

## **MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: DOS PAJÉS E FÍSICOS AOS HOMENS DE CIÊNCIA DO SÉCULO XX**

Prof. Dr. Marco Antonio Stancik<sup>1</sup>

**Resumo:** A proposta do artigo é analisar as transformações históricas que singularizam a atuação dos médicos no Brasil, dos tempos coloniais, até o início do século XX. Observa-se que a medicina colonial se desenvolveu em meio ao descrédito da população e escassez de recursos, ao passo que durante o período monárquico essa situação tendeu a sofrer importantes transformações. Iniciado o século XX, os médicos, além de dividirem-se em várias especialidades, assumiram a missão de regenerar a raça.

**Palavras-chave:** Medicina; Saúde Pública; Eugenia; Brasil (século XIX)

**Abstract:** The purpose of this article is to analyze the historical changes in the practice of Medicine in Brazil, starting in the Colonial times, until the beginning of the XX<sup>th</sup> century. We can state that colonial medicine was developed without many resources and without much credibility among the country's population. During the Brazilian monarchy that situation has changed and, after the beginning of the XX<sup>th</sup> century, the medical practice was already divided into several medical specialities and the mission of its practitioners become the own regeneration of the human race.

**Key-words:** Medicine; Public Health; Eugenics; Brasil (XIX<sup>th</sup>-century)

Confiança e desconfiança, temor e crença ilimitada são sentimentos presentes, de modo ambivalente, em toda relação doente-terapeuta, seja entre os índios do Novo Mundo e seus xamãs, as feiticeiras e as populações européias, médicos ou charlatães. [...] A cada encontro do médico com o paciente, de forma sutil, relativamente controlada, domesticada pela química e pelo controle industrial, a questão se renova, persiste. O médico, ao utilizar remédios, está agindo como o charlatão, o curandeiro e os antigos feiticeiros. Ainda que fundado em

---

<sup>1</sup> Mestre e Doutor em História pela Universidade Federal do Paraná. Professor do Instituto Agrônomo do Paraná. E-mail para contato: marcostancik@hotmail.com

uma racionalidade distinta, ao medicar se arvora a provocar o organismo – irritar a doença, segundo Platão – ou a modificar a natureza. Temeroso do que faz, ou arrogante de sua ciência, talvez nem sempre esteja cômico deste fato.<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

Iniciando nos primeiros tempos da colonização européia, o presente estudo analisa os diferentes modos de intervenção no processo saúde-enfermidade praticados no Brasil, avançando até o momento em que começou a se tornar mais nítida a distinção entre as especialidades médicas que se afirmaram no início do século XX.

Empreendimento este através do qual se pretende destacar algumas das características que singularizam e revelam o caráter histórico do exercício da cura no Brasil e as transformações sofridas pela profissão médica. Para tanto, discute-se o assunto tendo por base a análise bibliográfica, em contraposição com fontes primárias, de forma a evidenciar o caráter histórico e social das formas de enfrentamento das doenças e demais ameaças à vida e das ambições médicas de intervenção no corpo doente e no ‘corpo social’.

Isso porque entende-se que se “a medicina e as doenças têm sua história, e se o medo das doenças, que é ao mesmo tempo o medo do sofrimento e da morte, prossegue sendo uma constante na trajetória humana, as formas de enfrentá-las têm sofrido profundas transformações”.<sup>3</sup>

## SER MÉDICO

No ano de 1919, o prestigiado médico e literato Afrânio Peixoto dirigiu-se aos formandos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro nos seguintes termos:

Um médico é hoje em dia personagem que conta nas coletividades humanas, pois dentre os técnicos somos nós exatamente aqueles que, pela amplitude dos conhecimentos, melhores serviços poderemos prestar às causas públicas. Delas a mais pertinente, e que é de salvação do presente e do futuro, é a higiene, o aspecto social da medicina, que amplia para as necessidades e urgências coletivas as aptidões individuais da profissão. O governo dos homens não prescinde de nós, da nossa colaboração e certo vos havereis muitas vezes como intérpretes dos seus ensinamentos nas consultas, informações, pareceres e até na administração sanitária regional, talvez mesmo nacional. Servindo a brasileiros, não vos descuideis de principalmente servir ao Brasil<sup>4</sup>

Naquele período, o fato de ter cursado e exercer a medicina constituía, por si só, fator de prestígio no Brasil, conquistando os médicos, via de regra, uma destacada posição social, quando já não a traziam como herança familiar.<sup>5</sup> Conforme a autora, em estudo no qual analisa a condição do médico em Minas Gerais no correr do século XIX, esses eram muito respeitados e de um modo geral usufruíam de uma boa condição financeira.

Entre outros fatores, a erudição por eles revelada era garantia de prestígio e admiração. Tanto mais num país onde mesmo as elites se perpetuavam na condição de analfabetas. Mas somente a erudição não era suficiente. Soma-se a ela o reconhecimento crescente da capacidade de intervenção da ciência médica no processo saúde-doença, da forma e com a intensidade com que se fez observar a partir das últimas décadas do século XIX.

A ciência médica, esclarece Sayd, “assumiu a hegemonia na visão de mundo da virada do século”. E, prossegue a autora, isso foi possível em grande parte em virtude da “criação de técnicas de prevenção e tratamento etiológico de eficácia realmente impressionantes para a época, com bases científicas nítidas”.<sup>6</sup>

Além da capacidade de desenvolver métodos terapêuticos e de prevenção mais eficazes, outra característica assumida pela medicina, ainda no século XIX, é a sua interferência na gestão da sociedade, o controle que ela passou a exercer não apenas sobre os corpos doentes, mas sobre o assim chamado ‘corpo social’.

Retornando à fala de Afrânio Peixoto, verifica-se que o mesmo pregava em seus discursos que ao médico caberia muito mais que simplesmente atender aos doentes que o procurassem em busca do restabelecimento da saúde. Ao médico caberia também aquilo que ele qualificou como o “aspecto social da medicina”, isto é, a higiene. E em seu nome, o médico, “pela amplitude de seus conhecimentos”, seria o agente dotado de maiores e melhores qualificações para auxiliar no “governo dos homens”.

Essa confiança nos poderes supostamente ilimitados da medicina e da ciência levou muitos médicos a alimentarem ousados projetos. Talvez o mais ambicioso e delirante de todos eles – e inegavelmente bem situado entre os de mais funestas conseqüências - tenha sido o de ter em mãos o controle absoluto sobre o futuro da espécie humana, para criar uma ‘super-raça’, modelando-a a seu bel-prazer. Isso seria feito mediante a reprodução seletiva daqueles que supostamente seriam os ‘melhores exemplares da espécie’, e, segundo o desejo de muitos, eliminando os exemplares considerados inferiores. Tudo sob a estrita direção de uma elite constituída por médicos e homens de ciência dedicados à eugenia.

Contudo, se recuarmos aos tempos coloniais, observamos uma situação muito diferente, em meio à qual não havia espaço para tamanha credibilidade e/ou ambiciosos projetos de controle social. Em lugar disso, os médicos depara-

vam-se com imensas dificuldades decorrentes, em grande parte, do desconhecimento das causas de muitas enfermidades, da ineficácia de muitas de suas terapêuticas e, por fim, do descrédito que, por isso mesmo, enfrentavam.

