando desigualdades e hierarquias sociais do passado.

Palavras-Chave: Psiquiatria Brasileira – Sexualidade – Raça - Degeneração – Desvio Social

Abstract

During the last quarter of the nineteenth century, Brazilian psychiatry has based its speeches on sexuality. It became the main element in the classification/institution of “deviant” identities after 1870, in the period of the Empire decline. The appearance of the so called “new ideas” and the anti-slavery measures created fears of the black population – understood as a social danger – that lead to a new way of comprehension of Brazilian society and its “deviant” identities. These theories about social deviance have used sexuality as one of the strategies that made possible the critique of the old imperial order and the consolidation of the bourgeois one as well. The objective was to avoid social change keeping social inequalities and hierarchies from the past.

Key Words: Brazilian Psychiatry – Sexuality – Race - Degeneration – Social Deviance

Sumário

Introdução	09
Capítulo 1: Análise Genealógica.....	16
Capítulo 2: O Nascimento da Medicina Moderna no Brasil.....	27
1. A Independência e a Construção da Ordem.....	27
2. O Saber Médico na Primeira metade do século XIX.....	31
3. O Espaço Urbano.....	41
Capítulo 3: Psiquiatria e Sexualidade.....	48
1. Uma Nova Ciência nos Trópicos.....	48
2. Da ruptura à continuidade: do crime ao criminoso.....	57
3. Os Anormais ou Degenerados.....	67
Capítulo 4: O Corte da Sexualidade.....	74
Considerações Finais: Sexualidade, “Raça” e Nação.....	90
Bibliografia	94

Introdução

Essa pesquisa nasceu do interesse em analisar como se deu, no Brasil, o processo de constituição das diferenças pautado no binômio normalidade e desvio. Para realizarmos essa tarefa foi fundamental estabelecer um recorte documental, histórico e geográfico, a saber: os discursos médicos produzidos no Rio de Janeiro do século XIX.

Escolhemos os discursos médicos no Rio de Janeiro Imperial por vários motivos, dos quais destacamos alguns: os discursos médicos tiveram papel capital na elaboração das idéias científicas de matriz biológica no século XIX, e, em especial, as teses de medicina apresentadas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, um local privilegiado na produção do pensamento nacional, visto que, além do Rio de Janeiro, somente a Bahia tinha uma Faculdade de Medicina. Soma-se a isso o fato de que o Rio de Janeiro era a capital política do Império, centro econômico da produção nacional e palco privilegiado das grandes mudanças ocorridas no Brasil desde o início do século XIX. Isso possibilitou a aglutinação de diferentes extratos sociais (proprietários rurais, profissionais liberais, escravos, homens livres, comerciantes e etc) em diferentes condições (ricos, pobres, em ascensão ou decadência) que promoveu uma complexa rede de relações e práticas sociais. Além disso, a busca, empreendida pelo Império, da construção de uma imagem oficial para o “jovem” país (para usar uma metáfora biológica da época) ajudou no incentivo a uma reflexão sobre sua população.

Ao longo da pesquisa, notamos que os discursos médicos do último quarto do século XIX traziam uma diferença significativa no processo de constituição das identidades consideradas desviantes. Percebemos que, nesse período, as identidades “desviantes” foram, cada vez mais, constituídas por meio da referência à sexualidade. Na primeira metade do século XIX, a sexualidade já funcionava como um fator na construção dos desvios, mas ainda

não era o definidor principal das categorias consideradas desviantes. Nessa perspectiva, buscamos delimitar essas transformações e buscar as explicações sociológicas que nos permitam entender o que estrutura este ponto de viragem da psiquiatria brasileira.

Partindo de uma concepção genealógica (que será melhor desenvolvida no capítulo 1) e a sua ênfase nos cortes temporais em oposição às continuidades infindáveis, tomamos como marco inicial da sociedade contemporânea o século XIX. Desse modo, devemos buscar os cortes históricos que anunciam a lógica de nossa sociedade. A análise desses momentos fundantes nos permite pensar, entre outras coisas, os mecanismos que operam como base estruturante de nossas práticas e representações sociais.

A análise genealógica faz a crítica ao paradigma biológico que concebe a identidade como categoria fixa, centralizada e unificada, fundamentada na dicotomia normal-anormal. Nessa perspectiva, a identidade não seria algo dado naturalmente, mas ao contrário, a própria idéia do natural (assim como a identidade) é uma construção histórica. Não há identidade fixa, essencial ou permanente. Elas são formadas e transformadas continuamente.

A matriz iluminista do “Indivíduo Universal”, a busca da verdade através de uma ciência “neutra e objetiva”, aliada à disciplinarização da sociedade dentro de uma matriz biológica, evolutiva e naturalizante possibilitaram o desenvolvimento de uma série de fenômenos como: a ficção do “sujeito moderno universal” autônomo e que é livre para tomar de suas próprias decisões; nosso sistema educacional com divisões em séries que operam em uma lógica evolutiva bem delimitada por idades e aptidões; e de nossas prisões que, diferentemente do calabouço e do suplício corporal, respondem a novos pressupostos não mais da punição corporal, mas a uma pedagogia da correção.

Essas novas configurações dos séculos XVIII e XIX no ocidente respondem a uma lógica binária. Se, por um lado, nos dão, ou melhor criam, os parâmetros que fundam a idéia de normalidade (do que seria, entre outras coisas, esse sujeito universal, do escolar ou do

“bom cidadão”), inventam também seu correlato lógico: a anormalidade. Em verdade, se logicamente o anormal é consequência ou derivado do que seria o normal, ele é, por outro lado, historicamente primeiro.¹ Essa lógica binária fundada no normal – anormal foi revestida de outras oposições como superior – inferior, branco – negro, heterossexualidade – homossexualidade, loucura – lucidez e homem – mulher.

A lógica dessas relações operam dentro de uma matriz binária na qual o “anormal” funciona como fundante histórico da suposta normalidade. Nesse sentido analisar o que se considera o desvio criador da “anormalidade” é estudar a peça chave dessa lógica binária. Entender os processos de criação, os mecanismos e táticas empregados na sua construção torna-se crucial para pensarmos a gênese de nossa sociedade, que se encontra, historicamente, muito mais próxima do que pensamos.

Georges Canguilhem (2000), em *O Normal e o Patológico*, demonstra que as categorias utilizadas para classificar o normal ou o patológico variam ao longo da história. “Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas” (CANGUILHEM, 2000, p. 113). Para o autor, a “normalidade advirá de sua normatividade” (p. 113). Nesse sentido, analisar os discursos médicos como normalizadores (criador de normas) é de suma importância para entendermos o que a sociedade contemporânea construiu como normal e anormal.

A oposição entre o normal e o anormal foi “naturalizada” no século XIX. Através dessa oposição, as identidades foram hierarquizadas segundo critérios científicos e, portanto, supostamente isentos de valores morais. É o processo de naturalização das diferenças que a historicização e a análise sociológica que empreendemos prova derivar de problematizações historicamente reconhecíveis e datáveis.

¹ Desenvolveremos melhor essas idéias no capítulo 1

Os discursos médicos elaboraram, ao longo do século XIX, a sua ação normalizadora não só através de caracteres fisiológicos (como pulsação, número de plaquetas e etc), mas também, e principalmente, no “corpo social”² regularizando ou normalizando todo um conjunto de práticas sociais.

A percepção da diferença pautada nos atributos mais diferentes possíveis como o corpo, hábitos, posturas e práticas são detectáveis ao longo da história ocidental, mas a transformação da diferença em desvio e patologia é algo recente na história. Antes o diferente não constituía, necessariamente, uma identidade, ou seja, sua diferença não era entendida como definidora de um “eu” ontológico.

A partir do século XIX há a ascensão de uma série de táticas e mecanismos que Michel Foucault denominou de normalização. A normalização possibilitou que os atributos da diferença se “colassem” aos indivíduos, formando identidades, ou seja, uma soma de atributos (físicos, psicológicos e comportamentais) que definiram, ontologicamente, os mais variados seres, criando assim os normais e os anormais. Exemplos disso não faltam: o bêbado comum em qualquer paisagem vai ser transformado em um alcoólatra, o pederasta será transformado no homossexual, e por aí em diante. Práticas que poderiam ser, ou não, recriminadas, passaram a revelar, ou melhor, constituir atributos identitários.

Devemos notar que este sistema de normalização não é um estudo mais apurado das diferenças, mas ao contrário, é uma tática de construção de corpos e de identidades antes não existentes. Podemos notar como as identidades são construídas em diversos pensadores. Erving Goffman (2003), em *Manicômios, Prisões e Conventos*, demonstra que as “instituições

² “Corpo social” é uma expressão corrente na literatura médica do século XIX. Ela designa os indivíduos e tudo o que está em contato com a sociedade (instituições, construções, clima, relevo, etc). A expressão tem uma analogia entre a sociedade e o organismo. Designa, portanto, uma leitura biológica do social.

totais”,³ em especial nos manicômios, não servem apenas para tratar os “loucos”, mas ao contrário, elas criam, na interação social, os objetos que dizem tratar,

de forma semelhante, o estudioso de hospitais psiquiátricos podem descobrir que a loucura ou o ‘comportamento doentio’ atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental (GOFFMAN, 2003, p. 113).

Nota-se, portanto, que identidade e desvio são correlatos que funcionam na interação social e que essa relação não é “natural”, mas, além de historicamente construída, tem um projeto de construção hegemônica envolvido.⁴ Segundo Goffman,

É notável que aqueles que se ocupam das ciências sociais tenham-se habituado com tanta facilidade ao uso do termo “desviante”, como se aqueles a quem o termo é aplicado tivessem em comum tantas coisas significativas que eles poderiam ser considerados como um todo. Assim como há distúrbios iatrogênicos causados pelo trabalho que realizam os médicos (o que então, lhes dá mais trabalho), há também categorias de pessoas que são criadas pelos estudiosos da sociedade e, então, por eles estudadas (GOFFMAN, 1988, p.151).

Foucault também trabalha com uma noção da construção social do desvio, como no caso da delinquência. Para ele, a delinquência é recente, remete às instituições modernas, sobretudo, à polícia e à prisão. Até o século XVIII, o que havia eram bandos nômades. A partir da invenção da prisão, as coisas mudam,

a delinquência era por demais útil para que se pudesse sonhar com algo tão tolo e perigoso como uma sociedade sem delinquência. Sem delinquência não há polícia. O que torna a presença policial, o controle policial tolerável pela população se não o medo do delinqüente? (...) esta instituição tão recente e tão pesada que é a polícia não se justifica se não por isso. Aceitamos entre nós esta gente de uniforme, armada enquanto nós não temos o direito de o estar, que nos pede documentos, que vêm rondar nossas portas. Como isso seria aceitável se não houvesse os delinqüentes? (FOUCAULT, 2000c, p. 137-138).

³ Goffman define as instituições totais como “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerado período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2003, p. 11),

⁴ Sobre a constituição de identidades hegemônicas vide Miskolci, Richard. *Corpos Elétricos: Do Assujeitamento à Estética da Existência*. Texto apresentado no I Colóquio Corpo e Identidade Social. São Carlos, UFSCar, 2005.

Em resumo, a posição que adotamos nesse trabalho é considerar a identidade como histórica e socialmente construída.

Visando uma melhor exposição dos resultados, estruturamos a pesquisa em quatro capítulos. No primeiro capítulo, intitulado *Análise Genealógica*, buscamos introduzir a concepção metodológica que embasa nossas considerações. Discutiremos os percursos empreendidos por Michel Foucault desde a problemática epistemológica, desenvolvida por Canguilhem em *O Normal e o Patológico*, passando pela “arqueologia”, até o empreendimento “genealógico. Ao mudar alguns enfoques e posturas metodológicas, Foucault não abandona simplesmente suas abordagens anteriores, ao contrário, o que o autor busca são novos olhares, novas ferramentas conceituais para suas análises. Além dessa análise metodológica, buscamos também realizar, no primeiro capítulo, uma breve discussão bibliográfica acerca do objeto escolhido, não com o intuito de esgotar os trabalhos sobre o tema ou os trabalhos utilizados nesta pesquisa, mas na intenção de introduzir um panorama das discussões a respeito da medicina brasileira.

O segundo capítulo, *A Moderna Medicina Brasileira*, analisa como aconteceu a implementação da concepção moderna da ciência médica em um contexto geral do desenvolvimento de práticas disciplinares no Ocidente e, principalmente, no Brasil. Destacamos a vinda da família Real para o Brasil e o início do desenvolvimento de um projeto de construção da ordem que vai ser potencializado com a independência. Buscamos analisar como operou o pensamento médico nesse contexto, enfatizando as mudanças sociais ocorridas na corte que levaram os médicos, no seu intuito normalizador, a esquadrihar a cidade considerada fonte de uma série de distúrbios patológicos.

No terceiro capítulo, *Psiquiatria e Sexualidade*, analisaremos a constituição da psiquiatria brasileira. Exploraremos as bases de sua formulação teórica e as mudanças empreendidas a partir do terceiro quarto do século XIX. Esse é o momento em que a

sexualidade estrutura um discurso que visa estabelecer identidades consideradas anormais ou desviantes e que permitem a constituição de uma ciência que não visa, prioritariamente, a cura, mas que se coloca como defensora da sociedade contra os anormais.

Por fim, no quarto e último capítulo, *O Corte da Sexualidade*, desenvolveremos uma reflexão sociológica dos motivos que possibilitaram a estruturação do discurso médico em torno da sexualidade. Procuramos enfatizar que essas reformulações teóricas tinham como base a idéia do perigo e, em especial, o “perigo negro” que constituía o maior problema de uma sociedade escravista às vésperas da Abolição.

Análise Genealógica

O aporte teórico-metodológico que fundamenta essa pesquisa é a análise genealógica desenvolvida pelo filósofo francês Michel Foucault.

Em suas primeiras pesquisas Foucault desenvolveu uma abordagem epistemológica que, como o nome sugere, foca suas análises nas mudanças epistemológicas ocorridas no interior das ciências. Como marco inicial dessa corrente de análise epistemológica, destacamos Georges Canguilhem (2000), em particular sua obra *O Normal e o Patológico*, escrita inicialmente como tese de doutorado em 1943. Nesta obra, Canguilhem propõe uma reflexão filosófica a respeito dos métodos e técnicas acerca da delimitação entre o que é considerado normal e o que se entende por patológico. Ao explicar que não existiria, *a priori*, diferença ontológica entre o normal como forma viva perfeita e o patológico como forma viva malograda, o autor formula uma questão contundente: “Aliás, será lícito falar de formas vivas malogradas? Que erro pode-se detectar em um ser vivo, enquanto não se tiver fixado a natureza de suas obrigações como ser vivo?” (CANGUILHEM, 2000, p.13). Em outras palavras, o que nos mostra Canguilhem é que a idéia de normal ou anormal não é algo dado, mas fruto de uma construção epistemológica e histórica posterior às formas dadas. Além disso, se o patológico ou o anormal é logicamente o segundo (ou seja, delimitado em relação ao normal e, portanto, negação lógica desse) é, existencialmente, o primeiro. Assim, é necessário primeiro que seja criado o desvio para, a partir daí, instaurar-se o que é normal, desse modo, “(...) é a anterioridade histórica do futuro anormal que provoca uma intenção normativa” (CANGUILHEM, 2000, p.216). Em suma, com Canguilhem inaugura-se uma nova tradição teórico-metodológica de análise epistemológica das ciências.

Desenvolvendo essa análise em seus primeiros livros (*História da Loucura na Idade Clássica* e *O Nascimento da Clínica*) Foucault vai pautar suas pesquisas, a partir da

Arqueologia do Saber, no que ele denominou de arqueologia. Nesse Livro o autor analisa, entre outras coisas, algumas concepções de história. Para ele, existe a “história dos historiadores” que se caracteriza, em geral, pela atenção aos longos períodos, aos equilíbrios, processos irreversíveis, sucessões lineares, em poucas palavras, trataram a história como se ela tivesse um sentido. Procedimento esse que seria oposto à arqueologia. Dizia ele: “A história não tem um ‘sentido’, o que não quer dizer que ela seja absurda ou incoerente. Ao contrário, é inteligível e deve poder ser analisada em seus menores detalhes, mas segundo a inteligibilidade das lutas, das estratégias, das táticas” (FOUCAULT, 2000, p. 5).

Diferentemente da “história dos historiadores”, a arqueologia busca o que é singular e não o que é geral. Segundo Foucault, os historiadores costumam buscar o geral para que a história tenha um sentido ou uma coerência de antemão. Já a arqueologia busca a dispersão, os desvios, em uma palavra, a heterogeneidade. A “história dos historiadores” busca também uma história global, com períodos longos, em suma, a permanência. Enquanto a arqueologia busca o singular e está voltada para o recente, operando não mais através da permanência, mas através dos cortes (cf. FOUCAULT, 2002).

Após a *Arqueologia do Saber*, Foucault dedica-se a um projeto mais amplo que foi definido como a genealogia. Não que ele simplesmente abandone suas pesquisas passadas, mas seu interesse pós-arqueologia será outro. O que lhe interessa a partir de *Vigiar e Punir* e seus diversos cursos no Collège de France do mesmo período (*Os Anormais*, entre outros) é entender como funciona a mecânica do aparecimento de saberes através de condições “externas” aos próprios saberes. Analisar as condições políticas que não funcionam como efeito nem como resultante desses saberes, mas que são imanentes a eles (MACHADO, 1988, p.187).

Desse modo, a análise genealógica ultrapassa a simples ordenação memorialística, apontando as descontinuidades históricas no que diz respeito à articulação do saber com as práticas e seu caráter estratégico.

A análise genealógica foi influenciada por Nietzsche. Um dos legados que nos deixou Nietzsche foi o de criticar a busca das origens. À palavra origem ele aplicou outra em oposição: genealogia. Isso porque a origem busca a essência. Para o genealogista, a história mostra “que atrás das coisas há ‘algo inteiramente diferente’: não seu segredo essencial e sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas” (FOUCAULT, 2000, p.18).

Desse modo, proceder segundo o método genealógico, ou em outras palavras, fazer a genealogia dos valores, da moral (ou de qualquer outro objeto), não seria, de forma alguma, partir em busca da origem essencial ou verdadeira, mas ao contrário, demorar-se nas meticolosidades e nos acasos dos começos.

Em seu método genealógico Foucault defendia a idéia não mais de explicar o real, mas o desconstruir. Foucault não faz uma “discussão sobre a narrativa propriamente dita, mas sobre as bases epistemológicas de produção da narrativa enquanto conhecimento histórico” (RAGO, 1995, p.72). Desse modo, uma das preocupações centrais na análise dos discursos é procurar quais são as bases da formação da verdade. Para ele,

cada sociedade tem seu regime de verdade; sua ‘política geral’ de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos o estatuto daqueles que tem o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2000, p.14).

A partir dessa caracterização do discurso e da fabricação da verdade surge uma outra questão capital: a análise do poder. A produção da verdade não acontece de modo pacífico, ao contrário, é um constante embate de perspectivas que se defrontam e a verdade que emerge como paradigmática não é a mais evoluída ou a que conseguiu superar o erro, mas aquela que através de suas táticas conseguiu vencer uma luta. Desse modo, a análise genealógica não

busca reconstruir o passado tal como ele foi, mas analisar o conjunto de estratégias que possibilitou a construção de seu regime de verdade.

E se a verdade é fruto não do desocultamento dos véus que escondiam sua verdadeira essência, mas do embate e de lutas empreendidas, a problemática do *poder* se torna peça fundamental de análise. E eis que já nos surge o primeiro problema. O que é o poder? Segundo Roberto Machado, Foucault não elaborou uma teoria do poder. E por quê? Responde ele: “o poder não é um objeto natural, uma coisa, é uma prática social e, como tal, constituída historicamente” (MACHADO, 2000c, p.X). Para Foucault, portanto, o poder não é uma coisa que existe por si só, mas se efetiva nas relações. Onde há poder, ele se exerce, ninguém é, propriamente falando, seu titular.

O poder não existe. Quero dizer o seguinte: a idéia de que existe, em um determinado lugar, ou emanado de um determinado ponto, algo que é um poder, me parece baseada em uma análise enganosa e que, em todo caso, não dá conta de um número considerável de fenômenos. Na realidade, o poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado. Portanto o problema não é de construir uma teoria do poder (...) se o poder na realidade é um feixe aberto, mais ou menos coordenado (e sem dúvida mal coordenado) de relações, então o único problema é munir-se de princípios de análise que permitam uma analítica das relações de poder (Foucault, 2000c, p.248).

Sendo assim, a questão que Foucault coloca é: sendo o poder o resultado de uma relação, em que consistiria e qual seria a sua mecânica? E ele destaca duas tendências analíticas. A primeira, que analisou o poder de um ponto de vista negativo, ou seja, pela repressão: o grande poder que diz “não”, que reprime através da coerção (análise, segundo o autor, comumente feita). A outra análise, empreendida por Foucault, procura realizar uma abordagem positiva do poder onde seria destacado seu lado construtivo: o poder não diz apenas “não”, nem produz só sofrimento, ele também inventa novos objetos, produz maravilhas, constrói corpos e desejos. Foucault fala até em uma erótica do poder. Sobre a frase: “o poder oprime”, diz ele “Não é verdade. O poder não oprime por duas razões: primeiro, porque dá prazer, pelo menos para algumas pessoas (...) em segundo lugar o poder pode criar” (FOUCAULT, 2003, p.154).

Por fim destacaríamos a forma segundo a qual esse poder atua. Foucault afirma que esse poder não se exerce em pirâmide, através de um lugar privilegiado (o Estado), que desceria em forma de cascata até a população hierarquicamente inferior. Ao contrário, o poder exercer-se-ia (e seria exercido) em forma de rede, não de um lugar privilegiado, mas através das relações sociais (seja individual, coletiva, institucional, familiar ou Estatal), e que o levou a desenvolver a idéia de micro-poderes. Para ele seriam esses micro-poderes que sustentariam uma forma determinada de ser, de viver, de conhecer, em suma, de produção da verdade. (cf. FOUCAULT, 2000c).

Há aí um deslocamento das análises de filosofia política que privilegiam as relações entre poder e Estado. Segundo Foucault,

Mas o Estado – hoje provavelmente não mais do que no decurso de sua história – não teve essa unicidade, esta individualidade, esta funcionalidade rigorosa e direi até esta importância. Afinal de contas o Estado não é mais que uma realidade compósita e uma abstração mistificada, cuja importância é muito menor do que se acredita (2000c, p. 292).

Nesse sentido, Foucault propõe uma análise ascendente, ou seja, encarar o poder no nível elementar, na realidade mais concreta dos indivíduos: seu corpo, “O poder possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, uma ‘positividade’. E é justamente este aspecto que explica o fato de que tem como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo” (MACHADO, 1988, p.139).