Feitas essas observações preliminares, alguns questionamentos devem ser acrescentados. Em primeiro lugar, o que é ser médico? Qual ou quais papéis são da competência de um médico? Que transformações o exercício da medicina sofreu no correr dos séculos? Para a melhor compreensão de como as transformações referidas se tornaram possíveis, é importante acompanhar como se interferiu no processo saúde-enfermidade no Brasil, desde a chegada dos europeus, no século XVI.

## **A MEDICINA E AS PRÁTICAS DE CURA NO BRASIL COLÔNIA**

### *Jesuítas e físicos*

No Brasil não se observou da parte da metrópole portuguesa a mesma preocupação revelada pela metrópole espanhola, no sentido de criar universidades ou outras instituições educacionais. Ribeiro (1997) traz exemplos de como as autoridades metropolitanas tendiam a pensar – e por fim impedir – qualquer possibilidade de estabelecimento de instituições tais como escolas de medicina, receosos de que pudessem favorecer o espírito de independência em sua colônia.

Por isso, até as primeiras décadas do século XIX, quando foram criadas as Escolas de Medicina de Salvador e do Rio de Janeiro, todos os médicos formados disponíveis no país vinham do exterior, ou seja, da Europa, ou para lá se deslocavam no intuito de realizarem seus estudos, obtendo aquela formação.

Ao lado desses médicos formados nas academias da Europa, uma gama muito grande de outros agentes passou a se ocupar com o tratamento e a cura das doenças nos tempos coloniais. Antes dos europeus, eram os pajés, por vezes na condição de xamãs, a tratarem das ‘doenças de índio’.

Nos tempos iniciais da colonização do Brasil, os profissionais da cura com formação superior eram denominados físicos. Santos Filho aponta que esses primeiros físicos que chegaram ao Brasil eram, salvo poucas exceções, cristãos-novos, isto é, judeus convertidos à fé cristã. Muitos deles eram formados pela Universidade de Coimbra, sendo que alguns teriam partido da Europa na condição de degredados.<sup>7</sup>

Esses físicos podiam ser os licenciados em medicina, os bacharéis ou, finalmente, os doutores em medicina. Os primeiros licenciados, haviam cursado quatro anos em alguma escola médica ibérica. Não haviam, contudo, realizado a defesa de teses, então denominadas “conclusões magnas”. Os bacharéis e os doutores eram aqueles que haviam cursado um ano a mais e defendido suas conclusões magnas (SANTOS FILHO, 1991, 1993).

Nos primeiros tempos da colonização, esses médicos pioneiros estavam disponíveis em pequeno número por todo o vasto território brasileiro e as condições de exercício da medicina não eram favoráveis. Os medicamentos trazidos da Europa, por exemplo, deterioravam em curto espaço de tempo. O isolamento, as distâncias a serem superadas, a insuficiência, quando não a total inexistência de recursos dificultavam o exercício das artes da cura.

No tratamento das doenças, aos físicos somaram-se os jesuítas, os quais instalaram-se no Brasil a partir de 1549. Além de realizarem o trabalho pela salvação das almas dos indígenas, estes últimos orgulhavam-se de ainda prestarem à população do Brasil colonial serviços outros, tais como o de médicos, de boticários e de enfermeiros.

Quanto ao boticário, era ele o agente encarregado da produção e comercialização de medicamentos. Uma espécie de farmacêutico, se comparado aos tempos atuais.<sup>8</sup> Tal qual se observava em relação aos demais ofícios da cura no período, não raro os boticários iam além de suas atribuições, realizando atividades tidas como da competência de físicos e cirurgiões, presentes em reduzido número.

Entretanto, as conseqüências e implicações desse pequeno número de médicos no país têm que ser relativizadas, ao menos em períodos posteriores. Em estudo sobre médicos e mezinheiros na Corte Imperial, Soares evidencia que no século XIX a quase ausência de médicos configurava-se em um problema enfrentado de formas distintas pelos diferentes grupos sociais.<sup>9</sup> Aliás, constituía um problema somente na ótica de determinados segmentos. Afirma o historiador:

Em momento algum encontrei, na documentação consultada, qualquer evidência de que os próprios segmentos populares se ressentissem da ausência de médicos e de suas drogas. Ao contrário, esse tipo de protesto partia sempre de viajantes estrangeiros, autoridades administrativas e de médicos que, para legitimar suas argumentações, estendiam suas próprias representações como um problema pertinente a todo o conjunto da sociedade.<sup>10</sup>

Mais à frente, conclui: “de fato, havia poucos médicos na Colônia e no Império; no entanto, creio ser preciso repensar e frisar que o significado que essa tímida expressão numérica possuía para alguns segmentos das elites não era o mesmo para as classes populares”.<sup>11</sup>

No caso das mulheres, por exemplo, não havia médicos formados para tratá-las, nem, tampouco, demanda para semelhantes serviços. Interditado “em nome do pudor e da decência”<sup>12</sup> ao olhar e ao toque de outros homens, que não o cônjuge, os cuidados com o corpo feminino permaneceriam da alçada das mulheres, tais como parteiras e curandeiras, até o início do século XX. Por razões

dessa natureza, nenhum dos médicos cuidava das mulheres, nem se ocupava com menstruações, gravidez e partos. Além do mais, para o período colonial, e mesmo no correr do século XIX, não era possível sequer fazer concessões aos cirurgiões, uma vez que a operação cesariana era algo praticamente impensável. Basta lembrar que então não se dispunha de anestésicos, nem tampouco adotavam-se procedimentos de assepsia, de forma a possibilitar aquele tipo de intervenção.

Retornando ao caso dos jesuítas médicos, outros elementos são acrescentados por Maria Leônia C. de Resende. Tornando mais complexa aquela situação, a autora propõe que não foi apenas a ausência ou o pequeno número de médicos que fez com que os religiosos também passassem a se dedicar à cura. Resende destaca o papel desempenhado pelos pajés entre os índios guaranis. Conforme suas palavras, os pajés seriam o maior obstáculo à ação dos jesuítas. Ou seja:

Os pajés, como eram chamados entre os nativos, ocupavam um espaço privilegiado entre os guaranis. Acreditava-se que eram os responsáveis pelas atividades que norteavam a vida social e religiosa. Eram eles que afugentavam os maus espíritos, sendo também os intérpretes dos agouros anunciados pelos cantos dos pássaros ou pelo rastejamento dos lagartos. Revelavam o reduto da caça ou da pesca, predizendo o futuro. Garantiam o sucesso nas batalhas que empreendiam, e seu poder mágico trazia chuva, colheita e a própria vida. Mas era sobretudo aos seus rituais mágicos que se atribuía o seu poder de cura. Faziam-se de curandeiros, chupando e fazendo cerimônias [...]. Os “feiticeiros” eram, pela natureza e papel que exerciam entre os guaranis, o esteio da resistência indígena à presença jesuítica.<sup>13</sup>

Segundo Pereira, a cura realizada pelo pajé ou xamã reafirma os valores da sua cultura e as ‘doenças de índio’, resultantes da ação de espíritos maléficos, assumem a condição de metáfora daquela sociedade.<sup>14</sup> O xamã zela assim pelo sentido das coisas, dos homens, do mal que aflige o enfermo. No xamanismo, curar é trazer o enfermo de volta ao domínio dos homens, tirando-o da influência de espíritos maus. Além de uma luta entre a saúde e a doença, sua atuação cumpre esse papel mais abrangente em favor da coesão do grupo, de suas crenças, visões de mundo, verdades culturalmente estabelecidas.