Daí toda a atenção às técnicas disciplinares desenvolvidas no século XIX. Segundo ele,

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as ‘disciplinas’ muitos processos disciplinares existiam há muito tempo nos conventos, nos exércitos, nas oficinas também. Mas as disciplinas se tornaram no decorrer dos séculos XVII e XVIII fórmulas gerais de dominação (2001c, p.118).

A disciplina não é um aparelho ou instituição, mas um dispositivo que permite um controle minucioso das operações do corpo e que possui como características principais uma reorganização do espaço, do tempo, da vigilância e principalmente na produção de saberes.

“Não há relação do poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder” (MACHADO, 1988, p.199).

Desse modo para Foucault não é o sujeito (iluminista, racional) que produz o conhecimento ou um certo saber, mas ao contrário, é exatamente esses dispositivos ou essas relações poder-saber que constituem o sujeito,

Resumindo, não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas ao poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento (Foucault, 2001c, p.27).

É a polêmica sobre a morte do sujeito. Para Foucault o sujeito não é algo dado *a priori*, a-histórico,

em primeiro lugar, penso efetivamente que não há sujeito soberano, fundador, uma forma universal de sujeito (...) Penso pelo contrário, que o sujeito se constitui através das práticas de sujeição ou, de maneira mais autônoma, através de práticas de liberação, de liberdade (...) (2004, p.291).

Para ele, o sujeito é uma invenção histórica, e enquanto tal, pode desaparecer “é preciso se livrar do sujeito constituinte, livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica. É isso que eu chamaria de genealogia (...)” (Foucault, 2000c, p.7). A abordagem genealógica analisa como o poder disciplinar do século XIX é produtor de individualidade, ou seja, o indivíduo é uma produção do poder-saber moderno.

As análises desenvolvidas por Foucault incentivaram considerável número de pesquisas que levaram em consideração a idéia genealógica de que “todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios do saber” (Machado, 1988, p. 199). Esses estudos embasados na análise genealógica consideram a ciência não como algo neutro e despropositado, mas, ao contrário, a ciência seria uma atividade “altamente social” e que, portanto, não estaria isolada dos valores da sociedade em que é praticada.

Nancy Leys Stepan em *A Hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina* classifica essas análises da ciência como uma abordagem “construtivista” da ciência em que fatores políticos, econômicos, sociais e culturais estariam completamente imbricados, tanto na elaboração das próprias teorias científicas, quanto associado às suas práticas. Essa visão sociológica da ciência como produto da cultura e da vida social converge em uma análise contextual dela em que elementos da sociedade – comumente considerados externos e indiretos – passam a ser analisados como partes constituintes das próprias teorias e práticas realizadas. Para a autora

Um corolário da nova história construtivista da ciência é que o historiador não mais conceitua a ciência como algo que retrate a “realidade” de alguma forma direta ou transparente, mas como algo que constrói ou cria os objetos de seus estudos e lhes dá peso e significado empíricos (Stepan, 2005, p.16).

Utilizamos a abordagem genealógica no intuito de mapear as transformações que operaram no interior da psiquiatria brasileira. Analisaremos as relações que se estabeleceram entre as teorias e o contexto sócio-histórico que possibilitou a constituição dos “anormais”. Com a abordagem genealógica, não pretendemos reconstituir um passado remoto, mas determinar as condições de emergência das relações de poder que permitiram a construção das “figuras do desvio”.

A respeito dos estudos sobre medicina e psiquiatria no Brasil destacamos duas correntes principais que chamaremos de: “História Social” e “Genealógica”.

A primeira abordagem, denominada História Social, foca suas análises na relação entre a medicina e a população, analisando a legitimação da atividade médica por aqueles a quem a medicina se destinava: os próprios pacientes. Assim, o que interessa é entender como os pacientes se relacionavam com os médicos e quais as outras formas de medicina procuradas.

A ênfase é no setor “popular” (oposto às elites brancas, seja patriarcal, semi-patriarcal ou burguesa),⁵ isto é, os pobres (brancos ou não), mestiços e negros (escravos ou não).

Sidney Chalhoub (1999), em seu livro *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*, buscou demonstrar as resistências populares à medicina “científica” desde a introdução das práticas de vacinação no Brasil, em 1804, até a revolta da vacina em 1904, destacando a revolta da vacina como a “celebração” do centenário da prática de vacinação. O autor critica a historiografia sobre a revolta da vacina que, segundo sua visão, aborda o problema de forma simples, ou seja, como pretexto para uma revolta que tinha motivos outros e mais relevantes, como a repressão do governo e a pobreza da população. Para Chalhoub, a revolta da vacina deve ser explicada sob a óptica da própria história do serviço de vacinação na Corte (desde o príncipe regente D. João), incluindo o debate dos próprios médicos e as resistências dos populares devido às suas crenças e valores (inclusive as concepções africanas e afro-brasileiras sobre a doença e a cura).

Tânia Salgado Pimenta (1997), em *Artes de Curar: um Estudo a partir dos Documentos da Fisicatura-mor no Brasil do Começo do Século XIX*, procurou traçar as relações entre a Fisicatura (órgão oficial de controle das técnicas de cura) e as pessoas que praticavam as técnicas de cura dos mais variados tipos (médicos, curandeiros, homeopatas, sangradores entre outros). Destacou que os “terapeutas populares” (em sua maioria sangradores, curandeiros e parteiras) eram reconhecidos e gozavam de prestígio nas comunidades em que exerciam seus ofícios. Apesar de terem uma classificação, hierarquicamente, inferior à dos médicos, os terapeutas populares eram reconhecidos como detentores de um saber legítimo e autorizados pela fisicatura a exercer suas atividades.

Gabriela dos Reis Sampaio (2001), em *Nas Trincheiras da Cura: as Diferentes Medicinas no Rio de Janeiro Imperial*, analisou como a medicina oficial era composta não de

⁵ Gilberto Freyre (2001; 2002) nos clássicos *Casa Grande e Senzala* e *Sobrados e Mucambos* trata de maneira detalhada não só da transição dessa elite patriarcal para a burguesa, mas também de toda a ambivalência e coexistência dessas formas durante o Império.

um todo coerente, mas de conflitos diversos. Segundo a autora, os discursos médicos eram fragmentados por disputas teóricas e terapêuticas, sendo, portanto incapazes de promover uma medicalização da sociedade. Além disso, Sampaio buscou demonstrar que as diferentes técnicas de cura, durante o império (boticários, curandeiros, espíritas, homeopatas entre outros), concorriam no mesmo nível (se é que não levavam vantagens) com a medicina “científica”. Esta, por sua vez, era confusa, sem prestígio e influência junto ao poder público (ou ao menos com uma influência menor do que alguns autores defendem).

O subsídio teórico-metodológico que fundamenta essa pesquisa se enquadra, como dissemos, na abordagem genealógica desenvolvida por Michel Foucault. No que tange ao Brasil, segundo Margareth Rago (1995), as idéias desenvolvidas por Foucault foram fundamentais para repensar a história e as relações de poder. Nas palavras da historiadora:

de um minuto para o outro, todas as nossas frágeis , desgastadas, mas reconfortantes seguranças haviam sido radicalmente abaladas por uma teoria que deslocava o intelectual dos seus espaços e funções orgânicos, questionando radicalmente seus próprios instrumentos de trabalho e modos de operação (RAGO, 1995, p.69).

A primeira obra de destaque, publicada no Brasil, sob essa perspectiva foucaultiana foi escrita a “oito mãos” por Roberto Machado, Angela Loureiro, Rogério Luz e Kátia Muricy (1978) e intitulada *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Nela, os autores analisam a medicina “brasileira” desde a colônia até o início da república, demonstram como eram as práticas médicas durante a colônia, quais eram suas concepções e estratégias, focando, principalmente, na reformulação epistemológica. Essa reformulação operar-se-á na medicina de maneira tímida, no século XVIII, com as reformas pombalinas, e se consolidará ao longo do século XIX. Novas características fizeram parte dessa reformulação. A população como objeto de estudo e a intervenção, em nome da profilaxia, como procedimento, são algumas das características desse novo saber que se

institui no início do século XIX. Assim, a medicina vai ganhar importância convertendo-se em “medicina social”.⁶

Jurandir Freire Costa (1999), em *Ordem Médica e Norma Familiar*, também analisou as diferenças entre a medicina social (século XIX) e a medicina colonial. O autor enfatizou as estratégias médicas de (re)elaboração dos novos códigos sociais, transformando, assim, a antiga família patriarcal no novo modelo de família burguesa e nuclear. Demonstrou como a medicina social, através de suas estratégias, reduziu a família a um estado de dependência, assentando-se em sua intimidade e perpetuando esse estado de dependência até os dias atuais.

Joel Birman (1978), em *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*, analisou a divisão dos discursos psiquiátricos em somaticistas (ligados a fenômenos físicos) e psicológicos (ligados a fenômenos morais). Destacou que essa oposição do discurso psiquiátrico é apenas aparente, pois, ao nos aprofundarmos em sua organização e suas estratégias é possível perceber que seu discurso se fundamenta no nível das paixões, constituindo-se como uma pedagogia da moralidade. Isso possibilitou à psiquiatria construir um poder que se exerceu como regulação moral das individualidades e que define os limites e valores a respeito do comportamento humano. Comportamento esse que será considerado normal ou anormal através de uma hierarquia definida pela razão psiquiátrica.

Consideramos a abordagem genealógica como a que melhor se aplica a essa pesquisa. Pois, embora a abordagem da “História Social” traga significativas contribuições para o estudo do tema, ao analisar as práticas médicas no contexto de um país de práticas populares tão acentuadas (sangradores, boticários e curandeiros) e ao contextualizar o universo simbólico e material de grande parte da população brasileira oitocentista, esses estudos acabam por desconsiderar a gênese do modelo de medicina moderna elaborado no século XIX. Isso porque, quantitativamente, segundo os autores que seguem essa abordagem, as

⁶ O conceito “medicina social” está ligado à preocupação e à intervenção da medicina com a sociedade. A medicina social busca no “corpo social” (clima, relevo, urbanização, relação entre as pessoas, educação etc) as causas das doenças.

práticas de medicina popular eram mais significativas que as da medicina científica. Ao proceder assim, acabam por ignorar a importância dessas formulações científicas que, embora quantitativamente menores no início do século XIX, serviram de modelo para toda a medicina do século XX, além de serem também a gênese da construção de uma ciência normalizadora das condutas humanas que construiu identidades “anormais” a partir das condutas “desviantes”. Como atesta Corbain,

A importância de alguns protótipos elaborados no início do século não é pequena: trata-se de modelos com um futuro fértil. De tanto ressaltar a manutenção dos arcaísmos e a rigidez dos comportamentos, o historiador, assoberbado pelos fatos majoritários, arrisca-se a cegueira diante do lento encaminhamento da inovação. A história quantitativa deve ser também a história das singularidades, e sobre tudo quando estas se revelam premonitórias (CORBAIN, 1987, p.220).

Em suma, a abordagem genealógica é capaz de identificar as rupturas na elaboração do saber e buscar a gênese de um processo fundamental da construção da moderna medicina que a análise de história social não contempla por trabalhar com um enfoque quantitativo.

O Nascimento da Medicina Moderna no Brasil

A Independência e a Construção da Ordem

Com as guerras napoleônicas e principalmente com as disputas entre Inglaterra e França, a Europa atravessou um período conturbado. Em 1806, a França decretou o bloqueio continental ameaçando invadir os países que não aderissem a ele. Por outro lado, a Inglaterra ameaçou invadir as colônias dos países que aderissem ao bloqueio. Em meio a esse conturbado contexto, a coroa portuguesa, em 1808, transferiu-se para o Brasil. Mil oitocentos e oito não representou apenas a vinda da Família Real portuguesa para sua colônia, representou, também, uma mudança significativa: novos costumes, novas formas de organização e técnicas de produção. Além de todas essas novidades, a Família Real “transplantou” para a *Terra Brasilis* parte de suas instituições, em especial as instituições médicas, como a Fisicatura. Na verdade, não trouxe a Fisicatura de Portugal e aqui a implantou, mas instalou uma instituição que funcionava em Portugal desde o século XVI, sendo extinta em 1782 por D. Maria que a substituiu pela Real Junta do Protomedicato (com as mesmas funções da Fisicatura). Assim, no Brasil, a 07 de fevereiro de 1808, foi recriada a Fisicatura e extinta a Junta do Protomedicato (cf. PIMENTA, 1997).

Com a chegada da Corte, fizeram-se necessárias uma série de mudanças na colônia e, principalmente, na capital, Rio de Janeiro. O próprio espaço físico foi um problema, uma vez que a corte tinha quando do desembarque, aproximadamente, 60 mil habitantes; já a comitiva Imperial possuía mais de 10 mil pessoas (RIOS FILHO, 2003. p. 58-59; OLIVEIRA, 1998. p. 55; NEVES; MACHADO, 1999, p. 31). Dentre as mudanças empreendidas podemos notar desde uma reorganização político-administrativa até alterações nos costumes. Com a chegada de D. João, as esferas tradicionais de poder (como a posse de terras) foram complexificadas

por outras mais “civilizadas”, como o desenvolvimento de uma maior sociabilidade - o receber em casa, o comportar-se e o vestir-se. Houve a criação de novos rituais de valorização social (COSTA, 1999, p.104 et seq.; NEVES; MACHADO, 1999, p. 40-41). Desse modo, a metrópole que, por anos, deixara a colônia abandonada ao poder privado, retomou o seu interesse de Estado e reivindicou para si o controle das cidades (COSTA, 1999, p.19-20). Isso deveria ser feito de modo rápido, visto que a Corte já se encontrava no Rio de Janeiro. Assim, nas palavras de Lyurgo Santos Filho (1947, p. 200): “a pressa era a regra e urgia transformar uma colônia em reino”.

A ausência de médicos foi uma constante durante todo o período colonial. Um dos principais motivos era que, para ser médico, era preciso estudar na Europa, pois não existiam cursos no Brasil durante a Colônia. O título de doutor em medicina só passou a ser obtido no Brasil a partir de 1832, com a criação das Faculdades de Medicina. Essa ausência era sentida até mesmo em Portugal, onde havia faculdade (CRESPO, 1990, p. 33 e 185). A falta de médicos na colônia era tão grande que “em algumas Provincias do Império (...) não existe hum [médico] facultativo, que mereça este nome” (BRASIL, 1834, p.16). Esse era um sério problema, não só para a comitiva portuguesa, mas também para as pretensões de um monarca nos trópicos, ou seja, não permitir a proliferação de epidemias e produzir um melhor conhecimento do local.⁷ Um exemplo dessa maior preocupação é o estudo de Manuel Vieira da Silva, *Reflexões Sobre Alguns dos Meios Propostos por Mais Conducentes para Melhorar o Clima da Cidade do Rio de Janeiro*, feito por ordem do príncipe regente para avaliar o clima e o relevo da cidade do Rio de Janeiro:

As molestias que tem grassado no Rio de Janeiro, e que tem sido tão funestas a muitos dos seus habitantes, merecerão o paternal cuidado de S. A. R. o Príncipe Regente N. S. para mandar indagar, quaes fossem as causas próximas, ou remotas das doenças deste paiz. (SILVA, 1808, p.3).

⁷ A vontade de produzir um maior conhecimento endêmico é característica constante da medicina ocidental do século XIX. Ver, respectivamente, para a França, Alemanha e Inglaterra (cf. FOUCAULT, 2000c), Portugal (cf. CRESPO, 1990) e Brasil (cf. MACHADO, 1978).

A vontade de saber do príncipe regente não se restringia apenas ao relevo e às doenças, mas também à direção do enquadramento social da população e o cumprimento da lei:

Os nossos soberanos amantes sempre de promover, quanto lhes fosse possível, a felicidade dos seus vassallos, tinham promulgado na capital, e em todo o reino as mais providentes leis a este respeito; mas a distancia immensa entre a sede do throno portuguez, e os seus vassallos do Brazil, impossibilitarão até agora a execução da sua vontade; chegou com tudo a feliz epocha, que os faz sahir da desgraça, que os rodiava e entrar na historia das nações policiadas. (SILVA, 1808, p.5).

Percebemos assim, que a vontade de saber que impulsiona os médicos, muitas vezes, amparados ou incentivados pelo poder Estatal, os transformou em verdadeiros cientistas sociais.⁸

Com o trono Português em sua colônia inaugurou-se um projeto de construção da ordem. Datam desse período a criação da Imprensa Régia, a Biblioteca Central, o Real Horto, o Jardim Botânico, o Museu Nacional (Museu Real), as Escolas de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (SCHWARCZ, 2005, p.70).

Durante a época colonial houve uma política sistemática do governo português de não permitir a instalação de universidades em suas colônias. Assim, a formação se dava basicamente na Europa, principalmente em Portugal, na Universidade de Coimbra. Em um contexto composto por uma ausência educacional formal, essa formação no exterior permitiu a constituição, segundo as palavras de José Murilo de Carvalho, de uma “ilha de letrados em um mar de analfabetos”. A formação predominantemente jurídica permitiu a constituição de uma elite intelectual e política poderosa e unificada ideologicamente (CARVALHO, 2003, p.65).

⁸ Ao tratar dessas questões, Foucault (2000c, p.214) afirma: “Não sei mais quem procurou em Montesquieu e em Auguste Comte as grandes etapas do pensamento sociológico. Isto é ignorância. O saber sociológico se constitui em práticas como a dos médicos”.

A formação dessa elite intelectual e política junto com outras questões, como a transmigração da corte portuguesa para o Rio de Janeiro e a escravidão (receio de revoltas e amplo interesse em manter a escravidão), são fatores que nos ajudam a entender não só a independência do Brasil, mas também a manutenção de certa estabilidade político-social. Esta estabilidade foi caracterizada, dentre outras coisas, na permanência do regime monárquico pós-independência e a unificação territorial diferente da América Espanhola (que se fragmentou em diversas repúblicas).

Com a independência, o processo de construção da ordem foi ampliado. Datam desse período a criação dos cursos jurídicos em São Paulo e Olinda, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (SCHWARCZ, 2000; 2005). Mesmo havendo uma série de conflitos durante as primeiras décadas da independência, principalmente ao longo do período regencial (cf. BETHELL; CARVALHO, 2001), o governo imperial conseguiu construir um governo estável (GRAHAM, 2001, p.771).

Os meios empregados para a manutenção da ordem foram também uma das razões de sua crise, principalmente após 1870. Segundo José Murilo de Carvalho (2003) foi através da “dialética da ambigüidade” que o império conseguiu equilibrar as diferentes forças existentes ao longo das décadas de 1840 e 1870. Estabilidade que, segundo Richard Graham (2001, p.824), “provinha basicamente não das instituições políticas, mas das relações sociais baseadas na troca de serviços leal por proteção e favores”. Segundo Graham o período que se estende de 1850 a 1870 foi a “idade de ouro” do período imperial, alcançada devido ao aumento do comércio exterior com base nas exportações de café que propiciou condições e recursos ao Estado, dando-lhe condições de desempenhar um papel paternalista e de mediador dos conflitos. Realizações que foram possíveis mediante uma prática política centralizadora e crescentemente conservadora.

Esse quadro possibilitou a manutenção da unidade nacional, a consolidação de um governo civil, a redução do conflito nacional e, o que mais nos interessa, uma profunda limitação da mobilidade política e social (CARVALHO, 2003, p.229).

As transformações ocorridas desde o desembarque da Coroa portuguesa no Brasil levaram os médicos nacionais à elaboração de novas estratégias de análise e controle social.

O Saber Médico na Primeira metade do século XIX

No decorrer dos séculos XVIII e XIX o ocidente passou por diversas mudanças. Inaugurou-se uma nova era em busca de um mundo mais organizado, disciplinado, em uma palavra, civilizado (CRESPO, 1990, p.18-20; FOUCAULT, 2001c). Esse processo civilizador teve como paradigma a higiene pública. Em verdade, higiene pública e processo civilizador fazem parte de um mesmo processo de mudanças nas sociedades ocidentais (FERREIRA, 1996, p.68-94).

A chegada da família real portuguesa marcou o início desse processo higiênico-civilizador no Brasil. Podemos detectar nas Reformas Pombalinas um interesse maior de Portugal nesse processo, mas que, por ser efêmero, descontínuo e de caráter negativo não será aqui tratado (cf. COSTA, 1999, p. 19-28). Este processo foi batizado por Gilberto Freyre de reeuropeização, “que tão ostensivamente alterou formas e cores, na paisagem urbana, suburbana e até do litoral do Brasil, durante a primeira metade do século XIX” (FREYRE, 2002, p.167). Com a corte portuguesa e a maior diversidade de tipos sociais que aqui passam a atuar - como literatos, políticos, nobres e artistas - os focos de poder multiplicaram-se e os senhores de terra não eram mais os senhores absolutos. Os mecanismos de valorização

tradicionais de poder, como terras, escravos e brancura de pele, não eram mais suficientes e passaram a exigir uma maior ritualização social, ou seja, uma nova sociabilidade cada vez mais elaborada e refinada, em uma palavra, civilizada. Segundo Freyre (2002, p.601), “A valorização social começara a fazer-se em volta de outros elementos: em torno da Europa, mas uma Europa burguesa, donde nos foram chegando novos estilos de vida, contrários aos rurais e mesmo aos patriarcais”.

Os higienistas, ou os “médicos do corpo Social” - como eles se intitulavam – tiveram um papel decisivo na elaboração desses novos códigos de postura e conduta social. Eles tematizaram sobre os mais variados temas, como vestuário, homem, mulher, comida, clima, topografia, urbanização, educação, entre outros. O problema era que, durante o período da Fisicatura (1808-1828), ocorriam “práticas médicas heterogêneas”, sem um “projeto coerente” que atestava, de certa forma, os limites da organização médica (MACHADO, 1978, 176-170).

O fim da Fisicatura e a criação, em 1829, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ) marcam o início da institucionalização da higiene pública no Brasil (FERREIRA, 1996, p. 68). Os mentores do projeto foram: José Francisco Xavier Sigaud, Joaquim Cândido Soares de Meireles, José Martins da Cruz Jobim, Luis Vicente De Simoni e João Maurício Faivre. Embora a fundação da SMRJ tenha-se dado em 30 de junho de 1829, a sua oficialização só ocorreu através do decreto de 15 de janeiro de 1830. Ferreira (1996, p.91) ressaltou que as razões da demora do reconhecimento e oficialização da SMRJ foram devido ao conturbado contexto da época e a desconfiança do imperador D. Pedro I. A partir de então, a medicina elaborou, pela primeira vez, um projeto conciso e coerente de regulação e intervenção claramente exposto em seus estatutos no decreto de 15 de janeiro de 1830: “A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro institui-se para se ocupar de todos os objectos” (COLLECÇÃO, 1876. p. 204). A partir desse momento, iniciou-se, de fato, a luta pela implantação da medicina social no Brasil (MACHADO, 1978, p.179).

O termo “medicina social” foi utilizado, pela primeira vez, em 1848, por Jules Guérin e dizia respeito às teorias e ações voltadas para relação entre medicina e assuntos públicos (NUNES, 1980. p.174). O conceito está ligado à preocupação com a sociedade e à intervenção da medicina na mesma. A medicina social inaugura um procedimento novo (ausente na Colônia) ao buscar no “corpo social” (clima, relevo, urbanização, relação entre as pessoas, educação e etc) as causas das doenças. Momento em que a Medicina passa então a propor a intervenção nas causas geradoras de doenças através de uma profilaxia. A Medicina Social teve como características a profilaxia e intervenção no social (e tudo o que lhe diz respeito). Analisar, intervir e prevenir foram suas palavras de ordem.

No intuito de consolidar seu projeto, a medicina reivindicou o seu saber como único legítimo sobre a doença e a cura. Desse modo, os “terapeutas populares”, principalmente a categoria dos curandeiros, que eram aceitos e muitas vezes até mesmo valorizados pela Fisiatura (PIMENTA, 1997, p. 125), começam a sofrer um processo de desqualificação, até transformarem-se na figura histórica do charlatão. Foi exaltada a figura do médico como sábio ou do “médico philosopho” e, classificando o charlatão como ignorante e perigoso, o doutor Barros nos deu algumas pistas ao tratar da técnica da sangria que era, muitas vezes, indicada e praticada pelos médicos oitocentistas. Ele não deixa de alertar para

O prejuizo quasi geral existente entre nós a respeito da sangria: humas vezes velhas comadres, verdadeiras harpias, se collocão á cabeceira de huma mulher pejada para se oppôr com a maior semcerimonia á execução d’esta pratica; outras vezes importunos charlatães, partidarios obstinados de Mr Le Roy, ali se apresentam para exigir a commutação da sangria em purgantes, vomitorios, &c.

Em vista desse quadro, Barros se pergunta: o que fazer? E responde: “procurar convencer esta boa gente da inconsequencia de seu procedimento, e afrontar mesmo suas iras a bem da afflita humanidade” (BARROS, 1845, p. 26-27).

O processo de desqualificação do curandeiro, ou melhor, processo de construção do charlatão, é de suma importância para a medicina social, pois, “uma norma tira o seu sentido, sua função e seu valor do fato de existir, fora dela, algo que não corresponde à exigência a que ela obedece” (CANGUILHEM, 2000, p. 211). O sentido de uma norma é criado não de si mesmo, mas de seu contrário. Percebemos, portanto, o caráter normalizador que a medicina vai desenvolver ao longo do século XIX.

A luta dos médicos para a desqualificação das outras artes de cura foi encarada como uma verdadeira “cruzada” contra o charlatão, e não ficou restrita apenas às publicações médicas oficiais (periódicos, teses, memórias). Esta desqualificação abrangeu diversos outros canais de comunicação, como podemos constatar no romance *Os Dous Amores*, publicado em 1848 por um médico mais conhecido por suas habilidades literárias: Joaquim Manuel de Macedo, diz ele que,

(...) se fosse possível dar-se mais beleza a uma do que a outras idéas do Espirito Divino, seria um dos mais sublimes e difficeis – a caridade – e os missionarios d’essa virtude angelica, são especialmente os medicos. A medicina é o sacerdocio da caridade.

O negociante de receitas (...) que só presta o seu conselho a troco de ouro (...) esse que enquanto receita com a mão direita, tem já a esquerda estendida para receber dinheiro (...) esse... é apenas um mercador de receitas. (MACEDO, s.d., p. 11).

Fica claro nesta passagem uma imagem cara à medicina social: a imagem do médico filantropo, que não se interessa em ganhar dinheiro, “guiando-se por sentimentos philanthropicos”. No sentido oposto estava o charlatão, considerado egoísta e que só se interessa em enganar, trapacear para ganhar dinheiro. Lê-se nos estatutos da SMRJ:

(...) a Sociedade [de Medicina] se estabelece para o adiamento [adiantamento?] das sciencias medicas no Imperio, para melhoramento da hygiene publica, objeto principal das suas sollicitudes, e para o interesse da humanidade, da classe pobre sobretudo, a quem ella prestará o soccorro dos seus conselhos em dias determinados para consultas gratuitas (COLLECÇÃO, 1876, p. 205).

À primeira vista, essa preocupação filantrópica com o pobre não deixa de soar ironicamente quando nos deparamos com o título V da comissão da sociedade (do mesmo estatuto), no artigo 9^o, lê-se: “uma ou duas vezes por mez a sociedade dará consultas gratuitas aos pobres durante uma hora” (COLLECÇÃO, 1876, p. 210). Mas, em uma análise mais detalhada notaremos, por um lado, que a preocupação com o pobre não era o mote da estratégia médica, preocupada mais em desqualificar o charlatão e reclamar para si o papel de filantropo cristão. Por outro lado, não deixa de realizar uma função pedagógica ao eleger os desclassificados como um dos interesses principais da medicina, pois a população em geral, e principalmente os desclassificados, tinha uma predileção pelos terapeutas populares⁹.

Foi nesse momento que nasceu a ética médica contra a propaganda dos serviços médicos. Tentou-se passar a imagem da medicina como ciência neutra e como um bem público que serviria para a melhoria e o progresso da humanidade. A intenção era que a medicina não aparecesse como um produto comum do comércio, que devesse ser anunciado nos jornais ou em cartazes como faziam os charlatães (ou melhor, como faziam todos)¹⁰ até as mudanças nos estatutos da SMRJ (com a elevação dessa em Academia Imperial de Medicina) através do decreto de 8 de maio de 1835. No artigo 7^o, que trata da admissão dos membros, ficou expressa a recomendação de que

A ella não poderão se admittidos aquelles medicos, cirurgiões, e pharmaceuticos, que tiverem affixado em lugares publicos, ou divulgado pela imprensa annuncios sobre curativos que fizerem ou sobre a distribuição e venda de remedios secretos (COLLECÇÃO..., 1864, p. 66).

⁹ Gabriela dos Reis Sampaio (2001, p.145) demonstra que mesmo na segunda metade do século XIX ainda havia figuras destacadas que desconfiavam da medicina, mas ao mesmo tempo, ressalta que nas famílias abastadas e letradas a rejeição era menor: “[...] membros de elites intelectualizadas poderiam desprezar mais os médicos ‘desviantes’ defendendo ainda a medicina científica, enquanto grupos iletrados [...] provavelmente desconfiavam dos procedimentos médicos de maneira mais geral”. Para melhor entender a relação entre a medicina e a parcela desqualificada da população consultar Jean Marcel Carvalho França (1990, p. 66-72).

¹⁰ Freyre (2002, p. 363) dá alguns exemplos de anúncios médicos anteriores a 1835 como do Dr. Gardner na “Gazeta do Rio de Janeiro” de 27 de junho de 1810 ou do Mr. Blake no “Jornal do Commercio” de 16 de outubro de 1827.

Desse modo, a divulgação das práticas de cura e os remédios secretos estiveram cada vez mais ligados à figura do charlatão. “O médico e a medicina são discretos, detestam a publicidade, mas seu saber é público. O charlatão prova a publicidade, anuncia nos jornais, mas seu saber é secreto” (MACHADO, 1978, p. 201).

Cabe aqui uma análise da relação entre a medicina social e o Estado. O poder das famílias patriarcais foi um constante empecilho à consolidação do Estado. A família patriarcal não formava cidadãos, mas sim, parentes voltados exclusivamente para a defesa do seu grupo. Assim sendo, o apelo nacional não encontrava respaldo dentro do grupo familiar e a idéia de nação era estranha a sua sensibilidade. Como atesta Freyre,

Dentro de uma sociedade patriarcal e até feudal, isto é, com espaços ou zonas sociais sociologicamente equivalentes às das sociedades chamadas feudais, como foi o Brasil durante o tempo quase inteiro da escravidão entre nós, não eram cidadãos nem mesmo súditos que aqui se encontravam como elementos básicos ou decisivos da população, porém famílias e classes (...) (2002, p. 385).

Assim, o Estado, primeiramente o português (até 1822) e posteriormente o brasileiro, encontrou no discurso higiênico um importante aliado.

A família patriarcal não representava só um empecilho à realização do Estado, mas também à própria prática médica. Devido à ausência de médicos e à preferência cultural, a família patriarcal recorreu não só aos “terapeutas populares”, mas, principalmente, às práticas de “medicina caseira”. Segundo Freyre (2002, p. 48 e 136), a “medicina caseira, (...) era um dos aspectos mais sedutores da autoridade como que matriarcal de sua mãe ou de sua avó, senhora de engenho”.

(...) reparava Lopes Gama – ‘raras vezes erão vizitadas por medico e quando incommodadas tinhão mãe, vó, tia ou comadre que lhes applicavão charopes de batatinha, de lingua de vacca ou clisteis de pimenta, o chá de macella, avenca com mel de pao e assim se ião curando e chegavam a idade avançada’.

Assim, para a medicina penetrar na esfera familiar, desenvolveu táticas de rearranjo da estrutura familiar. Mas, ao mesmo tempo, não poderia ir de encontro com uma estrutura tão sólida e poderosa como a família patriarcal. Sua tática foi, portanto, colocar-se como aliada da família. É fundamental percebermos como modernização e conciliação operavam dentro de um jogo de poderes que permitiu a realização de algumas mudanças, ao mesmo tempo que garantiu certas continuidades.

A mulher, dentro da tática médica, foi um objeto privilegiado. Elemento subalterno e periférico dentro da organização social e familiar,¹¹ teve seu *status* elevado pela medicina, que a retirou de sua “alcova escura” e deu a ela um papel de destaque dentro da organização familiar, menos como mulher e mais como mãe. Embora sua valorização social tenha-se dado mais enquanto mãe, ela também se fez individualmente como podemos notar, com o aumento de sua vida social (bailes, festas, teatros) ou com uma maior instrução. Deve ficar claro que essas valorizações estavam eminentemente ligadas ao seu papel de esposa e mãe, pois, o aumento da vida social estava ligado ao fato de que o *status* do marido passava a ser vinculado ao seu. Assim, uma boa esposa seria aquela que saberia conviver com os novos códigos da civilização (receber em casa, portar-se nos locais públicos) e a sua maior instrução também funcionou no mesmo sentido, pois, com ela, poderia melhor gerir a família. A mulher passou a ser vista pela medicina não mais como uma reprodutora que gerava membros para a família, mas como mãe, que tal, seria responsável pela educação e moralização dos filhos e de toda a família.

Mãe! Que nome mais sublime, que nome de maior magia! A mãe é essa fonte fecunda e sagrada da vida; a mãe é esse ser vivificante que nos aquece em seu regaço, nos aleita em seu seio, nos recolhe em seus braços e protege nossa infância com sua inexgotável ternura; a mãe, enfim é esse ser o mais respeitável da natureza.

Quanto é nobre e sublime essa missão da mulher! (MEIRELLES, 1847, p. 09-10).

¹¹ É claro que dentro de uma análise da família patriarcal as mulheres tinham uma fundamental importância. Quando nos referimos a elas como elemento subalterno e periférico estamos aludindo à valorização social que lhe era conferida a época.

Seu novo papel de mãe entrou em conflito com o poder do senhor, devido ao aumento de sua importância como reguladora da família. Com a elevação de seu *status* social, a estrutura familiar baseada no poder máximo do senhor começou a se fragmentar, ou seja, o aumento do poder da esposa-mãe passou a ser um empecilho à realização do poder máximo do *pater familias*. Mais ainda, ela passou não só a ser mais importante dentro da família como reguladora do convívio familiar, mas também passou a ter uma projeção extrafamiliar como geradora de cidadãos para a sociedade: “Quanto não sois responsáveis, ó mães, perante a natureza e a sociedade (...) lembrae-vos que nosso futuro, costumes, paixões, gostos, prazeres, e até nossa felicidade dependem de vós” (MEIRELLES, 1847, p. 16).

Outra estratégia utilizada pela medicina para a construção da nova ordem burguesa em oposição ao *pater familias* foi a desqualificação do velho. O velho dentro da tradição patriarcal do Brasil colônia era considerado sábio e poderoso. A sua desqualificação pode ser vista pelo aspecto da maior valorização do moço: “Com a ascensão social e política desses homens de vinte e trinta anos foi diminuindo o respeito pela velhice, que até princípios do século XIX fora um culto quase religioso, os avós de barba branca considerados os ‘numes da casa’. Os santos, os mortos e eles velhos” (FREYRE, 2002, p. 117). A partir de então, a velhice começou a simbolizar não mais o poder do senhor, mas o contrário, passa a ser considerada como “decadência do homem” (CARRÃO, 1848, p. 18). Idade em que, “em geral, as faculdades intellectuaes e moraes soffrem grande enfraquecimento” (CARRÃO, 1848, p. 19). O doutor Sá resume bem essa desqualificação:

[o] velho arrasta o fardo de uma vida sem encantos e sem prazeres, verga ao onus de uma existencia sem gozos, cuja poesia já se desprende voando as regiões d’out’ora; amargura o fel do calix, e vive vida de padeceres e de enojo.

N’estas épocas é o homem estrangeiro á sua espécie, alheio a sua grandeza; fraco, impotente, incapaz de viver para os outros, e se concentra

todo em si mesmo, e acha-se deslocado da elevada orbita em que giram seus semelhantes. (SÁ, 1845, p. 4).

Devemos atentar para o fato de que a tática de diminuição do poder do *pater familias* não ocorreu apenas de modo negativo, pelo contrário, a medicina, como dissemos, colocou-se como aliada da família e não, simplesmente, contra o poder do senhor. Desse modo, o destaque maior dado à mulher-mãe, a desqualificação do velho e, conseqüentemente, a diminuição do poder do senhor, respondem a uma dupla partilha: por um lado, temos uma diminuição do poder do senhor, por outro, são colocadas em prática mecanismos como a classificação inferior da natureza feminina em relação à masculina. Destaca Barros: “Toda constituição moral da mulher (...) resulta da fraqueza innata de seus órgãos; tudo he subordinado a este principio pelo qual a natureza quis tornar a mulher inferior ao homem” (BARROS, 1845, p. 07). Ou, por outros mecanismos, como o machismo: com a diminuição do poder absoluto sobre a família, o homem ganha o direito de “concentrar sobre a mulher toda a carga de dominação antes distribuída sobre o grupo familiar e demais dependentes da propriedade” (COSTA, 1999, p. 252).

O machismo funcionou também como regulador dos excessos femininos, pois, ao elevar o *status* da mulher-mãe, a medicina percebeu que isso poderia resultar em um aumento desregulado de sua liberdade, ocasionando uma dissolução da família. Não era esse o interesse da medicina, pois isso significaria a perda do controle sob o que ela pretendia. O objetivo era desestabilizar não a família em geral, mas a família patriarcal, visando produzir a família higienizada e civilizada. Portanto, era necessário libertar as mulheres de seu papel subalterno e, ao mesmo tempo, frear os excessos que poderiam advir dessa maior liberdade:

Não he sem algum receio que vamos proseguir a este respeito a exposição de nosso modo de pensar, porque desde já contamos mil inimigas n’essas bellas Sras., amantes da agitação, dos passeios, do divertimentos, &c.: entretanto forçoso he proseguir e affrontar para o bem d’ellas mesmas esses arrafos passageiros. Assim pois, devemos lembrar-lhes que as grandes reuniões, os concertos, os espectaculos em salões fechados e prodigamente

illuminados, são huma fonte perenne de males inccalculaveis (BARROS, 1845, p. 16)

Feitas essas considerações, podemos agora entender melhor a natureza da relação entre o Estado e a medicina. Nesta perspectiva, ambos fizeram parte de um mesmo “processo civilizador” (ou higienizador), no qual a relação principal se definiu em: o Estado aceitou e incentivou o saber que a medicina adotou como único legítimo sobre a doença e a cura, e por outro lado a medicina, com sua proposta de (re)organização social, fez-se útil ao Estado e contribuiu para a sua consolidação. Contudo, é importante ressaltar que essa relação favorável entre a medicina e o Estado só é detectável quando analisadas historicamente, visto que, durante o desenrolar do processo, houve divergências e críticas mútuas.¹²

A família reestruturada, ao invés de produzir parentes, passou a formar cidadãos; e a pedagogia médica – ao lado dos políticos e literatos – foi eficiente em difundir e divulgar esses novos valores (COSTA, 1999, p. 64). Podemos constatar essa eficiência em três passagens do já referido doutor Sá que, embora longas, são de grande valia para entendermos o destaque dado pela pedagogia médica na construção do cidadão, diz o doutor:

Tal é a miseria humana. E se povos ha que constantemente se esforçam por melhorar os agentes naturaes, e delles colher o maior numero de beneficios, não o somos nós decerto, que raça não de portuguezes do Portugal velho, mas sim do Portugal envelhecido, resumimos todos os vicios, toda a gangrena da civilisação sem contudo gosarmos, quiçá, de suas vantagens mais insignificantes. Não é isso declamação de atrabiliario misanthropo escandalizado da sociedade, mas sim dolorosa convicção de brasileiro dilacerado pela dôr de ver sua patria apodrecendo sem ter tido maturidade. Estudemos como medico e moralista a capital d’esse gigante anemico conhecido entre as nações pelo nome de Brasil, que certificar-nos-hemos da terrivel veracidade de tam triste asserção.

(...)

É pois mister que todo aquelle, em cujo coração se aninha um sentimento d’amor pela causa sagrada da patria, se esforce quanto em si couber para tornar o povo verdadeiramente livre e independente, dando-lhe virtudes, illustração e nacionalidade. Illustração e moralidade são as verdadeiras riquezas de que carecemos; são ellas, e sómente ellas, que podem elevar o Brasil ao alto lugar, que o arbitre dos povos lhe ha demarcado entre as nações.

¹² Para um maior aprofundamento sobre as relações entre Estado e medicina social consultar: França (1990, p. 52), Machado (1978, p. 217-218), Costa (1999, p. 28) e Freyre (2002, p. 240-241).

Por fim conclui:

(...) na terra de Santa Cruz inda palpitam corações brasileiros que unido elevarão um brado de maldição, ameaçador, medonho terrível, que passando as gerações futuras echoará o anathema: maldito pela terra e pelo ceo seja o brasileiro que indiferente ao bem da sua pátria, podendo, para elle não concorreu (BARROS, 1845, p. 12-13, 22 e 34 respectivamente).

A analogia entre nação e organismo e, no caso específico, ligado a um organismo doente, povoou o pensamento médico do século XIX. Os médicos oitocentistas, no afã de justificar suas práticas, passaram a reconhecer no meio social as causas de sua suposta doença. Nessa perspectiva, o espaço urbano passou a ser central no pensamento médico e identificar as causas de seu deterioramento ou, em outras palavras, as causas que tornaram o “gigante anêmico conhecido entre as nações pelo nome de Brasil” um organismo doente passam, necessariamente, pelo diagnóstico da urbe.¹³

Os trechos acima, que parecem mais um manifesto à pátria elaborado por estadistas do que uma tese médica, nos dão não apenas indícios da relação entre a medicina e o Estado, mas também a abrangência da pedagogia médica enquanto normalizadora das condutas. Segundo Costa (1999, p.67): “Afirmando que o amor a pátria não era uma doença, os higienistas não tardaram em proclamá-lo sinal de sanidade. E, num movimento de retorno político-teórico, a ausência de patriotismo foi redefinida como deficiência físico-moral [ou seja, como doença]”.

O Espaço Urbano

O espaço urbano, na sua diversidade, promovia uma complexa rede de relações e explicitava, portanto, uma gama de comportamentos e situações que escapavam à

¹³ Dain Borges tece algumas relações entre a metáfora da nação com o organismo doente, enfatizando que, na percepção médica do século XIX, os “‘excessos’ de todo o tipo, incluindo excessos de civilização – urbanidade demais, conforto demais – poderiam enfraquecer uma nação e gerar neurastênicos” (Dossiê Normalidade, Desvio, Diferenças, 2005, mimeo, p.40).

normalização médica. Todavia, a medicina, ou melhor, o projeto higiênico não se esgotou na normalização das condutas individuais, sendo este apenas um de seus aspectos. Seu projeto totalizador foi além, reivindicou a cidade como objeto de seu saber. A cidade sofreu um processo de patologização: “a selecção dos lugares, em que o homem se estabelece, é quasi sempre fundada em considerações alheias a salubridade”. Desse modo, os indivíduos, segundo os higienistas, escolhem os locais para erigir as cidades tendo em vista interesses outros que não a salubridade, interesses como posição estratégica para a defesa militar, ou um bom porto para o comércio, e só, “em poucos casos é o homem guiado pelo interesse de sua saúde” (ALMEIDA, 1845, p.1).

A cidade erigida em local insalubre seria, por si mesma, causa de doenças. Ainda mais o será o seu processo de urbanização, encarado como desorganizado e irracional, ou melhor, como não higiênico. Nessa perspectiva, a cidade, devido à sua insalubridade, tornou-se geradora de doenças. Isso é culpa dos próprios indivíduos, como vimos, mas a medicina, com o seu saber polivalente e científico, colocou-se ao lado da população e lhe propôs alterações para a melhoria da cidade. Em suma, a medicina social, numa paráfrase Hobbesiana, colocou-se como a protetora do homem contra os efeitos nocivos gerados pelo próprio homem.

Para melhor entendermos a reflexão médica com relação à cidade, é de grande importância atentarmos para a noção que os médicos oitocentistas tinham a respeito dos miasmas. Os miasmas eram partículas que se desprendiam dos corpos (de qualquer natureza) e que tornavam a “atmosfera impregnada de principios deleterios”, e deixaram o “ar degenerado” (SÁ, 1845, p. 13). Havia, no século XIX, uma dificuldade em determinar e qualificar os miasmas, o que acirrava o debate entre contagionistas (transmissão das doenças por contato direto ou indireto) e infeccionistas (transmissão das doenças pela ação dos miasmas mórbidos).

Nestas discussões, os infeccionistas tiveram uma maior aceitação (CHALHOUB, 1999, p. 168-180). Apesar das dificuldades em comprovar a ação desses elementos era necessário combatê-los “por mais desconhecida que seja em seus elementos químicos a substância misturada no ar (...) é sempre mister procurar destruí-la” (ALMEIDA, 1845, p. 34).