Diante de semelhante situação, os jesuítas foram pouco-a-pouco assumindo atribuições até então a cargo somente dos pajés. Papéis diferentes daqueles exclusivamente ligados à catequese dos indígenas, pois somente assim os religiosos obtinham, ou acreditavam obter, a conversão dos guaranis.

O contato com aquela cultura e a necessidade de disputar a ascendência espiritual sobre a comunidade com os ‘feiticeiros’ – denominação dada pelos jesuítas aos pajés - levaram os religiosos europeus a se adaptarem ao papel do pajé e assumirem suas atribuições. Nesse processo, os padres passaram a se preocupar com as coisas terrenas: o prenúncio de boas ou más colheitas, a promessa de cura de doenças, a ameaça de pestes. Passaram a ocupar a função de intermediários entre as esferas espiritual e terrena, de uma forma que os colocava no lugar do pajé.

Contudo, na medida em que assim procediam, os religiosos reafirmavam, ao mesmo tempo, a cultura indígena, suas crenças, sua visão de mundo. Neste sentido, as comunidades indígenas transferiam aos jesuítas a credibilidade antes depositada nos pajés. Mas não deixavam de prosseguir nas suas crenças relativas ao papel dos mesmos, à importância da pajelança. Embora, a partir de então, ela fosse realizada por um novo agente: o ‘pajé-jesuíta’.

Em tais circunstâncias, pregar a fé católica implicava fazer as vezes do pajé, o que era sinônimo, entre outras atribuições, de encarregar-se da cura das enfermidades. Ou seja, curando, estavam ao mesmo tempo empreendendo o esforço de catequização.

#### *Hospitais jesuítas e Santas Casas*

Embora o objetivo maior a orientar a presença dos jesuítas no Brasil colonial estivesse ligado à propagação da fé católica, em particular à catequese dos povos indígenas, cada colégio mantinha suas anotações de receitas e fórmulas medicinais, acumuladas com a experiência nas terras brasileiras, inclusive junto aos indígenas. Entre essas, o medicamento denominado *Teriaga Brasilica*, que tornou-se famoso e foi prescrito para grande número de enfermidades.

Importantes também foram os hospitais mantidos por jesuítas, pelo menos até sua expulsão do país, ocorrida no ano de 1759. Um recurso que apresentava a vantagem de associar, em uma única instituição e a um único agente, atribuições de natureza espiritual e de cura.

Neste sentido, o jesuíta parecia atender bastante bem à demanda por religiosos nos casos de ocorrência de enfermidades. No Ocidente cristão, pelo menos até meados do século XIX, o acompanhamento da doença e da agonia que precedem a morte não estava sob poder da ciência médica e o tratamento das enfermidades geralmente era conduzido pelos próprios familiares do doente. Além disso, quem estava quase sempre à cabeceira do moribundo era um padre e não um médico. A ausência de um médico ao lado dos enfermos não era sinônimo de sua escassez, mas, antes, do fato de que, no imaginário popular as explicações para as origens das doenças, as possibilidades de cura e as imagens do corpo

passavam longe daquelas apresentadas pela medicina acadêmica no Brasil a partir da institucionalização do ensino médico no país.<sup>15</sup>

Além dos hospitais mantidos pelos jesuítas, havia as Santas Casas de Misericórdia, que lentamente foram se espalhando pelo território. A primeira foi fundada em 1543 na vila de Santos. Depois dela, vieram as do Espírito Santo, da Bahia, do Rio de Janeiro e a da vila de São Paulo, ainda no século XVI. Assim como se dava com os hospitais jesuítas, essas não eram mantidas pela administração pública colonial. Era mediante a caridade pública, ou seja, através de doações, que se obtinham fundos que tornavam possível a continuidade de seus trabalhos.

De forma semelhante à observada em Portugal, o estabelecimento das Santas Casas constituía uma iniciativa humanitária, mediante a qual propunha-se prestar socorro aos enfermos, principalmente os mais pobres. E as Santas Casas constituiriam uma das alternativas ao alcance dos pacientes sem recursos. Mas geralmente procuradas como um último recurso, e por aqueles que acreditavam restar tão-somente a própria alma para socorrer, ou ainda esperançosos de ter um mínimo de socorro e atenção em seus momentos finais.

Mesmo porque, ‘antecâmaras da morte’, os hospitais em regra recebiam aqueles que não dispunham de outra alternativa. Pessoas de mais posses tendiam a pagar e ter atendimento em suas residências. Mas não procuravam pelos hospitais, pois a hospitalização destinava-se a socorrer os doentes miseráveis. Quem tinha condições, tratava-se em sua própria residência, onde aconteciam as operações e os partos.

Serrano (1985, p. 20) assevera que ainda por volta dos anos 1800 os médicos estavam mais preocupados “com sua missão de confortar e medicar seus ricos pacientes a domicílio”. Os hospitais disponíveis eram o espaço para o doente pobre que não podia pagar pelo atendimento médico em domicílio.

Os hospitais eram asilos e local de morte para a classe baixa: eram Santas Casas de Misericórdia, financiadas pelas esmolas e pela colaboração da classe abastada. Aliviavam o Estado, dispensando-o da obrigação de se preocupar com a assistência médica. O hospital era, portanto, o local de isolamento da doença na sua forma mais feia. (SERRANO, 1985, p. 25)

Tendo em vista o que pode observar em estudo centrado no século XIX, Soares<sup>16</sup> conclui:

O contato mais próximo entre as pessoas mais pobres e os profissionais da medicina dava-se nos hospitais da cidade, instituições que eram extremamente malvistas por aqueles segmentos sociais. Voltado para os pobres, o socorro hospitalar destinava-se a acolher os deserdados de toda sorte. Quase



sempre, somente aqueles a quem faltava um teto e/ou o concurso de parentes dirigiam-se espontaneamente ou eram remetidos para os hospitais, quando não tinham condição ou escolha para conduzir o tratamento de suas enfermidades em casa. Locais de isolamento e reclusão, os hospitais – todos notavam – não passavam de depósitos de infelizes em sua última escala para a morte.<sup>17</sup>

Outra característica no que se refere aos hospitais do Brasil colonial, tanto daqueles mantidos pelos padres jesuítas, quanto em relação às Santas Casas, era o fato de serem sempre da competência de religiosos. Eram eles que lá estavam à disposição dos enfermos, prestando-lhes socorro, medicando e dando-lhes aquele que em muitos casos era o único conforto possível: o da alma.

#### Terapêuticas coloniais

Entre esses religiosos, bem como entre parte significativa daqueles que habitavam o país, sem excluir até mesmo médicos formados, observava-se a associação da doença ao pecado. No entendimento dos jesuítas, o grande número de enfermidades nada mais era que a evidência do castigo divino, infligido para a expiação dos pecados cometidos pelo homem.