A estratégia do combate aos miasmas mórbidos foi realizada através da desinfecção e desodorização que se abrirá em duas frentes principais: a primeira através de meios químicos, como “as fumigações de ácido cético (...) com ácido nítrico (...) cloroeto de cálcio líquido ou sólido”, que causavam alguns inconvenientes, como “misturar no ar substâncias, que lhe alteram a pureza”; outra maneira, foi através de meios aromáticos, como as “fumigações com substâncias aromáticas”, que além de serem de duvidosa eficácia, pois “têm o inconveniente de mascarar os maos cheiros, tornando os supportaveis”, não acabavam com a causa do mal e ainda apresentavam algumas desvantagens devido à sua “ação excitante sobre o systema nervoso” (ALMEIDA, 1845, p. 34). Os meios químicos, além das desvantagens apresentadas, ainda tinham o inconveniente de ser uma técnica custosa e que necessitava de um conhecimento especializado (cf. CORBIN, 1987).

A segunda frente foi mais positiva, tanto pelos resultados quanto pela possibilidade de ser praticada por qualquer um constituiu-se de uma técnica aparentemente simples e ao alcance de todos consiste na ventilação dos ambientes de modo que a atmosfera não fique carregada de miasmas mórbidos.

De todos os meios desinfectantes o melhor é sem duvida o renovamento do ar; a ventilação obra, levando a matéria alterada, da qual já tratamos. Todavia diremos somente que ella deverá ser largamente empregada, e continuada, enquanto o olfato, que é aqui um excellent indicador, achar ainda algum cheiro no lugar, onde exista em abundancia. (ALMEIDA, 1845, p. 34).

Na posse desses elementos, a medicina social propôs um planejamento urbano que visou transformar a cidade de foco de doença em produtora de saúde. Com esta finalidade em mente, os higienistas desenvolveram um saber que dividiu e esquadrinhou a cidade, com o

intuito de analisar e descobrir os focos de insalubridade e propor, por fim, as alterações necessárias para transformar tais pontos insalubres em salubres. Em função destes aspectos, os mais variados objetos foram tematizados pelo saber médico: largura e calçamento das ruas, água e esgoto, calçadas, espaço entre as casas, solo, pântanos, rios, materiais de construção, entre outros. Alguns elementos foram, correntemente, mais destacados e analisados que outros, até mesmo devido às controversas que causavam, foram eles: matadouro, cemitério, colégios, hospitais entre outros.

Notemos, antes de tudo, que a análise promovida pela medicina estava baseada em dois princípios: localização e organização interna. O primeiro, calcado na idéia da transferência do centro da cidade: por infectar a cidade (matadouro, cemitério), por ser infectado pela cidade (escola), ou pelos dois motivos (hospital). Dessa maneira:

Os cemiterios, os depositos de immundicias, e de materias fecaes, os matadouros devem ser afastados das cidades, e collocados em lugares elevados, e quanto for possivel expostos de maneira, que o vento que sopra mais ordinariamente não traga as exhalações. (ALMEIDA, 1845, p. 20)

É interessante notar, no que diz respeito ao cemitério, que a estratégia médica que reclama “a remoção dos cemiterios para fora das povoações” como forma de “contribuir para a salubridade publica”, (BRASIL, 1834, p. 15), também diz respeito às críticas do hábito dos sepultamentos no interior das igrejas. Houve uma ardente resistência por parte da população e dos párocos que não queriam romper o contato dos mortos com os vivos. As resistências foram em vão. Proibiram os sepultamentos dentro das igrejas e exigiram atestado de óbito feito por médico. (MACHADO, 1978, p. 288-295).

Quanto ao segundo princípio, organização interna, será por demais importante, pois foi através deste princípio que se pretendeu racionalizar e organizar os espaços, de modo que eles se tornassem focos de saúde e não mais produtores de doenças. Vejamos o exemplo do hospital. A higiene encara o hospital, e os diversos estabelecimentos, como causa de doença: “o hospital (...) mais parece destinado para arruinar a saúde dos sãos, do que para restabelecer a dos enfermos”. Isso por causa da desorganização interna: “a aglomeração dos doentes em

estrito espaço, e o contato, em que estão os de diferentes enfermidades”. A reorganização do espaço interno por si só, já faz parte da terapêutica médica, pois, organizar e disciplinarizar são os primeiros passos do tratamento das doenças, “enfermarias limpas, espaçosas, e separadas, segundo as qualidades das molestias, de maneira que as exalações de huma não possam prejudicar os que estão em outras” (BRASIL, 1834, p. 28). Além disso, as doenças não são só físicas, são também morais. Desse modo, a disciplinarização possibilita vigiar melhor, tanto o desregramento moral, quanto a evolução das moléstias (FOUCAULT, 2001c).

O conjunto dessas práticas também refletiu a preocupação em transformar o hospital em lugar de produção de conhecimento, ou seja, do novo saber médico que a medicina social produzia. Assim sendo, o reordenamento funcionava também como crítica aos funcionários não qualificados: “quasi exclusivamente (...) enfermeiros ignorantes” (PEIXOTO, 1837, p. 28). Nesse sentido podemos entender a preocupação médica com o espaço urbano. Considerado irracional e não médico permitia, segundo a perspectiva médica, o desenvolvimento de comportamentos e práticas não adequadas à lógica burguesa.

A “confusão” entre doenças e doentes dentro do hospital já não era mais tolerada. Prova disso foi a crescente reivindicação de locais apropriados e separados para o tratamento de cada doença. “Dizemos, que se estabelecção hospitaes proprios, porque he sabido que se tirão mais vantagens” (PEIXOTO, 1837, p. 29), além das “vantagens, que os pequenos hospitaes offereccem em toda a parte sobre os grandes” (BRASIL, 1834, op. cit., p. 22).

A respeito da normalização das condutas e das instituições é interessante analisarmos a prostituição feminina e o projeto médico do “bordel higienizado” (SOARES, 1986). A primeira metade do século XIX registrou um aumento significativo da prostituição no Rio de Janeiro. Vários fatores contribuíram para tal, dentre os mais significativos estão: crescimento populacional, aumento da entrada de escravos, baixa oferta de emprego e o desequilíbrio entre os sexos com predominância numérica de homens em relação a mulheres (ENGEL, 1989).

Depois de termos visto a importância da família para o discurso higiênico, não é difícil imaginar a “perniciosíssima influencia sobre o presente e o futuro do povo brasileiro” (SÁ, 1845, p. 31) que a prostituição causa ao elaborar uma história da prostituição, denominada de “resenha”, dentro de sua tese médica, o doutor Sá, baseado na bíblia, chega à seguinte conclusão: a prostituição se faz presente desde os tempos mais remotos, “se consultarmos o primeiro livro escrito, o velho, testamento, ahi encontramos provas irrefragaveis” (SÁ, 1845, p. 23). Mas essa ameaça que a prostituição causa à família pode ser, com a ajuda médica, transformada em um bem para a família e a sociedade: “mal que se não póde prevenir, nem radicalmente extirpar, e que portanto aos medicos do corpo social compete convergir todos os seus cuidados a fim de minorar-lhes, convertendo em beneficio para o mesmo corpo social” (SÁ, 1845, p. 31).

Com o intuito de transformar a prostituição em um possível bem, a medicina defendeu a idéia da necessidade físico-biológica do sexo masculino. Na sua “resenha” sobre a prostituição, Sá constatou o desejo sexual dos personagens bíblicos “Abraham e Jacob não se contentaram com uma mulher, Rubens busca o leito de bela concubina de seu pai (...)” (SÁ, 1845, p. 23). A essa defesa da necessidade do prazer masculino, o doutor, após analisar a história da prostituição, a declarou “congenita á sociedade” (SÁ, 1845, p. 31).

Com isso, podemos tirar algumas conclusões. Por um lado, a prostituição causaria mal à família e à sociedade, quando, por algum motivo, permitia a dissolução da família ou a corrupção dos indivíduos. Por outro lado, a prostituição pode até mesmo servir como reguladora da família, tanto negativamente, ou seja, pelo mal exemplo que ela representa, quanto positivamente, a saber: o homem, como vimos, tem uma necessidade físico-biológica de sexo, que muitas vezes não é correspondida à altura (apatia da esposa ou não ser casado), desse modo, a prostituta serviria como uma válvula de escape, não permitindo assim que o

indivíduo por “uma fraqueza momentanea, quiçá desculpavel” (SÁ, 1845, p. 34), cometesse algum ato mais grave a sua individualidade e/ou a família.

A prostituição, segundo o doutor Sá, só funcionaria de maneira positiva na sociedade se a medicina conseguisse regular e implementar uma forma de prostituição higiênica que abarcasse alguns cuidados: marcas ou sinais para que elas sejam identificadas e vigiadas, “nenhum signal as distingue da senhora honrada, (...) sem nenhum stygma” (SÁ, 1845, p. 32); necessidade de que se faça as constantes inspeções de seus corpos, “nenhuma lei policial as impede de copular quando infectadas da syphilis” (SÁ, 1845, p. 31); além de um projeto de tributação: “entre nós tudo paga imposto, o artista, o negociante, o agricultor, o boticario, o medico &c. Só as prostitutas, *et soi di Sant* – homeopathas, - não. São nossas classes privilegiadas!!!” (SÁ, 1845, p. 34). Uma jogada de estrategista, transformar a prostituição de “cancro roedor que lacera as entranhas da sociedade” (SÁ, 1845, p. 23) em um “mal que assegura a tranquillidade, a honra e o socego das famílias” (SÁ, 1845, p. 33).

Psiquiatria e Sexualidade

Uma Nova Ciência nos Trópicos

A psiquiatria foi o ramo médico que se destacou na constituição da “anormalidade”. Ela delimitou o seu objeto (a loucura) através da divisão entre a loucura e a lucidez. Essa divisão não foi realizada de um modo objetivo porque, além de outras coisas, havia um desconhecimento da suposta modificação orgânica que resultaria (ou seria resultado) da alienação mental. Sendo assim, ela se ateve a construir seu quadro nosológico através das condutas individuais, analisando quais seriam reprováveis e as possíveis causas orgânicas de seu desvio.

A partir da segunda metade do século XIX, as relações entre a medicina e a jurisprudência, explicitadas principalmente nos exames médico-legais, possibilitaram à psiquiatria a construção de um novo corpo teórico. Nesta construção, o “desvio” seria entendido não somente através de sua suposta lógica interna, mas através de outras coisas que não são o “desvio” propriamente dito. A isto foram relacionados comportamentos, maneiras de ser, ascendência ou descendência que são apresentadas como a causa ou origem. Desse modo, segundo Foucault:

o exame psiquiátrico permite construir um duplo psicológico-ético do delito [lembrando que todo “desvio” se configura como delito, no sentido de que é uma infração à norma]. Isto é, deslegalizar a infração (...) para fazer aparecer por trás dela seu duplo (...) e que faz dela não mais, justamente, uma infração no sentido legal do termo, mas uma irregularidade em relação a um certo número de regras que podem ser fisiológicas, psicológicas, morais, etc (2002, p. 21) .

A consolidação do projeto higiênico e dos “anormais” foi em grande parte possível devido ao papel das formulações da psiquiatria, isto porque o exame psiquiátrico (que

veremos com mais detalhes adiante) possuiu a capacidade de dobrar o delito (ou o “desvio”) com outras coisas que não são o delito, como comportamentos, maneiras de ser que são apresentadas como a causa, origem ou motivação. Mas antes vejamos alguns aspectos.

É no contexto da construção da ordem, da independência e da consolidação do império que podemos entender a formação dos discursos psiquiátricos.

Na história da psiquiatria, considera-se Pinel o libertador dos loucos, realizando a primeira revolução psiquiátrica ao romper as correntes que os aprisionavam (BIRMAN, 1978). Gesto humanitário que liberta o louco da tradição demonológica.

Recordamos á historia (...) os antigos, não procurando definir nem estudar esta molestia com exatidão, davão como causa de sua existência o *demonio, espíritos animaes* no cerebro atravez dos quaes a alma não podia sentir nem pensar com precisão (PEIXOTO, 1837, p. II grifos do autor).

A revolução que Pinel realizou não diz respeito somente à tradição demonológica, ela gira em torno, também, da crítica da internação – experiência polimorfa, iniciada em meados do século XVII, que confunde, ao menos aos nossos olhos, uma série de indivíduos bastante diferentes: criminosos, depravados, inválidos, pobres, libertinos, loucos, entre outros.¹⁴

Tal era o estado de atrasamento em que se achava esse importante ramo da arte, quando Mr. Pinel, respeitavel nosologista francez, a quem a humanidade deve tantos beneficios, procurou arrancar-o do cahos e barbaria em que se achava (PEIXOTO, 1837, p. II).

Assim, a partir do final do século XVIII e início do XIX, categorias como o louco, o criminoso e o doente não mais deveriam ser “confundidos”, e instituições praticamente idênticas, como o hospital e a prisão, passaram a ser gradualmente diferenciadas. “Invocamos o testemunho das pessoas que têm visitado aquella casa [Hospital da Misericórdia], e ellas dirão se o nome de calabouço não lhe era mais apropriado” (PEIXOTO, 1837, p. 28-29).¹⁵ Desse modo, o internamento e a loucura passam por uma resignificação social, tornando-se, a partir do século XIX, verdade médica.

¹⁴ Sobre experiência da internação anterior ao século XIX consultar Foucault (2000a; 2000b).

¹⁵ Ver sobre semelhança entre hospital e prisão Foucault (2000a, p. 78-79; 2000b).e Courbain (1987).

Devemos atentar para o fato de que essa crítica ao passado “pré-pineliano” e a construção do mito de Pinel como libertador dos loucos faz parte de um projeto mais amplo que é o de validar e justificar a nascente psiquiatria (BIRMAN, 1978, p. 13). Percebemos, portanto, que os loucos não são libertados com Pinel, ao contrário, eles são os herdeiros da internação do século XVII. A sua separação das outras categorias não representou liberdade, mas uma maior reclusão, devido, como veremos mais adiante, às novas técnicas e estratégias elaboradas pela psiquiatria. Como atesta Foucault: “as coisas foram inteiramente diferentes. Pinel, Tuke, seus contemporâneos e sucessores não romperam com as antigas práticas do internamento; pelo contrário, eles as estreitaram em torno do louco”, e mais à frente: “toda esta psicologia não existiria sem o sadismo moralizador no qual a ‘filantropia’ do século XIX enclausurou-a, sob os modos hipócritas de uma ‘libertação’” (FOUCAULT, 2000a, p. 81 e p. 84 respectivamente. Grifos do autor). O que deve ficar claro é que essas novas elaborações da medicina no século XIX não fazem parte de um processo acumulativo de experiências anteriores e sim de uma reformulação de seu próprio saber, “não se trata de um mesmo jogo, um pouco mais aperfeiçoado, mas de outro” (FOUCAULT, 2001b). E é esse novo jogo que passaremos a analisar.

O estatuto de doença atribuído à loucura, que passou então a ser considerada como alienação mental, é um fato histórico e portanto datado: final do século XVIII e início do século XIX. No caso brasileiro, movimento análogo aconteceu na primeira metade do século XIX. Podemos notá-lo se compararmos alguns documentos da época, como a lei de 1º de outubro de 1828 que trata da nova forma das câmaras municipais e do juiz de paz. Diz ela, no Título III, sobre as posturas policiais no artigo 66, parágrafo 3º:

(...) mandando-lhes pôr divisas para advertir os que transitam; suspensão e lançamento de corpos, que possam prejudicar, ou enxovalhar aos viandantes; cautela contra o perigo proveniente da divagação dos loucos, embriagados, de animaes ferozes, ou damnados (...) (COLLEÇÃO... 1878, p. 83).

Notamos, no artigo supracitado, que a loucura ainda não ganhara o estatuto de doença mental, estando assim “confundida” com bêbados e animais ferozes ou danados.¹⁶ A concepção da loucura como doença está vinculada ao nascimento de uma nova prática que propõe novas técnicas e abordagens com o objetivo de curá-la. Essa nova prática é a psiquiatria.

A base da criação da psiquiatria, no Brasil, encontra-se em 1830 com a criação da comissão de salubridade pública (MACHADO, 1978, p. 187-188). Em 1830 foi lançado pela SMRJ, através do relatório da comissão de salubridade, o primeiro documento que trata o louco como doente mental, possui como palavra de ordem: “aos loucos o hospício” (MACHADO, 1978, p. 376). No entanto, o primeiro trabalho acadêmico sobre a loucura só foi elaborado em 1837, por Antonio Luiz da Silva Peixoto em sua tese *Considerações Geraes Sobre a Alienação Mental*, visando a obtenção do título de doutor em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Em verdade, antes da tese do Sr. Peixoto, houve um outro trabalho sobre a loucura no Brasil, elaborado pelo Dr. Simão Pinheiro Morão no século XVII, mas que se baseava na concepção de loucura da tradição hipocrático-galênica dos humores, que reconhecia loucura como desequilíbrio dos humores. Estes desequilíbrios produziam gases que afetavam o cérebro e desorganizavam as faculdades do entendimento (MACHADO, 1978, p. 404-409). Deste modo, a etiologia da loucura estava, eminentemente, ligada à causa física (desequilíbrio dos humores).

A sede ou natureza da lesão na loucura, no século XIX, causava dúvidas: “ainda não resolverão definitivamente o grande problema da natureza da lesão, sede e tratamento” justificavam, os médicos, essa ignorância do seu saber devido ao fato de que “seu estudo

¹⁶ Para melhor entender a concepção da loucura anterior ao estatuto de doença mental, verificar Foucault (2000b).

desgraçadamente ainda se acha muito atrasado”, embora apostassem no futuro com “grandes esperanças de resultados bem sucedidos” (PEIXOTO, 1837, p. III).

Em virtude do desconhecimento da sede e natureza da lesão, os médicos oitocentistas dividiram a terapêutica em duas partes. A primeira correspondeu ao tratamento físico, que utilizou parte da antiga tradição hipocrático-galênica, como a sangria, purgantes, vomitórios e banhos. Assim, o Dr. Peixoto descreve parte do tratamento da seguinte maneira: “O tratamento physico (...) consiste este nas sangrias geraes do pé e do braço; locaes do anus, perieo, e epigastro, nuca e apophyses mastóideas, pôr bixas ou ventosas, associadas ao uso repetido e prolongado de laxantes (...) embrocações de agua fria e dos banhos de mar (...)” (PEIXOTO, 1837, p. 39-40). A segunda parte da terapêutica, até então uma novidade, constituiu-se no tratamento moral: “para curar a alienação mental, o medico põe em pratica dous meios de tratamento: (...) tratamento chamado intellectual ou moral (...) [e] o tratamento physico” (PEIXOTO, 1837, p. 28). Mas os dois tratamentos não serão equivalentes. O tratamento físico era considerado complementar, enquanto o tratamento moral era a base da terapêutica psiquiátrica.

Para entendermos essa mudança pela qual a perspectiva médica sofreu – passando da importância física para a moral – precisamos atentar para as dúvidas quanto à sede da doença e às diversas classificações de loucura, ou melhor, de alienação mental, que o novo saber médico definiu: mania, lipemania, ninfomania, entre outras, sobretudo o conceito de monomania desenvolvido por Esquirol. Para o médico francês, a monomania se configurava como delírio parcial, por determinado tempo ou objeto, enquanto a inteligência funcionava normalmente.

Das proposições de Esquirol, advêm algumas conseqüências: possibilidade da loucura sem delírio, ou seja, sem afetar a inteligência ou o entendimento. E se a loucura não é mais necessariamente delírio da inteligência, como na concepção anterior ao século XIX, passaria a

ser considerada perversão da vontade. Portanto, o olhar médico se deslocou da observação da inteligência comprometida para as condutas morais e sociais dos indivíduos. Em outras palavras, a existência e o grau da loucura serão determinados pelas condutas morais dos indivíduos (cf. BIRMAN, 1978; MACHADO, 1978, p. 375-422). Estes elementos abriram a possibilidade de uma patologização do cotidiano, onde tudo pode ser causa da loucura, assim “não ha, talvez, circunstancias na vida, que não se possam tornar causas da alienação mental” (PEIXOTO, 1837, p. 8). Isto levaria a uma medicalização e a classificação do normal e do patológico através das condutas morais.

Agora podemos entender as afirmações acima, de que esse novo saber médico não faz “parte de um processo cumulativo de experiências anteriores”, ao contrário, faz parte de um novo jogo. O saber médico deslocou a etiologia da loucura da esfera eminentemente física para as causas ligadas à conduta moral e social dos indivíduos. Esta é a chave que nos permite entender, epistemologicamente, a ruptura que esse novo saber promoveu. Revolução sim, não por libertar os loucos de suas amarras, mas por redefinir um saber que se pretende como uma verdadeira ciência comportamental.

A técnica de normalização e moralização que os “médicos do corpo social” desenvolveram foi extremamente importante para validar seu saber, pois, tanto para definir as normas e os padrões de conduta quanto para julgá-los normais ou patológicos, não bastava uma simples observação de leigo, era preciso um olhar apurado e estudado, ou seja, um olhar de especialista. Na expressão usada pelos médicos do corpo social, era necessário um “medico philosopho”, não apenas pelo fato de que tudo pode ser causa da loucura, como visto acima, mas também porque “quando o delirio he intenso e geral, ninguem se póde enganar; mas quando parcial, há difficuldade muitas vezes em reconhecer a molestia”, pois “alguns alienados tem bastante discernimento para occultar o estado de desordem de sua rasão”, mas acontece que “outr[a]s vezes hum malfeitor, para subtrair-se a punição de um delicto, finge-se

alienado”. Isso sem considerar a confusão nosológica a que estaria sujeito um observador não qualificado: “muitas molestias ha capazes de simular a alienação” (PEIXOTO, 1837, p. 21-22). Dessa maneira, a tênue linha que separa o normal e o patológico será apanágio exclusivo do saber médico.

O saber médico se apresentou como um saber polivalente. Ele penetrou em todas as estruturas da vida social, prescrevendo, como saber normalizador, as condutas normais e patológicas e desqualificando, de antemão, todo o saber que não o seu, como um “falso” saber. A medicina caracterizou-se como medida de todas as coisas.

A amamentação é um exemplo característico dessas tendências médicas. Prática incomum às mães da família patriarcal até princípios do século XIX,¹⁷ passou a ser, constantemente, prescrita pelos médicos oitocentistas como “dever sagrado, imposto pela natureza” (MEIRELLES, 1847, p. 11). Esse movimento fez parte da regulação não só das mulheres, mas de toda família na sociedade. A defesa da emancipação feminina diante da família patriarcal, defendida pelos médicos, poderia causar uma desregulação familiar. Assim, os possíveis excessos das mulheres foram combatidos por algumas formas negativas (machismo, a inferioridade de sua natureza e inteligência). Houve também métodos positivos, dentre eles o seu novo papel de “mãe-amamentadora”, função que “desqualificava” os homens, pois só elas poderiam promovê-lo, mas que em contra partida regulava a sua vida, freando seus impulsos, pois, para aleitar era preciso abrir mão de grande parte dos excessos da civilização (bailes, festas etc).

Para colocar esse processo em andamento, os higienistas começaram a desqualificar o hábito do aleitamento por amas de leite. Ficam evidentes as questões da sexualidade, classe e gênero, pois as amas eram, em sua maioria, negras, pobres e escravas. Além disso a desqualificação das amas se deu, em primeiro lugar, pelos seus maus cuidados, pois: se

¹⁷ Costa (1999, 255-256) destaca algumas prováveis interpretações do não-aleitamento materno.

“despreza seu filho para tratar o de outra, é uma mãe má, e como poderá ser boa ama?” As amas “encarando esse dever como uma obrigação onerosa, estas só procurarão furtar-se a todos os incommodos que a criança lhes dá, e muitas vezes são as mesmas victimas de mil atrocidades”. Desta forma, as crianças estavam sujeitas a vários “perigos e privações” por causa da “insensibilidade, negligencia e imprevidencia das amas” (MEIRELLES, 1847, p. 17).

Para a desqualificação das amas foram desenvolvidas outras estratégias, além da crítica de seus “parcos cuidados” foi difundida a idéia de que através do “leite se transmitem não só as molestias, mas ainda o character e o moral”. Fechou-se o cerco no combate às amas “cheias de mil inclinações odiosas e dada á todos os vícios”, pois através de seu leite corrompido, transmitirá à criança todos os seus “vícios” e “perversões”. E o párvulo por esse método amamentado:

será totalmente pervertido: seu coração, que podia herdar as sublimes virtudes de seus paes, será o antro dos vícios: elle só buscará satisfazer as paixões e inclinações, que no berço lhe forão transmitidas: e então scenas as mais tristes e afflictivas se passarão no centro das familias; em vez d’essa harmonia, d’esse amor filiar e fraterno que faz a felicidade d’ellas, só reinará a discordia” (MEIRELLES, 1847, p. 15).

Nessas discussões, é abordada a associação entre negra-desvio-sexualidade instintiva (não civilizada).¹⁸ A relação entre sexualidade-raça e gênero foi fundamental no processo de desqualificação social que culminou na construção dos “desvios” no terceiro quarto do século XIX. Com o intuito de construir a nova ordem burguesa, em oposição à estrutura patriarcal, foi essencial descobrir/inventar, fora das instâncias estabelecidas (senhores patriarcais), a pretensa causa de sua corrupção. Desse modo, o elemento socialmente subalterno, no caso os escravos, funcionou de maneira positiva. Ao criticar sua presença no quadro familiar em

¹⁸ Sobre estas relações entre raça e gênero consulte o artigo Raça e Gênero: o papel da analogia na ciência de Nancy Leys Stepan (1994). Sobre as associações culturais entre sexualidade e raça negra e ainda sobre negritude e loucura veja Gilman (1994).

nome de regras higiênico-morais, abriu-se a possibilidade da contestação da ordem patriarcal estabelecida e da prescrição, em nome da civilidade, de uma ordem burguesa.

As mães foram responsabilizadas por esses possíveis males causados pelas amas, porque “desprezando o innocente fructo de suas entranhas, o entregão desapiedadamente a mãos mercenarias, desconhecendo e calcando aos pés o seu primeiro e mais sagrado dever” (MEIRELLES, 1847, p. 1) e a mulher que o filho “aparta de seus peitos, que faz calar em seu coração a poderosa voz da natureza, e que despreza enfim esse imperioso dever, não tem direito ao sagrado titulo de mãe, não é a verdadeira mãe” (MEIRELLES, 1847, p. 11).

O mais interessante dessa estratégia médica de tornar a mulher em mãe-amamentadora foi a produção do gozo em ser mãe. Se, por um lado, as mulheres sofrem o despotismo machista do marido e tem sua liberdade cerceada, por outro lado, “os seus deveres, posto que trabalhosos, não deixarão contudo de ser um manancial de delicias”. Foucault (2003, p.154) fala em uma erótica do poder, e ao binômio poder/saber opõe-se a idéia do poder como recalque, pois ele não só cria coisas novas, como dá prazer. Meio século antes de Freud atentar para a voluptuosidade entre mãe e filho, já dizia o Dr Meirelles:

A natureza, providente, teve a sabedoria de collocar o prazer, onde o exercicio de uma função é indispensavel á vida, e a dor quando suas leis são desprezadas. A mãe que cria, sente correr com delicia o leite atravez dos canaes que o devem levar á boa de seu filho; como no acto da reproducção ella tem muitas vezes erectismo, voluptuosidade; basta somente que elle lhe estenda os tenros bracinhos para que seus seios se engorgitem, e que o leite seja ejaculado com força (MEIRELLES, 1847, p. 10).

Concluimos, portanto, que assim como Pinel não foi o grande libertador dos loucos, a medicina social não foi a libertadora da mulher e da família. O que se passou foi o contrário: lutou-se por uma reconfiguração do poder dentro do modelo da família nuclear burguesa e em contrapartida, buscaram-se todos os meios para colonizar as mulheres e a família com seu

saber médico, prescrevendo hábitos e condutas morais que distinguem gêneros e hierarquizavam socialmente homens e mulheres.

Jurandir Freire Costa atenta que, caso queiramos entender a posição de dependência que a família do século XX teve para com os agentes educativo-terapêuticos, temos que buscar suas origens na (re)organização familiar do século XIX. Segundo suas palavras,

Entretanto, ao contrário do que pode parecer, esta posição de dependência [que a família do século XX tem] para com os agentes educativo-terapêutico não é estranha à história da família burguesa. No século XIX, a antecessora da família do século XX – a família oitocentista de elite – foi submetida a uma tutela do mesmo gênero. A medicina social, através de sua política higiênica, reduziu a família a este estado de dependência, recorrendo, ao que é mais significativo, a argumentos semelhantes aos atuais. Foi também pretextando salvar os indivíduos do caos em que se encontravam que a higiene insinuou-se na intimidade de suas vidas (1999, p.12).

Deve ficar claro que, se os discursos da primeira metade do século XIX já tematizavam a “necessidade” da ordem burguesa em detrimento da estrutura patriarcal, foi só a partir do último quarto do século XIX, com as mudanças ocorridas na sociedade brasileira, em particular na corte, que essas propostas fizeram-se exequíveis, mas as discussões já não eram as mesmas. Surgiram novas problemáticas que estruturaram o pensamento médico psiquiátrico. Vejamos.

Da ruptura à continuidade: do crime ao criminoso

A partir de 1870 a estabilidade alcançada durante o segundo império entra em crise. O final da guerra contra o Paraguai, a fundação do Partido Republicano, as reformas implementadas pelo gabinete Rio Branco e a lei do Ventre Livre foram os aspectos concretos dessa crise. É dentro desse contexto que podemos entender a reformulação psiquiátrica que

passa pela sexualidade como definidora dos comportamentos “desviantes” no último quarto do século XIX.

A sexualidade como estruturante dos discursos médicos tem início em 1872, quando o doutor Francisco Ferraz de Macedo (1872), analisou a prostituição carioca em *Da Prostituição em Geral e em Particular na Cidade do Rio de Janeiro*. Esse estudo se aproximou muito mais da nossa concepção moderna de ciência que os estudos anteriores. Nela estão presentes, entre outras coisas, notas de rodapé e leitura comparada de outras teses. A obra é estruturada em torno de uma pesquisa de campo realizada de junho a agosto de 1872. Esse caráter mais científico ajudou a referendar, por meio de uma suposta objetividade, os objetos por ela criados. Nela Macedo dividiu as “trabalhadoras do sexo” em três categorias básicas: as difíceis, as fáceis e as facilimas. Não foi a primeira vez que o discurso médico elegeu a prostituição como objeto privilegiado, ela já o tinha feito em *Algumas Reflexões Sobre a Cópula, o Onanismo e Prostituição no Rio de Janeiro* de Miguel Antonio Heredia de Sá (1845). Não que antes a sexualidade não funcionasse como fator dessa construção. A diferença é que, na primeira metade do século XIX, no Brasil, o discurso médico sobre a sexualidade foi mais uma campanha médica do que propriamente um discurso científico (estava baseado mais em noções de conduta moral que em uma classificação nosológica). Esse discurso estaria próximo do que classificou Michel Foucault (2002) em *Os Anormais* de “cruzada anti-masturbatória”. Ou seja, não seria mais o antigo discurso cristão da carne, mas ainda não teria se configurado enquanto o discurso da psicopatologia sexual. Desse modo, o discurso sexual esteve presente como sintoma, causa ou ambas as coisas, mas não funcionava ainda como definidor *strictu senso* das categorias desviantes. Assim, em *Da Prostituição em Geral e em Particular na Cidade do Rio de Janeiro*, a questão se inverte e é, justamente, a sexualidade que definirá as identidades.¹⁹

¹⁹ Michel Foucault (2002, p. 357-365) destaca que o nascimento e a emergência da sexualidade e das aberrações sexuais no campo da psiquiatria acontece em 1844 com a publicação da *Psychopathia Sexualis*, de Heinrich Kaan.

A psiquiatria do final do século XIX não buscava mais as causas da ruptura do estado de saúde. A ênfase, naquele momento, se deu na continuidade, onde a sexualidade foi um dos meios ou uma das causas explicativas. Daí, a busca incessante, pelos ascendentes, descendentes, casamento consanguíneo, desproporção das idades dos progenitores, hereditariedade, entre outros,

A antropologia, novo ramo de conhecimentos anatomo-psicológicos (..), mui justamente ocupa um lugar importantíssimo na solução de todos os problemas relativos à criminalidade, à responsabilidade.

Os estigmas de uma hereditariedade morbida, encontrados em diferentes partes do corpo, principalmente na cabeça (...) nunca devem passar despercebidos a quem se propõe tal empresa. E, para que este exame se torne mais completo, é necessário levá-lo mais longe ainda, não só sobre os ascendentes, como sobre os descendentes e os hábitos e gênero de vida do indivíduo em questão.

É sabido geralmente quanto os casamentos consanguíneos, a desproporção de idade entre os progenitores, os excessos alcoólicos, quer por parte de ambos, quer por parte de qualquer d'elles, são férteis na produção de anomalias de todo o gênero em seus descendentes.

A hereditariedade das afecções mentais, sendo também tão frequente, nunca deve ser esquecida em tais ocasiões (FERREIRA JR, 1887, p. 43).

A preocupação com a criminalidade deve ser entendida no contexto do fim da escravidão. A eminência da abolição era percebida entre os contemporâneos devido às Leis do Ventre Livre e do Sexagenário, as campanhas abolicionistas, a imigração e aumento do número de escravos libertos. Nesse contexto, os negros passaram a ser entendidos como um perigo (miscigenação e criminosos em potencial). Há, no final do século XIX, um aumento do racismo científico com a ideia de hereditariedade e a transmissão de caracteres negativos aos descendentes.

No século dezenove, o racismo eurocêntrico obteve a aura associada à ciência como conhecimento 'objetivo' livre da mancha do subjetivo e do contingente. A mesma época assistiu ao nascimento do racismo biológico;

Com a *Psycopathia Sexualis*, há a desvinculação do instinto sexual da reprodução. Essa desvinculação coloca o prazer (não ordenado a reprodução) como suporte de uma série de condutas anormais e aberrantes, passíveis de psiquiatrização. Com essas mudanças, a psiquiatria foi obrigada a elaborar uma teoria própria, expressa na ideia de degeneração.

antigos preconceitos receberam o selo da ciência. O determinismo biológico argumentava que as diferenças sócio-conômicas entre raças, classes e sexos eram produto de traços genéticos herdados; o social era epifenômeno da biologia (SHOHAT, 2004, p. 23-24).

A questão que se coloca é a da preocupação com a miscigenação. Através dela, sexualidade e “raça” se encontram e a figura paradigmática desta união será o mestiço. “O mestiço era considerado aquele que rompera as fronteiras da espécie e manifestaria atavismos, patologias geradas pela condição de ser único, diferente, pois não era visto como pertencendo a nenhuma das ‘raças’ que o originara” (MISKOLCI, 2005a, p. 221).

O casamento e o desejo da sexualidade controlada demonstravam a preocupação com a miscigenação, que era a armadora conceitual que possibilitava tematizar/criar o negro como perigo, mas que em nome de sua suposta cientificidade, não deixava transparecer a construção moral do negro como ser inferior, em uma palavra, como perigo social.

A ênfase da continuidade e caracterização do ser em si pode ser observada na idéia dos instintos. Lembremos que a categoria dos instintos confunde-se com a idéia dos impulsos. Segundo os médicos, o instinto é um dado natural que faz parte da essência do próprio ser. Um instinto deturpado seria a indicação mais que precisa de uma essência comprometida. Podemos observar isso quando o doutor Ferreira Jr. em sua tese, *Da Responsabilidade Legal dos Alienados*, comentou alguns atos criminosos praticados pelos alienados, disse ele:

Mas taes delictos quasi que são exclusivamente feitos por individuos fracos de espirito, por dementes ou por imbecis, nos quaes são factores convergentes n’uma mesma direcção anormal, a fraqueza intellectual e o desenvolvimento consideravel dos instinctos eroticos (FERREIRA JR, 1887, p. 3).

É fundamental, nesse momento, termos em mente a gênese dos atos desviantes. Para tanto, é mister analisarmos, segundo a perspectiva médica, como é estruturado o entendimento. É a partir dessa estruturação que poderemos entender os diferentes estados da

alma. A alma é vista como o conjunto das funções cerebrais e a alienação como fruto da desorganização desta estrutura.

Para Ferreira Jr. (1887, p. 16), foi Gall que descobriu os alicerces da alma, indicando o cérebro como a sede de todas as faculdades morais e intelectuais. Antes de Gall vários biólogos (Bichat e Cabanis) acreditavam estar nas vísceras. Foi Auguste Comte quem estabeleceu as seis leis em que se baseia o entendimento, sendo três de ordem estática e três de ordem dinâmica. Das quais nos interessam aqui as duas primeiras de ordem estática. A primeira é a “lei fundamental”, segundo Ferreira Jr., desenvolvida por Aristóteles, Leibnitz e Kant consistem em subordinar as construções subjetivas (o entendimento individual) aos materiais objetivos (a verdade ou a realidade em si). Este princípio estaria presente não somente nos indivíduos normais, mas também no louco,

Este princípio [subordinação das construções do entendimento individual frente à realidade objetiva], porém, não é caracter exclusivo da razão, visto que também na loucura elle póde ser respeitado ao menos em parte (FERREIRA JR., 1887, p. 16).

A esse princípio segue uma segunda lei. Esta lei reconhece que as imagens subjetivas (fruto da interpretação ou imaginação) sejam, como nos sonhos, menos nítidas que as imagens objetivas produzidas exteriormente pela realidade presente. Temos, assim, “a constituição estática do entendimento exige necessariamente o concurso de uma segunda lei, a qual requer que as imagens interiores sejam menos nítidas e menos vivas que as impressões exteriores” (FERREIRA JR., 1887, p. 16). Ferreira Jr. sugere ainda que a alienação mental subvertia tais princípios e provocava uma dificuldade de distinção entre o real e o imaginário. “A alienação mental fará naturalmente cessar esta inferioridade [do subjetivo e imaginário frente à realidade objetiva], comquanto o interior continue a ser alimentado e estimulado pelo exterior” (FERREIRA JR., 1887, p. 16). Tudo isso criaria uma sorte de situações imaginárias que concorrerão lado a lado com a realidade objetiva.

Outro elemento capital para entendermos a gênese dos atos desviantes é a idéia de vontade. Vontade, segundo Ferreira Jr.:

É o ultimo estado do desejo quando, estimulando a intelligencia ou parte especulativa, esta resolve ou não a conveniencia da acção por elle exigida. A vontade, pois, não sendo uma faculdade á parte, e sim residindo na região affectiva e na especulativa, não póde ser lesada sem o compromettimento de uma ou de ambas essas regiões (FERREIRA JR., 1887, p. 16).

Para que a inteligência se decida por uma ação, tem necessidade de consultar as noções pró e contras dessa mesma ação para, só depois, resolver a que melhor lhe compete. Porém, a observação do autor apresenta a chave que nos permite entender o comprometimento do ser em si, ou seja, através de sua natureza comprometida:

Não se conclua d'isto, porém, que haja no espirito humano um principio deliberador, supremo, que pese essas noções, não: n'elle ha simplesmente um concurso espontaneo de elementos de natureza diversa, vencendo sempre aquelle que for mais forte, que mais se impuzer em uma situação, em um momento dado (FERREIRA JR. 1887, p. 17).

Desse modo, todas as pessoas têm os mecanismos reguladores da vontade. No entanto, há uma “classe” ou “espécie de seres” cujos impulsos serão tão fortes que subjugarão todas as possibilidades da ordem estabelecida; esses “seres” serão chamados degenerados.

Essas novas problematizações acerca do entendimento, da imaginação, da vontade e dos instintos explicam a busca, no último quarto do século XIX, por uma continuidade, posto que a idéia do instinto é anterior ao processo da vontade. Esta última é o resultado do confronto entre desejo e a inteligência (parte especulativa), e deste conflito há a decisão, favorável ou não, sobre a conveniência da ação. Assim, os “anormais” foram recrutados entre as crianças, ou entre aqueles que quando crianças, apresentaram indícios de uma “natureza degenerada”,

A degeneração era considerada hereditária, sem a menor possibilidade de cura e, portanto, uma condição definitiva. Ela manifestar-se-ia em estigmas físicos, como estrabismo, orelhas imperfeitas, crescimento atrofiado, mas, acima de tudo, em uma série de doenças mentais, tais como histeria, egoísmo

exagerado, pessimismo, apatia, impulsividade, misticismo e falta absoluta de noção sobre o certo e o errado (MISKOLCI, 2005a, p.220)

Em outras palavras, a natureza comprometida do ser não se apresentava mais por um incidente ou série de incidentes quaisquer, mas através de sua própria constituição enquanto ser: ao que é pré, ou antes do social, ou seja, através de seus impulsos e instintos. Foucault (2002, p. 358) destacou que há, nesse momento, uma freada da teoria da alienação mental, centrada no delírio que, “*grosso modo*, é o fim dos alienistas; é o início de uma psiquiatria ou de uma neuropsiquiatria, organizada em torno dos impulsos, dos instintos e dos automatismos”. Essa freada na teoria da alienação centrada no delírio abre a possibilidade para construção de uma psicopatia sexual que constrói a idéia do instinto sexual como origem dos distúrbios. Para o autor (Foucault, 2002, p. 336-335), essa freada na teoria da alienação mental centrada no delírio para uma psicopatia sexual é que constrói a ligação entre um instinto sexual como origem dos distúrbios. Entra em cena um novo objeto para a psiquiatria: o prazer. Para Foucault, a psiquiatria vai ser obrigada a elaborar uma teoria e uma armadura conceitual própria e é nisso que consiste a teoria da degeneração.

Essa psiquiatria do último quarto do século XIX passa por cima do essencial da justificação da medicina mental no século XIX, ou seja, sobrepõe a idéia da cura. A psiquiatria deixa de ser, ou será secundariamente, uma técnica de saber da cura.

O que ocorreu nesse momento foi a despatologização do objeto através da idéia de “estado”. O “estado” não seria propriamente uma doença, mas um fundo causal que estaria associado a uma gama imensa de processos e episódios (comportamentais) que, unidos através de uma síndrome, comporiam uma doença. Para Foucault,

é assim que a paisagem da psiquiatria vai ser animada por toda uma gente que é, para ela, nesse momento, totalmente nova: a população dessas pessoas que não apresentam sintomas de uma doença, mas síndromes em si mesmas anormais, excentricidades consolidadas em anomalias (2002, p. 395).

Desse modo, a busca por uma causa única que explique a “anormalidade” será substituída por uma “metassomatização” representada pela idéia de hereditariedade. “Metassomatização”, pois, funciona como um “corpo fantástico” que possibilita a explicação de qualquer tipo de desvio. Lembremos que, na primeira metade do século XIX, a busca por fatores explicativos da doença era demasiadamente importante. E nesta busca, a incerteza reinava.

A hereditariedade possibilitou a explicação/construção das anormalidades. Segundo Foucault, “a degeneração é a peça teórica maior da medicalização do anormal. O degenerado, digamos, numa palavra, é o anormal mitologicamente – ou, se preferirem, cientificamente – medicalizado” (2002, p. 401).

Ao relacionar diretamente o desvio das condutas a um estado hereditário dá à psiquiatria a possibilidade de não procurar, ou de procurar secundariamente, a cura. E se o objetivo não é mais encontrar a cura, a psiquiatria assume o papel de protetora da sociedade.

Segundo Foucault, essa é a emergência de um novo racismo. Diferente do racismo étnico que se pauta na idéia de defesa de um grupo contra um outro, esse novo racismo do século XIX se pauta na detecção, no interior do mesmo grupo, dos portadores de perigo. É um racismo interno que filtra (2002, p. 403).²⁰

Nesse momento, é interessante pensarmos a relação entre desvio, loucura e crime. Não é possível abordar a idéia de desvio sem passar pelos seus correlatos: loucura e crime. Em última instância, se todo desvio acontece na forma de um crime (no sentido de não corresponder às normas vigentes), todo crime representará, ao menos em potencial, os indícios de um ser desviante. Segundo Foucault (2002, p.9-10), até o século XVIII havia uma aritmética da demonstração com a prova da verdade (se era culpado, recebia cem por cento da

²⁰ Para Foucault, ao longo do século XIX houve interferências entre esses racismos sem que jamais, até o nazismo, houvesse organização efetiva entre ambos. O nazismo conectou um novo racismo (próprio do século XIX, como um meio de defesa interna de uma sociedade contra seus “anormais”, nascido na psiquiatria) ao racismo étnico (que já era endêmico ao século XIX) (2002, p. 403).

pena) e a proporcionalidade da pena (se tinha cinquenta por cento de chance de ser culpado, recebia-se a mesma porcentagem em pena).

No Brasil, no início do século XIX, a concepção que se adotou em relação ao crime foi baseada nas noções jurídicas da escola clássica que foram desenvolvidas no século XVIII. Essas noções jurídicas tiveram como aporte teórico as idéias de Cesare Beccaria (1738-1794) e Jeremy Betham (1748-1832). Essa escola clássica “define a ação criminal em termos legais ao enfatizar a liberdade individual e os efeitos dissuasórios da punição” (ALVAREZ, 2002, p.678). Além disso, temos também o princípio da convicção íntima, onde a condenação exigia cem por cento de certeza da culpa.