Diante do inexplicável, os sofrimentos humanos provocados pelas doenças eram atribuídos ainda a outras causas, além da ira divina. Em certas situações, más conjunções astrais ou outros fenômenos celestes eram responsabilizados: “Rocha Pita (...), referindo-se à epidemia de bexigas que assolou o Brasil em 1666, observou que a catástrofe foi precedida de um ano pelo aparecimento de um pavoroso cometa (...). Esse cometa teria infeccionado o ar, ‘difundido achaques’, ‘descompondo ânimos’.”<sup>18</sup>

Por ocasião da ocorrência de epidemias, aqueles que se mantinham são adotavam certas precauções diante do medo do contágio. Apesar do fato de atribuírem sua disseminação à ação de forças totalmente fora do seu controle, como a ira divina e a influência dos astros, sabia-se que, em regra, o mal não dizimava a todos.

O isolamento dos doentes, por exemplo, era logo adotado quando verificava-se o aparecimento das bexigas – nome dado à varíola -, conforme registram relatos da época. Os atingidos pelo mal eram rapidamente conduzidos para longe do convívio dos demais, geralmente abandonados em locais isolados, com certo suprimento de alimentos. Um negro era então enviado regularmente para verificar se o doente ainda estava vivo e se necessitava de mais alimentos.

Outros recursos para o tratamento das doenças, na forma como era realizado pelos jesuítas, assim como pelos físicos, consistiam no emprego de plantas medicinais nativas, de medicamentos oriundos da Europa e de outros aqui mesmo produzidos – como foi o caso da *Teriaga Brasileira*.

Sangrar e purgar, enfatiza Arlete Lebigre<sup>19</sup>, mas também provocar o vômito, dar clisteres, sudoríferos, entre outros, constituíram recursos terapêuticos amplamente utilizados pelos europeus por longos séculos. Assim como o foram em diferentes partes do mundo e em diferentes épocas.

A intenção que justificava o emprego de tais procedimentos, inclusive no Brasil, fossem eles prescritos e/ou realizados por um prestigiado doutor ao tratar de um poderoso rei ou por um escravo negro ao socorrer um modesto trabalhador ou mesmo outro escravo, era proporcionar alívio aos enfermos acometidos das mais variadas doenças.

O hábito de sangrar, dar purgativos, eméticos e sudoríferos baseava-se na crença de que as doenças eram resultado do desequilíbrio de humores no organismo. Buscava-se desta forma eliminar tais excessos, mediante aqueles recursos debilitadores.

De origem distinta, observa-se também as crenças que davam sustentação às sangrias praticadas por alguns cirurgiões originários da África. Segundo os Bakongo, o sangue seria o veículo da alma, ao passo que as doenças seriam devidas a ação maléfica de entidades espirituais. Sangrar, nesta perspectiva, significava extrair entidades maléficas presentes no sangue do enfermo.<sup>20</sup>

Para sangrar, um dos métodos utilizados consistia no emprego de pequenos vermes, as sanguessugas, ou bichas. Essas, conforme Gordon,<sup>21</sup> seriam “o animal de estimação do médico por ser o modo mais suave de fazer sangria, apropriado para mulheres, crianças e pacientes que pagavam a consulta”. Prossegue ainda o autor:

A sangria mais vigorosa virou moda no século XVII, e o sangue pingava nas tigelas de estanho dos cirurgiões ou nos copos de sangria venezianos, guardados como jóias de família. [...]. Sangrar, purgar, provocar o vômito e o suor eram o tratamento médico padrão, que só começou a ser modificado depois da metade do século XIX.<sup>22</sup>

No *Formulário e guia médico* de Chernoviz (1897) – autor extremamente popular no Brasil na segunda metade do século XIX e que ainda vendia bem no início do XX – encontravam-se recomendações para não ‘deitar bichas’, ou seja, empregar sanguessugas na planta dos pés e palmas das mãos. O médico sugeria também que elas não fossem aplicadas “sobre lugares descobertos, como o rosto, o pescoço, a parte superior do peito, o antebraço e as costas das mãos”. Isso porque as sanguessugas deixam marcas na pele onde sugaram. Prosseguia o médico recomendando que elas também podiam “aplicar-se sobre algumas membranas mucosas facilmente acessíveis, como as gengivas, a vulva e o colo do útero; mas é necessário usar de precauções para impedir estes animais de se introduzirem nos órgãos”.<sup>23</sup>

Nas sangrias, como recurso alternativo ao emprego de sanguessugas, também eram utilizadas as ventosas. Consistiam elas de uma espécie de copo que era aplicado sobre a área a ser sangrada, fazendo-se sucção através de um orifício. Para que o sangue brotasse à pele com mais facilidade, eram produzidas escarificações sobre a mesma. Terapêutica de grande longevidade, ainda no início do século XX era possível encontrar agentes que realizassem sangrias por ambos os métodos.<sup>24</sup>

#### *Os cirurgiões e os cirurgiões-barbeiros*

A confusão, a inexistência de fronteiras perfeitamente definidas no que se referia às esferas de atuação de físicos e jesuítas dedicados à cura, mas também de outros ofícios com semelhante objetivo, era uma característica do período, que ainda se faria observar no correr do século XIX.

Habitualmente, o sangrar costumava ser procedimento do qual estavam incumbidos os cirurgiões. Até o século XIX vai se observar no Brasil essa separação entre físicos, ou médicos, e cirurgiões. Os primeiros encarregavam-se de atender nas doenças, prescrevendo medicamentos. Os cirurgiões, ocupados com trabalhos manuais, muitas vezes mutiladores. Essa condição lhes conferia menor prestígio que aquele desfrutado pelos físicos: os cirurgiões lidavam com o sangue e com a carne, ambos estigmatizados.

Em termos de atribuições, havia a distinção – difícil de ser observada na prática - entre os cirurgiões e os cirurgiões-barbeiros. Indistintamente, tanto barbeiros quanto cirurgiões tratavam ossos deslocados ou fraturados, curavam ferimentos e feridas. Se necessário, cauterizavam com ferro em brasa, amputavam, extraíam dentes. Sangravam, lancetavam abscessos, sarjavam, ‘deitavam bichas’, davam clisteres e, finalmente, no caso dos cirurgiões-barbeiros, também cortavam cabelos e barbas.

Esses últimos, na maior parte negros, existiam em maior quantidade. E seu número tendeu a crescer ao se aproximar o século XIX. Eram, via de regra, homens de pouca cultura e de baixo prestígio social. Cirurgiões e cirurgiões-barbeiros tomavam parte de procedimentos invasivos, dolorosos, sangrentos: eles cortavam, sangravam, inspirando horror à sua freguesia. Por isso eram procurados em casos extremos, quando se tornava irremediável a realização de intervenções que inspiravam verdadeiro pavor, diferente dos casos mais simples que se buscava resolver com sangrias e/ou clisteres.

Se não se tratava de um simples corte de cabelo ou de aparar a barba, se não era um caso que indicasse o emprego de ventosas ou bichas, então do cirurgião esperava-se rapidez, destreza, frieza e segurança. Era o mínimo a se desejar quando a alternativa era uma extração de dente, uma cauterização, uma amputação.