Nesse cenário, o crime teve o destaque principal. Não há delito sem crime claramente provado. Podemos notar isso no Código do Processo Criminal de 1832 (Lei de 29 de novembro de 1832), no artigo 145:

quando o juiz não obtenha pleno conhecimento do delicto, ou indícios vehementes de quem seja o delinquente (não se tratando de crimes políticos), declarará por seus despachos nos autos que não julga precedente a queixa ou denuncia.

No mesmo sentido, o artigo 225 enfatiza algumas questões que o presidente das Juntas de Paz deveria propor, dentre elas “§ 1.º o crime está provado?”.(COLLECÇÃO, 1906, p.165-166).

Nessas passagens, notamos que, embora a averiguação seja feita a respeito do criminoso, a ênfase é no crime. Já na reformulação do Código do Processo Criminal de 1841 (lei nº 261 de 03 de dezembro de 1841) era mais evidente a preocupação com o criminoso, quando no artigo 47, diz-se:

Nos crimes que não deixão vestígios, ou de que se tiver noticia quando os vestígios já não existão, e não se possão verificar ocularmente por hum ou mais peritos, poder-se-ha formar o processo independente de inquirição especial para o corpo de delicto, sendo no summario inquiridas testemunhas, não só a respeito da existencia do delicto, e suas circunstancias, como tambem ácerca dos delinquentes (COLLECÇÃO..., 1842, p.100-101).

Mesmo imbuídos do princípio da convicção íntima, na prática continuou a existir a proporcionalidade da pena. Essa proporcionalidade pode ser percebida através das “circunstâncias atenuantes”. Segundo Foucault (2002, p.11-12), as “circunstâncias atenuantes” surgiram não para o benefício do criminoso (ou seja, para atenuar sua pena), mas para impedir as absolvições que eram decididas quando o júri não queria aplicar a lei em todo o seu vigor. Assim, as questões já não são as mesmas. Se no código de 1832 a ênfase está no crime, com a reformulação do Código de 1841 a questão crucial foi o criminoso e não mais o crime em si.

Se essas mudanças são perceptíveis no aspecto jurídico, mais ainda o serão do ponto de vista da medicina legal

As magistraturas, porém, costumam muitas vezes adoptar uma jurisprudencia toda singular, a qual repousa sobre o seguinte principio que é o acto em si que deve ser examinado para se chegar ao conhecimento da sua validade ou não (...) só o exame do individuo póde fazer-nos chegar á verdade (FERREIRA JR., 1887, p.31).

Ao deslocar a questão do crime para o criminoso – ou da ruptura da saúde para o comprometimento do ser em si – o que a medicina e a jurisprudência fizeram foi dobrar o delito com outras coisas que não são o delito (comportamento, maneiras de ser etc). Esses outros elementos foram apresentados como a causa, a origem ou a motivação do delito. É justamente a possibilidade de criar esses “duplos-sucessivos” que permitiu a passagem do ato à conduta, do delito à maneira de ser. Houve contudo, o deslocamento do nível de realidade da infração, pois as condutas não infringem a lei (“nenhuma lei impede alguém de ser desequilibrado”). Assim sendo, não há mais uma infração penal, mas irregularidades em relação às regras, que podem ser fisiológicas, morais etc (FOUCAULT, 2002, p.19-21).

Temos discursos epistemologicamente, fracos, pois a justiça não buscou exatamente determinar o criminoso ou o inocente; a medicina não buscou determinar quem é ou não doente e, conseqüentemente, tratar seu mal. Houve a busca da perversidade e do perigo. Em

suma, buscou-se determinar e construir o “anormal”. O resultado de todo esse processo foi a construção dos degenerados.

Os Anormais ou Degenerados

A preocupação com desordem social e decadência que marcou a sociedade Ocidental a partir de meados do século XIX deu origem ao discurso de perigo e perversão que moldou o imaginário burguês. Muitos foram os intelectuais e médicos que advogavam a crença numa tendência social à decadência. Esta tendência foi apontada como biológica e recebeu o nome de degeneração, um termo criado por Bénédict-Augustin Morel baseado na teoria de Darwin do desenvolvimento das espécies. O psiquiatra francês denominou várias patologias somáticas e psicopatológicas como degenerativas em 1857 (MISKOLCI, 2002-2003, p.114).

O degenerado não era considerado, de modo geral, como um doente afetado por uma moléstia qualquer. Era, antes de tudo, uma espécie ou classe diferente, menos humana. O degenerado, colocava em risco, além dele mesmo, toda a sociedade, por ser ele próprio um perigo. Assim, representava o perigo da transmissão de sua degenerescência aos seus descendentes:

Vamos tratar agora de uma classe de indivíduos bastante numerosa na sociedade e em cujos destinos muitas vezes têm influido de um modo decisivo, conforme o atesta a observação de todos.

São degenerados em psiquiatria aqueles indivíduos que (...) têm-se afastado do *typo physiologico* (FERREIRA JR., 1887, p.56).

A definição etiológica da degeneração é tão vasta que, especificamente, não se poderiam dizer quais seriam os seus sintomas peculiares. Os “degenerados [que são], bastante numerosos, podem apresentar anomalias de todo o genero” (FERREIRA JR., 1887, p.56). Assim, não há uma busca do diagnóstico de uma dada doença para se propor a terapêutica adequada, mas uma tentativa de enquadrar uma quantidade de indivíduos (os mais diferentes entre si) em uma norma pré-estabelecida e não esclarecida. Isso fica ainda mais visível quando Ferreira Jr. (1887, p.57), ao tratar da infância, aponta que,

Desde tenra idade, ainda creanças, já revelam que o seu futuro é o mais incerto possível. Lombroso, em sua excelente obra *O Homem Delinquente*, faz ver que, em geral, as creanças são preguiçosas, mentirosas, inclinadas á imitação dos actos os mais barbaros, á crueldade; mas todas estas inclinações são facilmente debelladas pela educação. Na creança que traz no cerebro um vicio qualquer já não acontece tal; e os seus paes e educadores, depois de inuteis esforços de todo o genero, vêm baldadas todas as suas tentativas e sem fructo todo o trabalho dispendido. ‘Estas creanças, diz Campagne, são insensíveis aos elogios e ás punições: não comprehendem quanto a sua conducta pode affligir á familia, tornam-se descuidosas, indisciplinadas, questionadoras’. No meio, porem, de toda essa obtusão moral, distingue-se uma ou outra faculdade que toma desenvolvimento não commum.

Encontram-se creanças, verdadeiramente incorrigíveis, inclinadas á preguiça, á immoralidade, com talentos especiaes e não vulgares para a musica, a pintura, o calculo, a escultura. (FERREIRA JR., 1887, p.57).

O temor ao artista, citado acima, pode ser melhor entendida se analisarmos a oposição, desenvolvida no século XIX, entre o artista e o burguês. Foucault (2001a), em *História da Sexualidade*, demonstra que as técnicas de disciplinarização e normalização, que já discutimos, foram desenvolvidas pela burguesia. Segmento social que, por não ter “sangue nobre” desenvolveu novas técnicas e estratégias para justificar sua hegemonia. No Brasil, país escravista, o sangue foi associado à raça e à sexualidade. Nessas novas formulações, a saúde e todas as suas ligações com o corpo e com a sexualidade passaram a ser os diferenciadores. É nesse contexto que emerge a oposição entre o artista e o burguês.

Segundo Richard Miskolci (2003, p.93), no final do século XVIII, com o fim das esperanças revolucionárias da revolução francesa, os artistas iniciaram um movimento de extremo individualismo, devotando-se aos pensamentos e sentimentos como uma reação ao materialismo burguês e à crença iluminada no progresso. Isso levou a um processo de isolamento e marginalização dos artistas. Assim, a oposição entre o artista e o burguês foi o resultado desse processo de marginalização. Processo um tanto quanto ambivalente, pois, “o romantismo foi um movimento cultural burguês, o qual, talvez pela primeira vez na história, voltou-se contra sua classe e valores de origem” (MISKOLCI, 2003, p.97).

Miskolci destacou, ainda, que essa oposição teve um duplo aspecto: por um lado, a rejeição aos padrões comportamentais de emergente família burguesa; por outro lado, a

rejeição da racionalidade econômica e instrumental da burguesia, onde “a fascinação romântica pelo patológico deve ser compreendida como uma reação à institucionalização do conceito burguês de saúde (ou normalidade)” (MISKOLCI, 2003, p.97). Assim: “a sociedade capitalista escolheu a ciência como seu discurso hegemônico e esse patologizou o artista transformando a arte numa forma de conhecimento dissidente” (MISKOLCI, 2003, p.99). Isso nos permite entender o medo do artista ou da pessoa com inclinações às artes, e a relação expressa entre arte e loucura nos discursos médicos:

Estas inclinações tão precoces que parecem prophetisar glorias futuras não são, contudo, estaveis, porque ellas residem em cérebros desequilibrados, podendo assim sossobrar aos primeiros embates da vida. E’ no periodo da puberdade ou mesmo um pouco antes, em que o organismo se prepara para as mais profundas transformações, que se vê desaparecer não pouco o esplendor da unica estrella que brilha n’esse céu todo nublado (FERREIRA JR., 1887, p.57).

É interessante pensarmos que a grande crítica da medicina moderna à experiência do “grande internamento” (século XVII-XVIII) estava justamente na confusão do encarceramento dos indivíduos – os mais diferentes possíveis, sob um mesmo local. Parece-nos que com a degenerescência houve uma aparente volta a essa “confusão”, mas essa semelhança é apenas aparente. Segundo Foucault, a experiência da “grande internação” segue o modelo da exclusão dos leprosos que exclui, demarca, distancia, rompe com uma demarcação definitiva. A partir do século XVIII temos um modelo suscitado pela peste que propunha quarentena, a não exclusão, que busca estabelecer, fixar, definir presenças controladas (não expulsão), inclusão (não rejeição), diferenças sutis (não demarcação), observação próxima e meticulosa (não distanciamento e ruptura), produzir uma população sadia (não purificar a comunidade), além do exame perpétuo (não demarcação definitiva).²¹

Embora se admita, por princípio, a idéia de que alguns degenerados tornam-se degenerados, o que prevalece é o destaque na hereditariedade, ou seja, a idéia de que o indivíduo “é” e não que se torna degenerado. A hereditariedade, como aponta Foucault (2002,

²¹ Foucault (2000c) analisa esses dois modelos principalmente no capítulo: “O nascimento da medicina social”.

p.400), funciona como o corpo fantástico das anomalias corporais, psíquicas, funcionais ou de comportamento. Ela possibilitou ligar aos ascendentes a responsabilidade das aberrações dos descendentes (funcionando como tecnologia de normalização familiar). No Brasil a relação entre sexualidade e raça é indissociável, “Entre os ascendentes [dos degenerados] (...) sempre se contam outros degenerados, ou alcoolicos, hystericos, epilépticos, loucos, etc” (FERREIRA JR., 1887, p.56). Os degenerados revelam desde cedo os estigmas de sua condição mórbida “a vida dos degenerados, desde a infancia até á virilidade, não deixa de despertar a atenção de todos pelas circumstancias particulares e pelas perpecias que quasi sempre a acompanham” (FERREIRA JR., 1887, p.57).

Em geral, seria a partir da puberdade que seus atributos especiais emergiriam com maior destaque. Atributos esses ligados à sexualidades desviantes, como no caso do onanismo:

Com effeito, n’essa época [puberdade], alguns accidentes (...), tomam grande violência e apontam muitas vezes o destino desses infelizes (...).

A demencia precoce n’estes casos tem como elemento etiológico preponderante o onanismo, ao qual se entregam com o maior desenfreamento os degenerados na época da puberdade; d’est’arte a dissociação das faculdades já de si fracas, é a consequência inevitável d’esse terrivel vicio (FERREIRA JR., 1887, p.57-58).

Se, por ventura, o degenerado conseguir escapar a imbecilidade e a demência após as primeiras idades e a puberdade:

não sabemos se mais ou se menos infelizes (...) serão os perturbadores constantes da sociedade, os homens de habitos estranhos e systematicos, os excentricos. Insociaveis em sua maioria, nunca se acham bem e para se satisfazerem procuram sensações de todo o genero: entregam-se ás viagens, ás mulheres, ao alcool (FERREIRA JR., 1887, p.58).

Mas, mesmo escapando das complicações de seu estado mórbido no início da vida adulta, certamente, seu trágico fim, ao passar do tempo, estaria garantido:

A sua moral d’esta fôrma, vae soffrendo cada vez mais as influencias perniciosas de uma vida desregrada, e a loucura, por alguns auctores denominada moral ou dos actos, porá em breve termo final á vida do excentrico para passar definitivamente á vida de louco, se o suicidio não tiver feito a sua antecipação (FERREIRA JR., 1887, p.58).

Se, na primeira metade do século XIX, era a ruptura entre o estado de saúde e doença (ou seja, a diferença entre o que era quando criança para o que se tornou enquanto adulto) que desculpava o louco por seus atos, na segunda metade do século XIX, foi justamente a continuidade que os inocentou. Pois, os degenerados seriam vítimas de seus instintos, chegando, muitas vezes, a ponto de reprová-los, mas sem ter a força suficiente para dominá-los:

No meio de toda esta catastrophe moral, preparada desde o nascimento, a intelligencia, que já dissemos, é abaixo do commum, conserva-se apparentemente intacta; e os loucos d'este genero, chamados tambem loucos racionantes, têm consciencia de sua situação, de sua inclinações e racionam, empregando algumas vezes, os impulsivos, esforços inauditos para impedir a realização de actos que elles proprios reprovam (FERREIRA JR., 1887, p.58).

Por fim, deve ficar claro que a estratégia primordial, como já nos referimos, não é buscar uma dada doença para depois curá-la. Uma vez que, quanto à doença, os caracteres etiológicos, os sintomas e as conseqüências são os mais difusos possíveis e dizem respeito a comportamento e indivíduos completamente diferentes. O problema é que não há cura, a sua condição está inscrita em seu próprio ser. O que explica, justifica e fortalece esse poder médico é justamente essa fraqueza epistemológica.

Os referidos discursos encontram-se na intersecção e na margem dos discursos médicos e jurídicos. Na verdade, segundo Foucault (FOUCAULT, 2002, p. 31-32), esses discursos não foram um simples efeito do encontro entre o saber médico e judiciário, constituíram-se um certo tipo de saber que conseguiu colonizar e repeliu tanto o saber médico quanto o poder judiciário. Essa técnica de normalização apoiou-se nessas instituições, mas através de suas próprias regras. É a emergência do poder normalizador, e é a crítica da idéia de que o juiz julga e o psiquiatra analisa a mentalidade (e a responsabilidade). O psiquiatra atua como juiz não só na responsabilidade jurídica do indivíduo, mas na sua culpa real. Inversamente, o juiz vai se desdobrar diante do médico, pois não punirá infração e proporá

uma correção “o duro ofício de punir vê-se assim alterado para o belo ofício de curar” (FOUCAULT, 2002, p. 28-29). Dessa forma, há um enfraquecimento epistemológico por parte da medicina e da jurisprudência. Nesse último caso o exame médico-legal desloca o nível da realidade da infração, pois as condutas não infringem a lei (nenhuma lei impede alguém de ser desequilibrado). Desse modo, “não [é] mais uma infração no sentido legal do termo, mas uma irregularidade em relação (...) [às] regras que podem ser fisiológicas, psicológicas, morais etc” (FOUCAULT, 2002, p. 21). No que tange à medicina, a desqualificação epistemológica ocorre no sentido de que a questão não seria mais diagnosticar uma doença e propor sua cura; ao analisar, criar e julgar as condutas, a medicina vai centrar seu objetivo na defesa da sociedade.

O louco representava um problema muito grande para a medicina que não conseguia curá-lo. Como atestou o relatório do serviço sanitário do Hospício de Pedro II, feito por Dr. Manuel José Barbosa, publicado no jornal *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*. Mesmo sendo o jornal um órgão oficial de divulgação das idéias médicas – com uma forte inclinação para legitimação do seu saber – não deixa de atestar os inúmeros problemas pelos quais passava o hospício. Além do número significativo de mortes, ineficiência em número e qualidade dos responsáveis pelo funcionamento do hospício entre outros problemas, Dr. Barbosa não deixou de destacar o pequeno número de altas. Se subtrairmos as altas referentes não à cura, mas frutos de pedidos familiares, fugas, transferências e problemas de classificação, teremos, assim um número de altas aproximado em 142. Esse número é significativamente baixo, para uma ciência que se propõem a curar, se compararmos ao elevado número de internações (639 internações) que, segundo o autor, não parava de subir. Entrava-se no hospício para não mais sair (BARBOSA, 1862, p.63-89).

Desse modo, o enfraquecimento epistemológico do saber médico possibilitou à psiquiatria mudar o enfoque: da cura para algo “mais importante” que é, justamente, a defesa

da sociedade. Isso porque “o criminoso e o louco são dous extremos de uma immensa cadeia, toda ella composta de seres degenerados”, assim “a sequestração dos alienados tem dois fins egualmente uteis: - a protecção da sociedade, e a do individuo” (FERREIRA JR., 1887, p.58 e 47, respectivamente). Não é à toa que, de fora a fora, esteve presente a idéia de perigo que esses seres anormais representam para a sociedade. “O louco no meio social (...) constitue um perigo constante e torna-se de continuo agente perturbador da ordem (...) entrega-se não raro a actos de toda a especie, envolvendo muitos d’entre elles o crime” (FERREIRA JR., 1887, p.47).

Dessa maneira, esse mecanismo (enfraquecimento epistemológico) possibilitou desviar-se do comprometimento com a cura (algo questionável e problemático) e ampliar o poder dos discursos médicos como instaurador de normas ao julgar os padrões de conduta. Assim, a medicina foi, paulatinamente, se colocando como defensora da sociedade contra os “anormais”.

O Corte da Sexualidade

A constituição da figura dos anormais foi estruturada pela psiquiatria através das categorias sexo, gênero e “raça” dentro do contexto brasileiro do final do século XIX. Devemos analisar o que está implícito na constituição da psiquiatria, não como uma ciência que visa reconhecer uma doença e propor determinada terapêutica, mas como protetora da sociedade contra os anormais, estes entendidos, portanto, como perigo. As análises sobre pânico moral podem nos fornecer algumas ferramentas teóricas para entendermos a estruturação da psiquiatria brasileira.

Erich Goode e Nachman Ben-Yehuda (2003, p. 33-41) destacam cinco elementos cruciais para análise sobre os pânico moral. O primeiro elemento seria a preocupação com certo grupo ou categoria. O segundo, a hostilidade em relação a um grupo ou categoria envolvida, onde seu comportamento é considerado prejudicial ou ameaçador para os valores ou interesses de um grupo, e para a própria sociedade em questão. O terceiro seria uma forma de concordância ou consenso de que essa ameaça seria real. O quarto elemento é a desproporcionalidade ou exagero, onde a preocupação excede o perigo real. Por fim, o que caracteriza os fenômenos chamados de pânico moral é a volatilidade, isto é, o fato de que surgem de repente: alguns podem tornar rotineiros ou institucionalizados (legislações, organizações ou movimentos sociais) enquanto outros se dissolvem rapidamente.

Análises sobre pânico moral nos permitem avaliar determinadas configurações sociais que são marcadas por um temor de transformações sociais: “O estudo de pânico moral permite compreender como preocupações e temores de um dado momento histórico expressam lutas de poder entre grupos sociais, valores e normas (MISKOLCI, 2006a, p. 15).

Um elemento capital para os estudos sobre pânico moral é o fenômeno da substituição no qual

Grupos de interesse ou empreendedores morais chamam a atenção para um assunto porque ele representa, na verdade, outra questão. (...) todo pânico moral esconde algo diverso e, ao invés de aceitar um temor social como dado, o pesquisador precisa desvelar o que reside por trás do medo. (MISKOLCI, 2006a, p. 14)

A psiquiatria, ao se colocar como protetora da sociedade, associa-se a determinados pânicos morais, eleitos por uma sociedade e época a partir da rejeição de possíveis mudanças sociais, as quais passam a ser apontadas como ameaças. Vejamos então algumas transformações sociais das últimas décadas do Império.

Richard Graham (2001) considera o período que se estende de 1850 a 1870 como a “idade de ouro” do período Imperial, a que foi alcançada devido ao aumento do comércio exterior com base nas exportações de café que propiciou condições e recursos ao Estado, dando-lhe condições de desempenhar um papel paternalista e mediador dos conflitos. Realizações que foram possíveis através de uma prática política centralizadora e crescentemente conservadora. A estabilidade alcançada durante a “era de ouro” começou a entrar em desgaste devido às transformações ocorridas no império e da deterioração da própria mecânica na qual se assentava esse equilíbrio.

O segundo reinado iniciou-se sob o signo da conciliação (entre luzias e saquaremas) no início dos anos 1840.²² A mecânica desse sistema foi colocada em prática através de uma relação de alternância entre o partido conservador e o liberal, e desses com o poder

²² Foi durante o Período Regencial que houve o estabelecimento de partidos políticos no Império. Até então o que existiam eram grupos pouco coesos e com tendências pontuais (liberais, chimangos, farrroupilhas, caramurus, marombistas etc). A partir de 1834, com a promulgação do Ato Adicional e a morte de D. Pedro I, houve um realinhamento das forças políticas. Data deste período a formação dos Partidos Conservador e Liberal. Importante neste realinhamento foi um movimento intitulado Regresso, liderado por políticos da cafeicultura escravista do Vale do Paraíba e por grandes comerciantes da cidade de Rio de Janeiro, que propunham o restabelecimento da centralização política perdida com a legislação descentralizadora das Regências que era defendida pelos progressistas. Assim, o Partido Liberal foi formado em torno dos Progressistas, enquanto que o Partido Conservador, formou-se com os adeptos do Regresso (VAINFAS, 2002, p. 563-566 e 626-628; NEVES; MACHADO, 1999, p. 241). Dentro dessas tendências, havia algumas diferenças internas e regionais que levaram à multiplicação de alcunhas para identificar os grupos políticos regionais, mas que depois serviram para designá-los em Luzias e Saquaremas.

moderador. Essa prática visava, e de fato realizava, um arranjo, ainda que tênue, que equilibrava as regiões e partidos (ALONSO, 2002, p.52).

Na ausência de uma burguesia forte e consolidada,²³ mas em vias de formação, o Estado afirmava-se através, segundo José Murilo de Carvalho (2003, p.229), de uma burocracia treinada para tarefas de administração e governo. Burocracia que, mesmo tendo uma composição variada, era coesa em ideologia e treinamento. O Estado imperial funcionava como empregador de letrados, proprietários e regulador da sociedade e da economia.