Além da inexistência da anestesia, cujo emprego somente começaria a ter lugar na segunda metade do século XIX,<sup>25</sup> há que se considerar ainda o grande risco de supuração. A ela estava associada a falta de assepsia, decorrente do completo desconhecimento da ação dos microorganismos e de sua correlação com inúmeras doenças e infecções. Dessa forma, as mortes decorrentes da supuração das feridas operatórias encontravam-se na casa dos 80% a 90%. O sucesso, por outro lado, acabava adquirindo feições de verdadeiro milagre.

Essas intervenções eram realizadas na casa do cliente, na barbearia ou até mesmo em plena via pública, dependendo do caso e das condições do cliente. O avental do cirurgião, geralmente duro de sangue, era o atestado de sua competência, de sua experiência, a certeza de que já realizara muitos e muitos procedimentos cirúrgicos.

#### *Curandeiros e benzedoras*

Diante de uma realidade na qual a presença do médico era escassa, custava caro, e, acima de tudo, pouco acreditada, em muitas situações a melhor, senão única alternativa, era resolver os problemas de saúde enfrentados no dia-a-dia com os recursos disponíveis à mão.

Nessas condições, qualquer um, por um motivo ou outro, poderia surgir como o mais habilitado para dar assistência no caso das doenças, traumas, acidentes. Era o caso do senhor de escravos, cuidando de seu patrimônio humano constituído pelos negros que possuía e que também adoeciam e sofriam acidentes. Poderia ainda ser o pai de família ou uma avó com décadas de experiência, socorrendo a sua prole.

Ou então podia-se recorrer a agentes que estavam habituados a prestar esse tipo de atendimento, conhecidos genericamente como curandeiros e benzedoras. Agentes muito bem quistos e credores da confiança e da simpatia da população, dotados, além do mais, de similar visão de mundo e concepção das doenças.

Sendo aquela uma sociedade marcada pelo analfabetismo,<sup>26</sup> os conhecimentos necessários para tanto tendiam a ser transmitidos pela forma oral, também na vivência do dia-a-dia, mesmo porque não se encontravam disponíveis de outra maneira para significativas parcelas da população.<sup>27</sup>

Esses saberes populares eram transmitidos de geração para geração, tal qual se pode verificar ainda nos dias atuais. Constituídos em meio a um complexo processo que tem lugar a partir de uma mistura de saberes e práticas indígenas, africanas, européias, além do recurso a ervas, benzeduras, invocações. Com eles procurava-se responder não somente aos pequenos, mas também aos graves problemas que afetavam a saúde da população.

Em casos mais específicos, curandeiro podia ser o rótulo dado a algum agente que, por exemplo, obtivera o reconhecimento pela eficácia de procedimentos e/ou medicamentos por ele empregados para o tratamento ou cura de algum determinado mal ou ameaça à vida, como nos casos das picadas de cobras venenosas.

Os naturalistas europeus Spix e Martius registraram um ilustrativo relato a respeito:

Os poucos cirurgiões no interior do país desistem quase totalmente de tratar pessoas picadas de cobra e preferem deixá-las aos curadores, que empregam um método misterioso de curar, e, por isso, o povo tem neles muito maior confiança do que em qualquer médico, embora nem sempre obtenham feliz sucesso.<sup>28</sup>

Referindo-se à luta dos médicos do período imperial contra as práticas de cura características dos tempos coloniais, Soares esclarece ainda que:

A preferência popular pelos curandeiros e pelas mezinhas domésticas no século XIX, motivada pela concepção sobre-humana das doenças, certamente também era estimulada pela percepção generalizada entre os próprios agentes sociais da época de que a nascente medicina acadêmica era impotente diante de um grande número de moléstias que atormentavam a saúde das pessoas.<sup>29</sup>

Povo e terapeutas populares tendiam a partilhar, portanto, visões de mundo, crenças e concepções similares – o que não significa unívocas. Em geral muito distantes de alcançarem semelhante sintonia com a população, os médicos constituíam minoria diante dos diversos agentes de cura. E, tanto quanto estes, careciam de recursos terapêuticos realmente eficientes diante de grande número de enfermidades.

## A MEDICINA NO SÉCULO XIX

### *Um período de transformações*

Até o século XIX, verificava-se certa proximidade – por vezes confusão – entre os saberes médicos e os populares. No entanto, a partir do momento em que se deu a chegada da família imperial portuguesa ao Brasil, ocorrida em 1808, algumas importantes transformações começaram a ter lugar, para ganhar maior força ao final da década de 1820. Não necessariamente em sintonia com as mudanças que se operavam na Europa, tampouco de forma inteiramente alheia a elas, principalmente no último quartel daquele século.

Ao final do século XVIII, os saberes e práticas médicas vinham se trans-

formando no solo europeu. Afinal, foi aquele um período durante o qual importantes mudanças se operavam na sociedade como um todo. Eram elas de ordem política, econômica e social. Observou-se então o desenvolvimento da química, da física; acentuou-se o questionamento da religião enquanto parâmetro de interpretação e compreensão do mundo.

Foi aquele um período em que as sucessivas conquistas alcançadas no terreno das ciências foram acompanhadas de muita euforia e credibilidade diante das otimistas possibilidades que podiam ser vislumbradas. Tais êxitos levaram a um mais intenso questionamento da religião e da metafísica, as quais tenderam a ceder lugar aos convincentes argumentos de caráter científico.

A medicina, impotente diante das pestes e epidemias que continuamente assolavam as populações dos centros urbanos em crescimento, também passou por transformações. Foi se organizando assim um novo espaço, constituído pela clínica moderna. Nessa, a observação, bem como a prática e a aprendizagem passaram a se fazer unidas.<sup>30</sup>

Nesse processo, o hospital tendeu a deixar de ser um espaço de preparação para a morte para dar lugar ao hospital terapêutico, destinado à cura. Espaço que o médico foi, pouco-a-pouco, tomando do religioso.<sup>31</sup>

Essas transformações conduziram ao surgimento daquilo que se concebe como medicina moderna. Segundo Foucault, ela se desenvolveu na Europa. Primeiro na Alemanha, ainda no final do século XVIII, na forma de uma medicina social, uma prática social, em oposição à medicina que até então vinha sendo praticada, caracterizada pelo autor como uma medicina individualista.<sup>32</sup>

O final do século XVIII corresponde ainda ao momento em que se firmou a concepção que conduziu os sintomas, sua localização e descrição para o primeiro plano. O médico, ao mesmo tempo, ao pretender-se um cientista, olhando, observando o corpo do doente, esforçava-se para produzir um conhecimento neutro, objetivo, útil, livre das concepções religiosas. O sobrenatural, a ação de espíritos ou de Deus passaram a perder espaço e já não podiam mais ser apontados, tão facilmente, como a causa das enfermidades. O conhecimento das doenças e a cura, na concepção de muitos dos médicos de então, tinham que se fazer sob o domínio exclusivo das ciências naturais, amparados nos métodos experimentais.<sup>33</sup>

A partir de então, o médico-cientista deveria buscar, de forma objetiva, pelas leis que estariam por trás da ocorrência e do desenrolar das enfermidades. Também resultou daí uma significativa redefinição quanto ao entendimento de quais seriam as práticas terapêuticas legítimas. No Brasil dos tempos monárquicos, em especial na sua segunda metade, os terapeutas populares viram seu espaço de atuação legítimo restringido de forma cada vez mais acentuada pela ação das instituições médicas e governamentais.