O ponto crucial é a relação entre o Estado e a agricultura. O Estado não podia sustentar-se sem a agricultura de exportação que representava 70% das rendas do governo. Além disso, os proprietários de terras eram fundamentais para a manutenção da ordem. Concomitantemente, o Estado era composto não só, nem principalmente, por grandes latifundiários, mas por uma classe de letrados, comerciantes, profissionais liberais ou mesmo por descendentes dos grandes latifundiários. Estes últimos tiveram uma formação mais burguesa e urbana criando assim, laços outros que não necessariamente os dos grandes proprietários. Isso levou muitas vezes a uma política contrária aos interesses de muitos proprietários. Como, por exemplo, no caso das medidas abolicionistas e contra o tráfico de escravos.

As pressões contra a escravidão iniciaram mesmo antes da vinda da família Real. Em 1807 a Inglaterra a proibiu a seus súditos e iniciou uma campanha para a eliminação do tráfico negreiro. Em 1810, 1815 e 1817 Portugal realizou alguns tratados com a Inglaterra. A partir da independência, a pressão aumentou. A Inglaterra exigiu o fim do tráfico como condição necessária para o reconhecimento da independência. Assim, nasceu o tratado de 1826 que considerava o tráfico pirataria. Devido à inviabilidade de levar a execução o tratado,

²³ Segundo Faoro (2001 apud Miskolci, 2006, p.365-366) nossa elite era uma burguesia que buscava tornar-se nobre e fidalga por todos os meios, “pela imaginação, falsificação ou imitação. Sob esta sombra, cresceu o constrangido acatamento a uma aristocracia sem raízes e sem tradição. Burguesia mascarada de nobreza, incerta de suas posses, indefinida no estilo de vida.”

entre outros motivos, por ser a escravidão prática social enraizada; estar a mão de obra escrava em grande quantidade voltada aos grandes fazendeiros exportadores que representavam 70% das rendas do governo; e, sofrendo as pressões em 1831, foi aprovada uma lei que considerava o tráfico pirataria a ser combatida. Mas, como as anteriores, não foram tomadas medidas concretas para implementá-las (CARVALHO, p.293-296).

Em 1845 ocorreu a votação, no parlamento inglês, do Bill Aberdeen: medida unilateral que garantia a marinha britânica o direito de invadir e abater navios negreiros. Em junho de 1850 a marinha inglesa passou a invadir os portos brasileiros e apreender e afundar navios nacionais, o que gerou uma forte indignação na “opinião pública” nacional. Assim a 4 de setembro de 1850 foi aprovada a lei Eusébio de Queirós que pôs fim ao comércio negreiro (CARVALHO, 2003, p.293-298).

Essas medidas geraram descontentamentos em uma parcela significativa dos grandes proprietários de terras. Essas tensões vão se acirrar a partir de 1871, com a aprovação da lei nº 2.040, de 28 de setembro, mais conhecida como a Lei do Ventre Livre. Lei essa que, segundo Carvalho (2003, p.314), foi diferente da publicada em 1850. Se na última havia uma forte pressão externa, a primeira foi de iniciativa da coroa. Com a Lei de 1871 ficou patente a proximidade do fim da escravidão. Evidenciando que o governo imperial não foi um governo dos grandes latifundiários, ao contrário, a partir do segundo reinado foram mais favoráveis as medidas abolicionistas do que aos proprietários (CARVALHO, 2003, p.321). Para José Murilo de Carvalho,

pode-se dizer que o sistema imperial começou a cair em 1871 após a lei do ventre livre. Foi a primeira clara indicação de divórcio entre o rei e os barões, que viram a lei como loucura dinástica. O divórcio acentuou-se com a lei do sexagenários e com a abolição final (CARVALHO, 2003, p.322).

Desse modo, os proprietários, embora formassem a base de sustentação da monarquia passaram a sentir-se marginalizados pelo Estado.

Algumas cidades do império, em especial o Rio de Janeiro, sofreram mudanças significativas ao longo da “era de ouro”. Desde a proibição do tráfico negreiro, em 1850, e impulsionado pela tarifa Alves Branco de 1844 (que aumentou a taxa alfandegária de 15% para entre 20 e 60%) ocorreu um surto de industrialização no Brasil. Este surto teve como consequência uma modernização que refletiu no crescimento urbano e na melhoria do setor de serviços. Isso pode ser constatado pois, na década de 1850 foram fundadas 62 empresas industriais sendo que 50 delas no Rio de Janeiro (NEVES; MACHADO, 1999, p.307).

O processo de modernização do Rio de Janeiro, impulsionado pela proibição do tráfico negreiro, pela Tarifa Alves Branco e pela exportação do café, foi acompanhado pelo surgimento de um grupo de intelectuais opostos à ordem imperial que foram denominados de “geração de 1870”. Ângela Alonso (2002) em *Idéias em Movimento*, entende que o que se denomina como conjunto “geração 1870” foi um mosaico de grupos extremamente diferentes quanto à origem social, doutrinas e formação acadêmica. Mas que, em compensação, tinham uma experiência comum de marginalização política e tinham, na crítica ao *status quo* imperial (na ordem conservadora), sua afinidade crítica.

O estopim deflagrador das atividades da geração de 1870 ocorreu com o fim da guerra contra o Paraguai (1864-1870) e as reformas do gabinete Rio Branco. Durante o gabinete Rio Branco foram implementadas diversas reformas que iam de encontro à ordem imperial. Reformas como a transferência do poder da polícia para juizes de direito, abolição do recrutamento forçado, criação da Comissão do Registro Geral e Estatística das Terras Públicas e Possuídas, tentativa de laicização das instituições imperiais, expansão do alunato e a polêmica Lei do Ventre Livre (que teve como efeito imediato solidificar um racha entre os partidos causando uma cisão intra-elite).

Muitas dessas medidas não foram implementadas completamente. Mesmo assim produziram um duplo efeito: uma modernização incompleta e a erosão da sustentação política

do regime, o que demonstrou um conflito intra-elite (ALONSO, 2002, p.86). O resultado dessa crise foi a configuração de uma nova “estrutura de oportunidades políticas”, que gerou tanto modificações, quanto espaços para grupos sociais dissidentes se expressassem publicamente, criando no Brasil um “espaço público em miniatura” (ALONSO, 2002, p.98).

O modelo social vigente na Colônia era a relação piramidal entre senhores, escravos e homens livres e através da escravidão e do benefício, tornava a sua estrutura relativamente rígida (SCHWARZ, 2000, p.16). Havia poucas possibilidades de mudança da ordem. Com a independência, a estrutura social permaneceu relativamente intocada. Com o desenvolvimento econômico e urbano, a proliferação de novos grupos intelectuais (de origens sociais diversas) e a diversidade de instituições ligadas ao ensino e a pesquisa, a sociedade imperial começou a sofrer abalos. Grupos que reivindicavam participação política, medidas abolicionistas que evidenciavam o fim próximo da escravidão apontavam, entre outras coisas, que as distinções sociais se tornavam mais fluidas. Nesse conturbado contexto do questionamento da estrutura societária imperial podemos observar algumas mudanças no discurso médico. Em meio às transformações, a medicina buscou distinguir, como vimos, de forma mais específica, as identidades “desviantes”.

Não podemos esquecer que as pressões sociais como constituição de sociedades abolicionistas e as medidas governamentais, como a abolição do tráfico negreiro em 1850 e a Lei do Ventre Livre de 1871, demonstram que a abolição da escravatura já era entendida como uma questão de tempo. Desse modo, a rígida organização social do Império passava a ser ameaçada pela “confusão” de cores e corpos na cidade. Essa “mistura” demandava novas reflexões sobre “o lugar de cada um” no “corpo social” e a maior parte das reflexões estava relacionada ao medo da população cativa (como veremos mais adiante). Considerados como criminosos em potencial, representavam um risco maior quando da miscigenação. Em um contexto de formação e consolidação da idéia de nação, pensar uma população miscigenada

era um desafio, sobretudo, se nos atermos aos dados da redução do número de cativos. Em 1798, a população de escravos representava 48,7% , enquanto em 1872, era de 15,2%, enquanto a população negra e mestiça tendia, progressivamente, a aumentar, correspondendo em 1872 a 55% do total (SCHWARCZ, 2005, p. 241).

A questão do negro é paradigmática. Grande parte dos discursos abolicionistas e das discussões sobre a substituição do trabalho escravo giravam em torno do negro como um problema. Era um problema no sentido econômico, pois o Brasil, país de economia agrário-exportadora fundada na mão-de-obra escrava, contornou parte do problema do fim do tráfico de escravos com o deslocamento de escravos de áreas decadentes como o Norte (nordeste) para o Sudeste. À medida que o tempo passava e novas legislações abolicionistas eram aprovadas (como a Lei do Ventre Livre de 1871), a necessidade de sua substituição era cada vez mais necessária e urgente.

É pela defesa da imigração que vemos tomar forma em profundidade essa discussão, aparentemente apenas econômica, das substituições das formas de trabalho e do escravismo. A defesa da vinda de imigrantes brancos e europeus desvela os traços de um discurso racial. A questão não era transformar negros escravos em trabalhadores livres e assalariados, mas apagar ou, ao menos, amenizar, a herança ou a “mácula” negra de nossa história.

Aqui se entrecruzam discursos de várias ordens na formação de uma idéia de nação. É preciso notar que grande parte dos discursos abolicionistas não eram favoráveis aos negros. Ao contrário, tratavam-nos como uma mancha de incivilidade e de degeneração na nossa sociedade. Nesse sentido, propostas como a de retorno dos negros à África passaram a ser inteligíveis em um contexto nacionalista e racista. A idéia de Nação passava por questões biológicas, daí as várias defesas do embranquecimento.

Nesse sentido, a eminência do fim da escravidão, aponta para o problema do negro não como mão-de-obra (problema, eminentemente, econômico), mas para um problema social

mais profundo: o racismo. Enquanto o negro escravo estava enquadrado em uma rígida formação social, era considerado um mal necessário que dava uma certa estabilidade à ordem colonial e imperial. Na medida em que sua liberdade vai sendo posta em evidência, ele vai sendo transformado em um “perigo social”. Perigo porque ameaça a estabilidade da rígida sociedade colonial e porque mancha a nação com seu sangue degenerado. Daí suas reações diferentes, mas que contêm a mesma lógica. Por um lado, defesa da miscigenação e a crença de que no futuro iriam embranquecer seus traços, um exemplo é o quadro de M. Broccos que se encontra no museu de Belas Artes no Rio de Janeiro que retrata uma suposta família que teria uma avó negra, sua filha mulata casada com um homem branco e como desfecho no centro encontra-se uma criança branca. Por outro lado, a defesa da não mistura apostando na prevalência do elemento branco intensificado pela imigração que, além de ajudar no branqueamento da população, ajudaria também no aumento da civilidade.

Nesse sentido, a sociedade brasileira já não era de fato, a rígida sociedade colonial e ainda apontava para um problema maior, a futura abolição.

Para entender a idéia de raça é necessário termos em mente os dois modelos gerais de interpretação das diferenças ao longo dos séculos XVIII e XIX. Tem-se a edenização, pautada na inocência (o mito do bom selvagem), que se baseia em uma literatura “humanista” que naturalizava a igualdade e, em especial, em Rousseau, que defendia um modelo de humanidade único, ou seja, a humanidade era única e a diferença era pautada em um modelo de evolução. É a invenção do primitivo (no sentido de começo do gênero humano). E também havia uma visão detratadora que deslocava os termos da inocência à maldade. Pautado na idéia de diferentes humanidades, ou seja, “raças diversas” que se constituem em espécies diversas (SCHWARCZ, 2005, p. 43-49). Daí deriva algumas concepções como a idéia do mulato, que vem de mula, resultante do cruzamento entre espécies diferentes. É nesse contexto de criação das nacionalidades que o termo raça é introduzido na literatura mais especializada por

Georges Cuvier, mas é, principalmente, após a publicação da *Origem das Espécies*, em 1859, e análises contemporâneas como as de Gobineau, que a idéia de raça se dissemina por várias disciplinas como a antropologia, a sociologia, a história e a teoria política. O darwinismo foi usado como base de sustentação teórica para práticas conservadoras. O imperialismo europeu se utilizou largamente da idéia de seleção natural para justificar o domínio de suas possessões (SCHWARCZ, 2005, p.47-56).

É nessa relação imperialista e nacionalista que gostaríamos de nos deter por um instante. Se as nações passaram a ser encaradas na idéia de um povo que, em geral, compõe uma massa e que é entendida em termos biológicos, um perigo ronda essa relação, esse perigo é a miscigenação. Ela passa a ser o fantasma que assombra as nações. Nesse sentido, a desestruturação da ordem imperial e a promessa futura da liberdade dos escravos (devido às campanhas e medidas abolicionistas) criam um clima propício para discussão/criação do “perigo negro”. Segundo Miskolci (2003, p. 40), “A miscigenação é um conceito originário do vocabulário da sexualidade do final do século XIX, o qual não expressa apenas o temor da sexualidade inter-racial, mas principalmente, seu resultado possível, o declínio da população.” Daí, as teorias raciais entenderem a mestiçagem como sinônimo de degeneração racial e, portanto, social. Daí, também a invenção do mulato como identidade resultante do cruzamento de duas raças, cujo resultado é um ser estéril, isto é, degenerado. Nesse sentido, a idéia de evolução é substituída pela degeneração como metáfora de explicação da sociedade (SCHWARCZ, 2005, p.61). Essas discussões tomaram formas diversas no Brasil. Schwarcz (2005, p. 65) aponta para a idéia de que, “certamente essa não era a única versão que explicava, naquele momento, as sociedades em seu comportamento. É possível dizer, no entanto, que os modelos deterministas raciais foram bastante populares, em especial, no Brasil. Aqui se fez um uso inusitado da teoria original, na medida em que a interpretação darwinista social combinou-se com a perspectiva evolucionista e monogeísta. O modelo racial

servia para explicar as diferenças e hierarquias, mas, feitos certos rearranjos teóricos, não impedia pensar na viabilidade de uma nação mestiça”.

Embora concordemos com Schwarcz de que o modelo darwinista de evolução social não seria o único explicativo da sociedade e que aqui se desenvolveram outros modelos, questionamos a idéia de que “aqui se fez um uso inusitado da teoria original”. Nesse sentido, Stepan (2005) demonstra que a idéia da cópia é superficial por dois motivos principais: primeiramente, a própria Europa organizou modelos interpretativos diferentes sobre o mesmo rótulo; em segundo, porque a ciência não é uma força neutra, ao contrário, está política e socialmente comprometida com o seu contexto.

Durante a “época de ouro” encontramos poucas teses da faculdade de medicina do Rio de Janeiro que tratam, explicitamente, da construção dos “desvios”. A “época de ouro” não sentiu a necessidade de uma classificação mais rigorosa dos “anormais”. A partir da década de 1870 a questão se inverteu e houve uma proliferação de teses que buscaram delimitar e classificar a sociedade de maneira mais clara. Nesse contexto a ciência se encarregou de criar novos corpos e de elaborar distinções sociais: a criação da categoria dos “anormais”. Dentro dessas classificações, a sexualidade, a raça, o gênero e a “classe” tiveram um papel primordial para essa construção.

Estudo capital para compreendermos esse processo é a já citada tese de Francisco Ferraz de Macedo (1872), *Da Prostituição em Geral e em Particular em Relação a Cidade do Rio de Janeiro*. Macedo, na esteira da tradição, considerava a prostituição de uma maneira ambivalente. Por um lado, “fermento corrosivo lançado no gremio social” (p.162), mas por outro, “modernamente todos estão de acordo em sua necessidade; porque dizem que ella patrocina o casamento, diminui os adultérios, fartando os azevieiros” (p.123). Não só pela necessidade masculina de satisfação sexual como está presente em Sá (1845), mas também por uma gama de fatores mais complexos como imaginação, clima, temperamento, desejos,

paixão, nível intelectual e pela proibição de casamento aos divorciados e aos negros sem consentimento dos seus senhores. Essas causas evidenciam, como pano de fundo, um temor ligado a sexualidade, raça, gênero e classe que bem transparecem em sua estruturação teórica. Em primeiro lugar, a prostituição considerada pelo doutor é feminina. A própria idéia de necessidade inata do homem impelido por seus impulsos ao “coito” cria ou inventa uma distinção de gênero que se funda em uma diferença baseada no sexo.²⁴

As definições ligadas à “classe” e “raça” são balizadas por definições da sexualidade individual, ou seja, as práticas sexuais definirão a “classe” ou “raça” em questão. Podemos observar isso no que tange à classificação da prostituição, em três categorias elaboradas por Macedo (1872). Primeira classe: as difíceis, também chamadas de aristocráticas, são caracterizadas por encantos físicos, ilustração, são mulheres “gastadoras”, têm traços de recato e não possuem traços de superstição, embora tenham um fraco (às vezes nenhum) traço de religião ou crença. Seu destino é ir embora da cidade ou acabar na miséria (p. 166). A segunda classe de prostitutas são as fáceis. Não requerem muito dinheiro, possuem poucos encantos e ilustração, tem muitos traços de religião e crenças, e alguns de inteligência e superstição. Acabam, quase sempre, na miséria (p. 166). E por fim a terceira classe: as fáclimas. “Combinam com qualquer homem”, suas práticas licenciosas “tocam o excesso na repugnância”, não têm nenhum traço de recato ou inteligência, possuem excesso de superstições e vícios. Estão fadadas à miséria (p. 167).

Macedo (1872), ao tratar da “sortidez das prostitutas”, disse: “o asseio das mulheres perdidas está na dependência direta da classe a que pertence”. Para o doutor, as primeiras classes buscam disfarçar a sua sordidez com cosméticos, cabelos cheirosos, belos corpos (à

²⁴ Segundo Laqueur (2001, p.190-192) foi a partir do século XVIII que a medicina iniciou o movimento da criação de sexos distintos e incomensuráveis. Até então, o que se tinha era uma diferença expressa em gênero, onde isoformismos e metáforas marcavam as diferenças sutis entre os órgãos e processos que refletiam uma ordem transcendental de perfeição. É importante percebermos que não foi nenhuma descoberta que originou esse modelo de dois sexos diferentes. A natureza dessa diferença foi construída culturalmente. Desse modo, a diferença incomensurável da mulher em relação ao homem, em bases biologizantes, foi fruto das novas relações políticas e societárias do final do século XVIII e início do XIX.

custa de espartilhos apertados e outras técnicas). No entanto, nas últimas classes, “quase todas são desmazeladas, asquerosas e imundas” (p. 149). Persiste, segundo o autor, a falta de banho, boca e dentes mau cuidados e fétidos, em suas casas existem vasilhas sujas e usam vestuário rasgado.

Não é difícil perceber que as condições definidoras das três categorias envolvem uma questão de classe e raça. Fica evidente a impossibilidade de que, na sociedade imperial, uma negra escrava ou livre pudesse alcançar os meios acima descritos para fazer parte da primeira classe. Da mesma maneira, os requisitos como dinheiro, ilustração e educação eram atributos, geralmente, possíveis de serem alcançados por mulheres brancas e com boas relações sociais.

A questão aqui não é naturalizar e ter como verdadeiras essas categorias descritas por Macedo, ao contrário, é necessário atentar que são justamente essas diferenciações balizadas em classe e raça que criam e naturalizam divisões culturalmente construídas. Além do mais, sublinhamos que o mecanismo fundamental para a criação dessas divisões de classe e raça foi a sexualidade. Foi através das práticas sexuais que a prostituição foi diferenciada. A própria classificação difícil, fácil e facilíssima não atende apenas a um quadro monetário, mas de facilidade sexual. Enquanto as de primeira classe, que aliás, diz o autor são poucas em número, se dão ao luxo de escolher os seus parceiros – em geral, pessoas ricas e de prestígio, as segunda e, principalmente, as de terceira classe, “combinam com qualquer homem” e suas “práticas licenciosas” “tocam o excesso na repugnância” (p.167). Para Macedo, a prostituição clandestina era, quase exclusivamente, feita pelas escravas e, portanto, a mais funesta e baixa que existia (p. 181-182).

É preciso notar que, por um lado se foi através da sexualidade que se classificou a heterogeneidade da prostituição (três classes), por outro lado, sua homogeneidade também foi construída pelas práticas sexuais. Práticas essas, realizadas, não só, primordialmente, pela troca de dinheiro, mas por um perigo social: a sífilis. Para Macedo (1872, p. 183), “a propagação da

syphilis entre as prostitutas e seus concorrentes é de um modo illimitado impune em todas as classes” e mais a frente: “[As] enfermidades peculiares ao campo da prostituição invadem tambem o circulo da honestidade”. As sifilíticas “causam lástimas, repugnancia, enjojo mesmo aos que passando dão com aquelles quadros vivos de syphilis secundaria, debruçados nas janellas” (p. 158).

O horror da sífilis é paradigmático nessas construções. “Durante o século XIX, no processo entre o pecado se transformou em doença, a sífilis passou a ser atribuída a todos os que se desviavam da ordem burguesa” (MISKOLCI, 2005a, p.230). Não podemos entender o horror à sífilis como uma simples preocupação com uma doença, mesmo porque haviam no século XIX doenças tão ou mais danosas do que a sífilis. Desse modo, o pânico causado pela sífilis tem que ser entendido dentro de uma estrutura conceitual mais ampla.

Como vimos, a busca dos sintomas de uma dada doença e a sua cura já não eram mais os fatores determinantes. Ao se colocar as questões da hereditariedade como construtora da degenerescência, os médicos oitocentistas buscavam os estigmas físicos da degeneração não para diagnosticar e tratar, mas para enquadrar os supostos anormais dentre as figuras do desvio. E dentre os estigmas, a sífilis representou um papel paradigmático, pois era ela que servia como uma das chaves explicativas para o mal que a prostituição causava. Devemos notar, no entanto, que esse mal não era uma simples preocupação com uma doença que poderia ser adquirida através de relações sexuais, era um mal que ameaçava toda a sociedade.

Ao analisar a transmissão sifilítica para os filhos, Macedo (1872, p. 162) considera que, “se, porém, a explosão syphilitica não trucida momentaneamente a criança, entrega-a à sociedade com os vicios constitucionaes de que é capaz”.

Vemos assim, que o pânico sifilítico manifestado na frase “explosão syphilitica” deixa de remeter à questões pontuais de contágio e passa a representar um perigo iminente para toda a sociedade. É interessante notar nessa relação que a culpa pelo contágio da sífilis não é

colocada pelos “clientes” de tais práticas, pois o impulso “natural” do homem o impele, justifica e explica seus deleites. A culpa será das prostitutas.