O sobrenatural, assim como a percepção do doente em relação aquilo que ele estava sentindo, passaram a ter sua credibilidade questionada. A atenção estava agora cada vez mais orientada para a doença, percebida como exterior ao doente – e, segundo algumas críticas, até mesmo em detrimento do mesmo.

De acordo com estes novos postulados médicos, acrescenta Soares (2001, p. 427), “o doente transformava-se no suporte abstrato da doença, exorcizado de sua história particular e, no limite, um obstáculo que se interpunha entre o sábio e o objeto do seu saber: a enfermidade”.

#### *No Brasil, o início da perseguição aos charlatões*

É esse o período durante o qual começa a se observar, com maior nitidez, o olhar médico orientado para o cotidiano das populações e não quase que tão somente para o corpo dos enfermos. Coincide ele com o contexto no qual a Corte portuguesa se estabeleceu no Rio de Janeiro – subitamente transformada em sede da Coroa.<sup>34</sup> Neste momento da constituição do Estado no Brasil, governantes, membros da elite e intelectuais começavam a assumir a missão de implantar também nos trópicos o modelo de ‘civilização’ e ‘progresso’ nos moldes europeus.

Assim, logo após o estabelecimento das escolas de medicina de Salvador e do Rio de Janeiro, criou-se um órgão governamental denominado Fisicatura-Mor, com sede na cidade do Rio de Janeiro. Funcionando entre os anos de 1808 e 1828, a Fisicatura estava encarregada de autorizar, regulamentar e fiscalizar o exercício das práticas de cura no país.<sup>35</sup>

Para obter licença junto à Fisicatura-Mor era exigido que o candidato se submetesse aos seus examinadores. Não era, contudo, necessária a formação acadêmica. Desta maneira, além dos médicos, cuja incumbência era a prescrição de remédios, dos cirurgiões, que tratavam das ‘moléstias externas’, e dos boticários, cujas atribuições eram a produção e comercialização dos medicamentos, a Fisicatura-Mor reconhecia como legítimos vários outros ofícios da cura. Entre eles, contavam os sangradores, que empregavam lancetas, ventosas e sanguesugas; as parteiras, que auxiliavam as parturientes e nas ‘doenças de senhoras’ e os curandeiros, com suas ervas medicinais e mezinhas, para os casos de enfermidades as mais diversas.

No processo de constituição de uma nova identidade, deflagrado em seguida à Independência, tornou-se urgente para parcelas da intelectualidade, nela inseridos os médicos, apagar os resquícios dos tempos coloniais. Tais resquícios passavam então a ser associados ao ‘atraso’. Médicos e higienistas apareciam entre os mais destacados mentores desse ambicioso projeto com o qual se pretendia transformar as feições do país e de sua população. Segundo aquele proje-

to, o homem, os modos de vida, os saberes, os modos de pensar, sentir e agir deveriam se remodelar. Esses médicos passaram a assumir a responsabilidade de estabelecer como isso deveria se dar.

As transformações que se operavam na abordagem do processo saúde-enfermidade tiveram como uma de suas conseqüências o fato de os médicos passarem a dirigir sua atenção, de um lado para o corpo dos enfermos, de outro para o espaço ou ‘corpo social’, em busca dos males que, no seu entender, o afligiriam.

Processo este longo e conflituoso e no qual se revela alguma similaridade com a medicina de Estado ou polícia médica alemã do século XVIII. Mutações a partir da qual, ao voltar suas atenções para o espaço social, os médicos e o Estado tenderam a perceber a enfermidade como uma questão política. Um problema a ser sanado pelo médico, agora também percebido como um legítimo administrador de saúde, amparado por seu saber científico e com responsabilidades e autoridade sobre a população.

No ano de 1828 a Fisicatura-Mor foi extinta, ficando a cargo das câmaras municipais as funções relacionadas à saúde pública. Em parte, deve ter contribuído para tanto a crescente autonomia de médicos e cirurgiões em relação à Fisicatura-Mor. Esses revelavam-se muito mais ligados às Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e de Salvador, as quais foram transformadas em faculdades de medicina no ano de 1832. Um pouco antes, em 1829, também foi criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro.

Soares assim se refere à motivação que levou à criação da Sociedade de Medicina carioca, a partir de 1835 transformada em Academia Imperial de Medicina e, com a República, Academia Nacional de Medicina:

Dispostos a transformar o que se lhes afigurava como um verdadeiro ‘caos urbano’ – uma cidade ‘suja’ e ‘doente’, ‘corrompida pelos miasmas e pelos comportamentos ‘pouco recomendáveis’ da população – em um espaço ‘civilizado’, um pequeno grupo de médicos radicados na cidade fundou, em maio de 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. O objetivo principal dessa agremiação era fornecer pareceres às autoridades governamentais em matérias relativas à higiene e saúde pública. Esse vínculo existente entre a Sociedade de Medicina e o Estado revela o caráter eminentemente político dessa entidade que pretendia organizar o espaço urbano exclusivamente à luz da ciência.<sup>36</sup>

Trata-se, portanto, de uma medicina social orientada não para o tratamento da saúde dos indivíduos, mas interessada na ordem urbana, na dimensão social. Neste sentido, “preservar a saúde exige uma série de providências que não nas-



cem espontaneamente, mas precisam ser impostas e conquistadas através de uma série de lutas que são – os médicos o sabem e enunciam claramente – políticas”.<sup>37</sup>

Também por aqueles anos começaram a ser criados os primeiros periódicos médicos brasileiros.<sup>38</sup> Instituições essas que, mais que simplesmente divulgar conhecimentos, passavam a funcionar como instâncias de legitimação e consagração daqueles profissionais.

Entre outras conseqüências desse processo, observou-se que, a partir de então, por intermédio das faculdades, da Sociedade de Medicina e dos seus periódicos, os médicos unidos – o que não quer dizer em uníssono – empreenderam o trabalho de desqualificação das terapêuticas e dos terapeutas populares, cuja legitimidade colocavam em questão. Tornou-se cada vez mais comum, no correr daquele século, rotular de ‘charlatães’ a todos os terapeutas populares não legitimados pela academia.

Isso se passou no interior de um empreendimento que revelou pelo menos duas facetas que visavam legitimar o monopólio médico sobre as práticas de cura e cuidados com o corpo: por um lado, a já referida desqualificação das terapêuticas populares, por outro, a disseminação de diagnósticos e de tratamentos orientados para o espaço social e à intimidade da população.

A prática médica, portanto, buscava não mais se ater exclusivamente às enfermidades, para sobre elas atuar após seu aparecimento, visando restabelecer a saúde dos indivíduos. O objetivo então passou a ser impossibilitar ou, ao menos, dificultar ao máximo o aparecimento da doença. E tendo em vista tais metas em nada modestas, a medicina passou a orientar sua atenção não exclusivamente ao corpo do doente, mas também ao meio que o cerca.

Neste contexto, a França foi se firmando como a principal matriz das concepções científicas, artísticas, literárias adotadas no Brasil, país tropical cujas elites pretendiam europeizar. A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro não constituiu exceção, revelando-se inspirada na sua similar parisiense.

Isso não significava que tais médicos dispusessem do poder por eles almejado para delimitar as práticas terapêuticas e o dia-a-dia da população em conformidade com suas concepções e interesses. Por sinal, durante longo tempo, a população permaneceu alheia a muitas dessas transformações e mesmo resistente aos esforços por eles empreendidos no sentido de desqualificar aqueles que tratavam das enfermidades sem portar um diploma. Para o povo, inclusive membros das elites, a ilegalidade não era sinônimo de falta de aptidão nem de charlatanice, como pretendiam os médicos da academia. E esse fato é da maior relevância para se compreender as práticas de cura daquele período.

Curandeiros, parteiras, sangradores, e barbeiros prosseguiram assim suas

atividades, não se observando sua rejeição pela população apenas porque assim o desejavam os médicos diplomados. Vários estudos (PIMENTA, 1997, 2003, 2004; PIMENTA apud CHALHOUB, 2003; SAYD, 1998; SOARES, 2001; FIGUEIREDO, 2002) revelam que esses terapeutas e suas práticas sobreviveram durante todo o correr do período monárquico, adentrando a República.

A ação médica não foi suficiente para sobrepujar as crenças e os saberes da população naquilo que se referia ao processo saúde-enfermidade. A hegemonia atualmente experimentada por eles ainda demoraria décadas para se fazer sentir de forma mais nítida.

#### *Medicina curativa e preventiva: a hegemonia do saber médico*

O quartel final do século XIX trouxe uma série de conquistas que levaram à crença segundo a qual seria possível extinguir todas as doenças.<sup>39</sup> Trabalhos como os desenvolvidos por Pasteur, sua equipe e aqueles que adaptaram e divulgaram suas conclusões, e que tiveram por conseqüência o desenvolvimento de técnicas de prevenção e tratamento com eficácia até então inimagináveis e cientificamente amparadas, aliados ao conhecimento e uso das ferramentas da higiene e aos trabalhos em prol do saneamento resultariam, com o correr do tempo, na hegemonia do conhecimento médico.

Até então, entretanto, uma outra noção tentava dar conta de trazer explicações para a causa de muitas doenças: a noção de miasmas. Segundo essa noção, o estado atmosférico seria responsável por significativo número de doenças infecciosas. O ar seria comprometido por uma diversidade de fatores. Entre outros, pelo acúmulo de substâncias de origem animal ou vegetal em decomposição e presentes em meio ao lixo, cemitérios, matadouros. Também os hospitais eram objeto de receio, pois o ar em seu interior e ao seu redor seria corrompido pelo acúmulo de enfermos. No caso da cidade do Rio de Janeiro, havia ainda o receio em relação aos miasmas supostamente originados pelo mar.

Indo mais adiante, os homens e as habitações pobres passaram a ser percebidos como nocivos focos miasmáticos, tanto mais perigosos quanto maiores fossem as aglomerações humanas. Suas exalações, excreções, seus hábitos e suas ações sobre o meio comprometeriam o ar e as condições de salubridade. As emanções indesejáveis provenientes de todos esses espaços estariam associadas à ocorrência de doenças, segundo se supunha.

Na teoria miasmática, pautada nas noções de salubridade e insalubridade, o essencial para o combate as doenças consistia em remover tudo que pudesse ser fonte de emanções pútridas. Aquilo que aparentasse ser belo e limpo não era percebido como foco de doenças, segundo tal perspectiva, que contudo, revelava uma importante dimensão social ao associar más condições de vida e doenças.

Outra possibilidade aventada era a do contágio direto, pessoa a pessoa. Seja diretamente, mediante o contato físico, ou indiretamente, através do contato com objetos contaminados pelos doentes.

Pode-se propor que tais interpretações eram coerentes com as formas vigentes de conceber natureza e a sociedade. Até então, os micróbios não haviam sido convocados para interagir com os homens. Isso foi obra de pesquisadores que, de imediato, ao proporem uma versão revolucionária, tornaram-se alvo de duras críticas.

Entre eles, o já referido químico Pasteur, que tornou-se conhecido como o fundador da moderna bacteriologia e da teoria microbiana das doenças, ao demonstrar que um grande número de doenças era causado por agentes microscópicos, específicos para cada uma delas. O emprego da assepsia nos procedimentos cirúrgicos tem ligações com as descobertas de Pasteur, tal qual se deu, ainda, com os progressos em imunologia, saneamento e higiene.

Ainda no que diz respeito ao desenvolvimento das cirurgias, outra grande conquista daquele período foi o emprego de anestésicos e, posteriormente, dos raios X. Por isso a medicina, além de ampliar as possibilidades de tratamento e de cura das doenças, experimentou a partir daquele período a possibilidade de mobilizar poderosos argumentos em favor de sua atuação sobre o corpo social.

Essas transformações no conhecimento tornaram mais complexa a percepção do social, que com a introdução dos micróbios na sociedade, não podia mais ser entendido tão simplesmente pelas relações entre ricos e pobres, capitalistas e proletários. Os diferentes grupos distribuídos pela sociedade passaram a ser, desde então, os saudáveis, os doentes, os imunizados, os vacinados, aos quais se acrescentavam seres microscópicos, não mais restritos às lâminas de microscópios.

Outra importante consequência dessas transformações: o *status* dos sanitaristas se alterou. Se até então poucos davam atenção aos seus conselhos e sugestões, gradativamente essa situação tendeu a se modificar.

Inserindo-se pouco a pouco nesse espírito, a medicina que se afirmou no Brasil, sobretudo ao final do século XIX e início do XX, tendeu a perceber a si própria como capaz de cuidar dos corpos enfermos e, ao mesmo tempo, como a mais habilitada para compreender a origem e combater os males sociais. Assim procedendo, esses médicos, na mesma medida em que dirigiam seu olhar para os corpos dos indivíduos, pregavam que seu trabalho destinava-se não menos ao fortalecimento da Nação. Uma jovem Nação, no caso brasileiro, que somente se faria forte sob a orientação e o controle médico. Uma Nação que, para romper com o seu passado colonial e escravocrata - para aqueles médicos, sinônimo de 'atraso' -, somente poderia se modernizar se orientada pelos seus saberes.

Isso porque, dirigindo suas atenções para centros urbanos tais como o Distrito Federal e São Paulo, que experimentaram um acelerado crescimento urbano e populacional na virada do século XIX para o XX, observavam a propagação intensa da miséria, da marginalidade, da promiscuidade, das aglomerações, da falta de saneamento, das doenças endêmicas e epidêmicas. E estas eram associadas à ignorância e à degeneração humana.

Ainda conforme a percepção médica, a falta de higiene não estaria restrita às classes populares.<sup>40</sup> Apesar disso, o principal alvo desses médicos e higienistas era constituído pelas classes pobres, numa percepção Romero (2002, p. 72) resume da seguinte forma:

A população não seria doente porque era miserável. Pelo contrário, a miséria do povo é que seria fruto tanto da doença, da escravização do homem ao verme, quanto da ignorância, plasma dos males que empobreciam a terra e enfraqueciam o povo, fazendo-o mergulhar na incapacidade.

Mais adiante, acrescenta Romero (2002, p. 73)<sup>41</sup>: “essa forma de ver, de um lado, justificava a política higiênica intervencionista praticada por meio do ‘despotismo esclarecido’ da Saúde Pública e, de outro, corroborava um sentimento de desprezo pelo povo, definido como canalha, horda, turba”..