A idéia do perigo vai perpassar todas as categorias desviantes. Assim, temos o perigo sífilítico trazido por prostitutas e pederastas, o perigo da delinquência evidenciado nos criminosos e o perigo da transmissão de maus caracteres pelos degenerados. E em todas essas formulações, esses perigos dizem respeito não somente aos “anormais” e indivíduos próximos, mas para toda a sociedade. Mas se em todos esses casos a idéia de perigo está presente, nos fica uma questão: o que estaria por trás desta noção? Quais eram os medos que essa sociedade, de fins do século XIX, sentia?

O medo por trás da figura dos anormais foi a expressão de uma sociedade em profunda transformação. O aumento da urbanização, novos grupos sociais reivindicando maior participação e contestando a ordem vigente, e principalmente, as campanhas e práticas abolicionistas, evidenciavam uma sociedade mais complexa. Nesse sentido, o “perigo negro” era um dos maiores problemas, se não o maior, a ser resolvido.

Se Foucault afirma que no século XIX funcionavam dois tipos de racismo: o racismo étnico, anterior ao século XIX, pautado na idéia de defesa de um grupo contra o outro; e o racismo próprio do XIX que se estabelece na identificação do perigo no interior do próprio grupo. O racismo brasileiro representou a intersecção de ambos os modelos. O negro representou em um racismo brasileiro tanto como o “Outro” de quem se deveria proteger a sociedade (africano de origem, considerado menos humano ou nem isso), quanto um perigo no interior do próprio grupo principalmente por causa da idéia de miscigenação.

E se o “temor negro” foi o grande perigo, o principal mecanismo utilizado para classificá-lo foi a sexualidade. A sexualidade estruturada em um discurso biologizante permitiu discutir questões sociais como se fossem problemas de natureza científica e, portanto, pretensamente, neutros. Em outras palavras, temas como a prostituição, casamento,

miscigenação, hereditariedade e sodomia foram formas de estruturar uma discussão que deveria ser de ordem social em uma ordem biológica que por ser pretensamente considerada neutra, referendaria as exclusões/classificações por elas criadas.

Também não devemos cair no equívoco de imaginar que essas novas classificações/construções dos anormais foram uma simples ação reacionária para manter as “coisas em seus devidos lugares”, ao contrário, elas funcionaram principalmente de modo positivo, ou seja, adequando/criando novas “coisas” em “novos lugares”.

Nesse sentido, a questão não era mais manter uma sociedade estruturada no tripé senhores-escravos-homens livres e sim criar uma nova ordem. Nova ordem burguesa, onde nem o senhor, nem os escravos deveriam mais ser os pilares e na qual os homens livres não deveriam mais ser enquadrados na lógica do favor.

É claro que a ordem burguesa não é um imperativo universal, mas diz respeito a uma parcela bem delimitada e, primordialmente, branca. Desse modo, a velha ordem colonial, ainda vigente no império, deveria ser substituída por uma ordem burguesa, criando, assim, novos espaços de participação política, novas redes de sociabilidade, novos espaços institucionais, novas carreiras, e delimitando muito bem quem poderia ou não (sobre quais condições) participar dessa nova ordem.

É nesse sentido que o discurso médico encontrou um lugar privilegiado. Ele permitia, de um modo pretensamente descompromissado (por ser científico), criticar a antiga ordem colonial e propor a nova lógica burguesa baseada em noções como civilização, higienização, melhora do bem-estar, a partir de valores “neutros”.

Assim, idéias como a da inferiorização das mulheres e negros e as ligadas à hereditariedade, como a miscigenação, permitiram ao discurso médico realizar a crítica da velha ordem, buscando desestabilizar as relações societárias anteriores (família patriarcal,

casamentos consangüíneos) e, ao mesmo tempo, frear as possíveis conseqüências advindas dessas novas relações (liberdade dos escravos, aumento da importância social da mulheres).

Em suma, o enquadramento da população em categorias científicas possibilitou não só a crítica da velha ordem, mas também a consolidação de outra sem que hierarquias e desigualdades sociais fossem alteradas. Em particular, mantinha-se a hierarquia entre os gêneros que privilegiava os homens e a subalternização de negros e mestiços. A nova ordem burguesa, anunciada na crise do império e declarada com a República, manteve as principais assimetrias do Império graças à criação de novas identidades sociais.

Considerações Finais: Sexualidade, “Raça” e nação

Ao longo do século XIX, a medicina brasileira estabeleceu-se como uma ciência moderna. Esse processo foi bastante estudado desde o final da década de 1970. Grande parte desses estudos como propósito de afirmar ou refutar a importância que a medicina alcançou ao longo do século XIX. Essas pesquisas trataram os discursos médicos de forma um tanto quanto compacta, deram mais atenção à criação e estruturação desse saber do que propriamente às mudanças ocorridas dentro do próprio discurso médico.

Nosso intuito foi demonstrar, justamente, algumas dessas mudanças. Principalmente, ressaltar como operou a entrada da sexualidade na constituição de novas identidades sociais, particularmente os rejeitados, ou seja, os “desvios”. Assim, buscamos uma reconstituição da sua estruturação teórica nos primeiros três quartos do século XIX. Tentamos identificar quais os problemas e o contexto em que essa medicina estava inserida. Desenvolvemos uma reflexão entre o contexto sócio-político do período, que nos levou a traçar algumas relações entre uma sociedade imperial que criou possibilidades de manter um regime político forte e centralizado dentro de uma ordem econômica em expansão e com uma organização social bem rígida, baseada na tríade senhores-escravos-homens livres.

No contexto dessa ordem imperial, a busca de uma identidade nacional levou à criação de institutos e escolas, além de organizar uma gama de pensadores a refletir o que seria a nossa identidade. Nesse sentido, os discursos médicos tiveram um papel fundamental ao refletirem, em termos biológicos, sobre as condições de nosso país. Esses pensadores refletiram sobre as mais variadas questões. Nessa perspectiva, os médicos do início do século XIX, ao estabelecerem suas classificações e análises, deram um importante passo para a constituição dos “desvios”. Dentro de um pensamento burguês, refletiram sobre a

prostituição, sodomia, homens e mulheres, classificando/criando as identidades consideradas “desviantes”.

É interessante notar que a problemática da constituição dos desvios teve uma relativa produção até a década de 1840. A partir daí, temos uma ausência dessa temática que se estendeu até a década de 1870. Assim, nos ficam algumas questões: por que existiu essa lacuna? A volta da preocupação com os desvios responde à mesma lógica da primeira metade do século XIX ou opera em outras bases?

Nossa pesquisa pretendeu demonstrar que, se na primeira metade do século XIX, houve uma preocupação em classificar o “anormal” dentro de uma ordem protoburguesa, essa preocupação girou em torno de elementos diferentes da década de 1870. A ordem imperial mantinha uma organização social rígida e muito semelhante à estrutura colonial. Assim, a ênfase se dava mais na possibilidade da constituição de uma ordem burguesa que suplantasse a família patriarcal e a relação do benefício. A crítica da medicina quanto aos escravos fundamentava-se, principalmente, na consideração de sua importância como peça chave da manutenção da ordem patriarcal.

O Segundo Reinado foi caracterizado pelo alcance de uma estabilidade ainda maior devido ao desenvolvimento econômico propiciado pelo café e o crescimento urbano no Rio de Janeiro. Havia, nesse contexto, uma preocupação menor na tematização dessa sociedade e na classificação/criação dos “anormais”. Esta sociedade ambígua conciliou, de um modo mais ou menos harmônico, as antigas tradições coloniais e os modernos traços da “civilidade burguesa” de forma que Richard Graham considera as décadas que vão de 1850 a 1870 como a “idade de ouro” do Brasil imperial.

Ao longo do último quarto do século XIX importantes mudanças tomam lugar. A Guerra do Paraguai, a fundação do Partido Republicano, a ascensão de novos grupos intelectuais, medidas abolicionistas, entre outras coisas, demonstram que as coisas já não

eram as mesmas. Nesse sentido, as reformas abolicionistas são de extrema importância. Elas evidenciam o fim “próximo” da escravidão. Dentro do contexto nacionalista imperial pelo qual passava o Brasil, a eminência da abolição colocava outros problemas. Nesse contexto foi necessário repensar a sociedade. Isso nos possibilita entender a volta da problemática da constituição dos “anormais” a partir da década de 1870. Ela evidencia o desconforto dessa sociedade frente às mudanças que vinham ocorrendo e sugere um pânico com relação a seu aprofundamento, o qual teria consequências temíveis porque colocariam em xeque toda uma ordem de relações hierárquicas (raciais e de gênero).

Se os problemas e a sociedade já não eram os mesmos, a teoria também deveria ser diferente. É nesse momento que surgem as análises dos “desvios” pautadas na sexualidade.

Dentre os desconfortos vividos por essa sociedade, as consequências da libertação dos escravos tinham centralidade. Dentro da rígida formação social da colônia e do Império, o negro era encarado como um mal necessário. À medida que a abolição se anuncia, ele vai ser transformado em “perigo social”. Soma-se a isso o fato de que nesse período a idéia de nação passa pelo imaginário de povo e raça, vistos sob um prisma biológico. Nesse sentido, a idéia de miscigenação, hereditariedade e degeneração ganham destaque nas formulações científicas (SCHWARCZ, 2005, p. 56).

Se o nascimento e a emergência da sexualidade no campo da psiquiatria acontece em 1844, no caso francês (FOUCAULT, 2002, p. 357-365), no Brasil, essa emergência ocorre de forma mais profunda a partir 1870. A sociedade imperial, eminentemente escravista, viveu um profundo dilema: por um lado, a busca de uma modernização que afastasse os resquícios da antiga ordem colonial – pautada na escravidão e no privilégio – e por outro lado, uma espécie de conciliação com as antigas hierarquias e desigualdades de raça e gênero, forjando, dessa maneira, através de um jogo de modernização e conciliação, o “segredo” de nossa modernidade.

Em resumo, foi a partir da década de 1870, com a iminência do fim da escravidão e o conseqüente pânico moral sobre as transformações sociais que dela surgiram, que emergiram novas reflexões sobre a sociedade brasileira e a necessidade de construção de seus “desvios”. Essas reflexões utilizaram a sexualidade como uma estratégia de crítica da velha ordem, mas também de consolidação de uma nova, burguesa, que mantivesse hierarquias raciais e de gênero de forma que, em nossa República, vigorasse a desejada ordem e, a partir dela, se alcançássemos aquele grande mito do dezenove, o progresso.

Bibliografia

1. Fontes

1.1 Teses Médicas

ALMEIDA, Pedro José de. **Algumas Considerações Hygienicas Acerca das Habitações.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia e Livraria Franceza, 1845.

AZEVEDO, Caetano Antonio de. **Do Alcoolismo Chronico e suas Consequencias.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia Militar de Santos, 1883.

BARROS, José Joaquim Ferreira Monteiro de. **Considerações Gerais Sobre a Mulher, e sua Diferença do Homem: e sobre o Regimen que Deve Seguir no Estado de Prenhez.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1845.

CARRÃO, José Marianno de Amorin. **Algumas Considerações Sobre o Homem nas suas Diferentes Idades.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typogrphia do Archivo Medico Brasileiro, 1848.

FERREIRA JR, José de Oliveira. **Da Responsabilidade Legal dos Alienados.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; Typographia Carioca, 1887.

JARDIM, Gustavo Gomes. **Algumas Considerações Acerca das Vestimentas.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia Brasiliense de F.M. Ferreira, 1849.

MACEDO, Francisco Ferraz de. **Da Prostituição em Geral e em Particular em Relação a Cidade do Rio de Janeiro:** Prophylaxia da Syphilis. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; Typographia Academica, 1872.

MEIRELLES, Zerefino Justino da Silva. **Breves Considerações Sobre as Vantagens do Aleitamento Maternal.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; Typographia do Diario, 1847.

MENEZES, Alexandre Stockler Pinto de. **Responsabilidade Legal dos Alienados**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia de J. Barboza, 1887.

MOREIRA, Ernesto de Castro. **Epilepsia**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia de G. Leuzinger, 1877.

PEIXOTO, Antonio Luiz da Silva. **Considerações Geraes Sobre a Alienação Mental**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia e Livraria de L. A. Burgain, 1837.

SÁ, Miguel Antonio Heredia de. **Algumas Reflexões Sobre a Copula, Onanismo e Prostituição do Rio de Janeiro**. Tese apresentada à Faculdade de medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1845.

1.2 Texto Médico

SILVA, Manuel da. **Reflexões Sobre Alguns dos Meios Propostos por mais Conducentes para Melhorar o Clima da Cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Impressão Regia, 1808.

1.3 Relatórios do Império

BRASIL. Ministério do Império. **Relatorio da Repatição dos Negocios do Imperio Apresentado á Assembléa Geral Legislativa na Sessão Ordinaria de 1833; Pelo Respectivo Ministro e Secretario de Estado Nicolau Pereira de Campos Vergueiro**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1833. 32p. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/hartness/imperio.html>>. Acesso em: 10 de set. 2003.

BRASIL. Ministério do Império. **Relatorio da Repatição dos Negocios do Imperio Apresentado á Assembléa Geral Legislativa na Sessão Ordinaria de 1834; Pelo Respectivo Ministro e Secretario de Estado Antonio Pinto Chichorro da Gama**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1834. 38p. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/hartness/imperio.html>>. Acesso em: 10 de set. 2003.

1.4 Leis

COLLECÇÃO DAS LEIS DO IMPERIO DO BRAZIL DE 1826. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1880.

COLLECÇÃO DAS LEIS DO IMPERIO DO BRAZIL DE 1828. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1878.

COLLECÇÃO DAS LEIS DO IMPERIO DO BRASIL DE 1830. Rio de Janeiro: Typografia Nacional, 1876.

COLLECÇÃO DAS LEIS DO IMPERIO DO BRAZIL DE 1832. 3. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1906.

COLLECÇÃO DAS LEIS DO IMPERIO DO BRASIL DE 1835. Rio de Janeiro; Typographia Nacional, 1864.

COLLECÇÃO DAS LEIS DO IMPERIO DO BRAZIL DE 1841. Tomo IV, parte I. Rio de Janeiro; Typographia Nacional, 1842.

1.5 Romance

MACEDO, Joaquim Manuel de. **Os Dous Amores**. Rio de Janeiro: Garnier. s.d. 2 Vol.

2. Bibliografia Geral

ALONSO, Ângela. **Idéias em Movimento**: A Geração 1870 na crise do Brasil-Império. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

ALVAREZ, Marcos César. A criminologia no Brasil ou como tratar desigualmente os desiguais. **Dados** – Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro. Vol. 45, nº 4, 2002, p. 677-704.

BETHELL, Leslie; CARVALHO, José Murilo de. O Brasil da Independência a Meados do Século XIX. In BETHELL, Leslie (org). **História da América Latina**: Da Independência até

1870. Trad. Maria da Clara Cescato. São Paulo: Ed. USP; Brasília: Imprensa Oficial do Estado/ Fundação Alexandre Gusmão, vol III, 2001.

BIRMAN, Joel. **A Psiquiatria como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BORGES, Dain. “Inchado, Feio, Preguiçoso e Inerte”: A Degeneração no pensamento Social Brasileiro, 1880-1930. Tradução de Richard Miskolci. In: Dossiê Normalidade, Desvio, Diferenças. **Teoria & Pesquisa**. São Carlos: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2005 (no prelo).

CARVALHO, José Murilo de. **A Construção da Ordem: A Elite Política Imperial. Teatro de Sombras: A Política Imperial**. Rio de Janeiro, 2003.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Trad. Maria Thereza Rediz de Carvalho e Luís Octávio Ferreira Barreto Leite. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2000.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Cia das Letras, 1999.

CORBAIN, Alain. **Saberes e Odores: o Olfato e o Imaginário Social nos Séculos dezoito e dezenove**. Trad. Ligia Watanabe. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

CRESPO, Jorge. **A História do Corpo**. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

DONZELOT, Jacques. **A Polícia das Famílias**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ENGEL, Magali. **Meretrizes e Doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840 – 1890)**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

FERREIRA, Luiz Otávio. **O Nascimento de uma Instituição Científica: o periódico médico brasileiro na primeira metade do século XIX**. 209 f. Tese (Doutorado em história)- FFLCH-USP, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Arqueologia do saber**. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002a.

_____. **Ética Sexualidade e Política**. Trad. Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. Trad. Lílian Rose Shalders. 6 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000a.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Netto. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2000b.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. 14 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001a.

_____. **Microfísica do Poder**. Trad. Roberto Machado. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000c.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Trad. Roberto Machado. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001b.

_____. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. 3 ed. Trad. Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Moraes. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

_____. **Vigiar e Punir**: História da Violência nas prisões. Trad. Raquel Ramalhete. 24 ed. Petrópolis: Vozes, 2001c.

FRANÇA, Jean Marcel Carvalho. **A Higienização do Povo**: Medicina Social e Alienismo no Rio de Janeiro Oitocentista. 114 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - FFCH - UFMG, 1990. Cedido pelo autor.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande e Senzala**: Introdução à História da Sociedade Patriarcal no Brasil – 1. 43. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

_____. **Sobrados e Mucambos**: decadência do Patriarcado Rural e Desenvolvimento do Urbano. 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GILMAN, Sander L. **Difference and Pathology. Stereotypes of Sexuality, Race, and Madness.** Ithaca and London: Cornell University Press, 1994.

_____. Obesidade como deficiência: o caso dos judeus. **Cadenos Pagu.** Campinas, Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, n.º. 23, julho-dezembro de 2004, p. 329-353.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.** Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. **Manicômios, Prisões e Conventos.** Trad. Dante Moreira Leite. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOODE, Erich; BEN-YEHUDA, Nachman. **Moral Panics – The Social Construction of Deviance.** Malden: Blackwell Publishing, 2003.

GRAHAM, Richard. O Brasil de Meados do Século XIX à Guerra do Paraguai. In BETHELL, Leslie (org). **História da América Latina: Da Independência até 1870.** Trad. Maria da Clara Cescato. São Paulo: Ed. USP; Brasília: Imprensa Oficial do Estado/ Fundação Alexandre Gusmão, vol III, 2001.

HOLANDA, Sérgio Buarque de (dir.). **História Geral da Civilização Brasileira: Brasil Monárquico.** 3. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro. Tomo II, Vol. II, 1976.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o Sexo: Corpo e Gênero dos Gregos a Freud.** Trad. Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

MACHADO, Roberto et. al. **Danação da Norma: Medicina Social e Construção da Psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber: A Trajetória da Arqueologia de Foucault.** 2ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. Por Uma Genealogia do Poder. In. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Trad. Roberto Machado. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000c.

MISKOLCI, Richard. **Corpos Elétricos: Do Assujeitamento à Estética da Existência.** Texto apresentado no I Colóquio Corpo e Identidade Social. São Carlos: mimeo, 2005.

_____. Figuras do Desvio: O Artista na Obra de Thomas Mann. In: **Itinerários**. Araraquara: Programa de Pós-Graduação em Estudos Literários, n.23, p.217-233, 2005a.

_____. Machado de Assis, o Outsider Estabelecido. **Sociologias**. Porto Alegre, n°. 15, p. 352-377, jan/jun, 2006.

_____. Pânicos Morais e Controle Social – Reflexões Sobre o Casamento Gay. São Paulo: mimeo, 2006a.

_____. **Thomas Mann, o artista mestiço**. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2003.

_____. Reflexões sobre normalidade e desvio social. In: **Estudos de Sociologia**. Araraquara, vol. 13/14, p.109-126, 2002/2003.

NEVES, Lúcia Maria Bastos Pereira das.; MACHADO, Humberto Fernandes. **O Império do Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

NUNES, Everardo Duarte. Medicina Social: Origem e Desenvolvimento. **Revista Cultura Vozes**. Vol. 74, n°. 03, p. 173-188, 1980.

NUNES, Silvia Alexim. Da Medicina Social à Psicanálise. In: BIRMAN, Joel (coord.). **Percursos na História da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Taurus Editora, 1988, p. 61-122.

OLIVEIRA, Cecília Helena de Salles. **A Independência e Construção do Império**. 2 ed. São Paulo: Atual, 1998.

ORTIZ, Renato. **Cultura Brasileira e Identidade Nacional**. 5 ed. São Paulo Brasiliense, 2006.

PIMENTA, Tânia Salgado. **Artes de Curar**: Um estudo a partir dos documentos da Fiscatura-mor no Brasil no começo do século XIX. 153 f. Dissertação (Mestrado em história) - IFCH – Unicamp, 1997.

_____. Entre Sangradores e Doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. **Cadernos Cedes**. São Paulo: Cortez; Campinas, Cedes, v.1, n.1, p. 91-102, Abr. 2003.

- RAGO, Margareth. O efeito-Foucault na historiografia brasileira. **Tempo Social**. Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 7 (1-2): 67-82, 1995.
- RIOS FILHO, Adolfo Morales de los. **O Rio de Janeiro Imperial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Top Book, 2003.
- ROUQUIÉ, Alain. **O Extremo Ocidente**: Introdução à América Latina. Trad. Mary Amazonas Leite de Barros. São Paulo: Edusp, 1991.
- SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas Trincheiras da Cura**: as diferentes Medicinas no Rio de Janeiro Imperial. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.
- SANTOS FILHO, Licurgo. **História da Medicina Brasileira**. Vol. I. São Paulo: Brasiliense, 1947.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. **As Barbas do Imperador**: D. Pedro II, um Monarca nos Trópicos. 2 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- _____. **O Espetáculo das Raças**: Cientistas, Instituições e questão Racial no Brasil (1870-1930). São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- SCHWARZ, Roberto. **Ao Vencedor as Batatas**. 5 ed. São Paulo: Duas Cidades/ Ed. 34, 2000.
- SHOHAT, Ella. Des-orientar Cleópatra: um Tropo Moderno da Identidade. **Cadernos Pagu**. Campinas: UNICAMP, n°. 23, p. 11-54, jun-dez. 2004.
- SOARES, Luiz Carlos. Da Necessidade do Bordel Higienizado: tentativas de controle da prostituição carioca no século XIX. In: VAINFAS, Ronaldo (org.). **História da Sexualidade no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- SOUZA, Laura de Mello e. **Desclassificados do Ouro**: a Pobreza Mineira no Século XVIII. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- STEPAN, Nancy Leys. **A Hora da Eugenia**: Raça, Gênero e Nação na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. Raça e Gênero: o papel da analogia na ciência. In: Hollanda, Heloísa Buarque de. (Org.) **Tendências e Impasses: O Feminismo como Crítica da Cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VAINFAS, Ronaldo (org). **Dicionário do Brasil Imperial (1822-1889)**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

VEYNE, Paul. **Como se escreve a História. Foucault Revoluciona a História**. 4 ed. Trad. Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. Brasília: UNB, 1998.