Essa percepção tendeu a se acentuar uma vez que, enquanto parcelas da sociedade, em especial os membros do campo médico, esforçavam-se por ‘modernizar’ o país – obviamente à sua maneira -, outras parcelas prosseguiriam orientando suas vidas segundo códigos de valores, saberes e práticas característicos dos tempos coloniais.

Concorrendo durante alguns séculos, em evidente desvantagem, com os mais diversificados terapeutas populares, aos quais insistiam em desqualificar, era como se os médicos agora se vingassem. Na virada do século XIX para o XX alcançaram reconhecimento, credibilidade, um *status* perfeitamente distinto dos terapeutas populares, além de poder e projeção social.

A associação da medicina com a ciência – com o conseqüente afastamento da dimensão religiosa –, o avanço nos métodos terapêuticos e dos métodos preventivos, emprestavam-lhes um poder até então jamais desfrutado. Era muito fácil perceber-se então como uma elite destinada a, mais que conduzir, proteger a população de si, de seus vícios, doenças, maus hábitos, ignorância...

Hegemonia essa que foi acompanhada por uma postura autoritária assumida por agentes que se viam como pertencentes a uma elite incumbida de, trabalhando para salvar a população de sua própria ignorância e doenças, levar o país à civilização e ao progresso. Ao menos eram tais as suas pretensões.

*Novos perfis médicos e os propósitos eugenistas*

Outro aspecto relevante nas transformações então ocorridas na medicina referem-se ao processo de fragmentação experimentado não apenas com o surgimento das novas especialidades médicas, mas também a fragmentação do corpo do paciente, enquanto objeto de conhecimento, que acompanhou aquele processo.

Inserido naquele contexto, na condição de um incansável defensor da causa eugênica, Kehl assim distinguia os perfis médicos – a citação é longa, mas digna de nota, porque muito ilustrativa das transformações e ambições que caracterizavam o campo médico naquele período:

Ao médico sociólogo compete ‘sintetizar e vulgarizar os resultados científicos e práticos das diversas doutrinas biológicas e sociais, informando os costumes e leis dos povos e governos, com o fim de tutelar suficientemente a vida física, moral e econômica das nações, mediante a diminuição da morbidez e mortalidade humanas, a prolongação média da vida da classe pobre e a melhoria da espécie’.

Ao médico higienista cabe o ‘estudo das relações sanitárias do homem com o mundo exterior e os meios de fazer contribuir estas relações para a viabilidade do indivíduo e da espécie’. Pertence-lhe a missão nobilitante de tornar o meio favorável aos seus semelhantes, estabelecendo regras no sentido de conciliar as exigências orgânico-individuais com as contingências mesológicas.

Ao médico clínico reserva-se o árduo dever de lutar contra os infortúnios, contra as doenças, socorrendo os enfermos, levando-lhe ânimo, a consolação, o lenitivo, o remédio, que trará a cura ou pelo menos o alívio para os sofrimentos: é o mensageiro da saúde, da paz, da misericórdia e da alegria nos lares.

Ao médico experimentalista cabe a função transcendente de investigar as incógnitas que encerram os problemas da vida e da morte. São esses incansáveis pesquisadores, cujas horas e dias transcorrem no silêncio afanoso do estudo e da meditação, que nos revelam as causas dos males e os meios de os sanar e evitar.

Finalmente, ao médico eugenista compete uma ingente tarefa: lutar pelo aperfeiçoamento integral da espécie humana, harmonizando, conjugando, intensificando os esforços do médico sociólogo, do higienista, do experimentalista, do clínico, erigindo, sob uma mesma cúpula sagrada, todos os dogmas da ciência, que constituem o templo da religião de Galton.

[...] Por tudo que dissemos, concluímos ser dever de todo médico tornar-se eugenista, esforçando-se para propagar o

ensino dessa magna disciplina, obrigatória nas escolas de medicina, em todas as escolas, elevando cada vez mais alto o ideal da regeneração humana.<sup>42</sup>

Conforme se pode observar, iniciado o século XX os recursos, as ambições, a desenvoltura e a auto-confiança médicas haviam se ampliado a ponto de se julgarem em condições de controlar os destinos da raça humana. Renato Kehl captou e sintetizou com aquelas palavras algo assim como a sua profissão de fé. Mas ela foi assumida por muitos dos seus pares-concorrentes do campo médico brasileiro.

A força das palavras de Renato Kehl é evidenciada na trajetória de diversos médicos contemporâneos seus, permanecendo presente e capaz de inspirar e nortear concepções sobre o homem e a sociedade no correr das décadas seguintes. Especialmente quando Kehl detalhou a que vinham os eugenistas, afirmando consistirem “os propósitos do eugenista em impedir a aquisição de qualidades más, que concorrem para a degeneração da espécie e, ao contrário, em favorecer a multiplicação dos caracteres biológicos de aperfeiçoamento”.<sup>43</sup>

Na sua fala, Renato Kehl fez alusão a Francis Galton, naturalista inglês segundo o qual, a partir do momento em que a civilização e, em particular, a medicina, tornavam possível o abrandamento do rigor das leis de seleção natural – a ‘lei do mais forte’ -, possibilitavam ao mesmo tempo a sobrevivência de seres humanos menos aptos. E assim contribuiriam para a degeneração da espécie humana, permitindo que mesmo os menos aptos se reproduzissem, legando seus caracteres à sua prole. Caberia agora à medicina levar adiante o empreendimento eugênico, destinado a reverter aquela situação. Somente assim, sempre no seu entendimento, se abriria o caminho rumo à civilização sem o risco da degeneração racial, da doença, da miséria, da criminalidade.<sup>44</sup>

Conforme conclui Schwarcz, em relação ao propósito eugenista de regenerar a raça humana, “tratava-se de mais uma modalidade de controle, sendo que, neste caso, estava em questão a possibilidade de prever a futura geração do país e de eliminar a descendência não desejável”.<sup>45</sup>

Regenerar, contudo, podia significar coisas muito diferentes. Segundo alguns, isso ocorreria mediante o ‘branqueamento’, ou seja, através do incentivo a entrada de imigrantes brancos europeus cujo sangue, ao misturar-se ao dos brasileiros, iria impor progressivamente suas características supostamente superiores, eliminando o amulatamento então reinante no Brasil. Outros, defensores de mais uma versão à brasileira, acreditavam que bastaria melhorar as condições de vida, saúde e higiene da população para garantir o futuro de gerações sadias e produtivas.<sup>46</sup>

Controvérsias à parte, o certo é que a utopia eugênica tendeu a cair em descrédito após o final da Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Contudo, não se pode afirmar que a defesa de sua causa tenha sido superada totalmente a

partir de então, pois é possível encontrar resquícios de suas prédicas no correr de todo o século XX.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se falou sobre as doenças no período analisado. E elas eram muitas: da varíola, ou bexigas, à hanseníase, passando pela malária, tuberculose, ou tísica, febre amarela, entre tantas outras. Na forma endêmica ou como epidemias, atormentaram continuamente a população brasileira e mantiveram ocupados os diversos agentes a serviço da cura.

Retornando aos tempos coloniais, observa-se que, para os jesuítas, exercer a medicina entre os indígenas significou ter que assumir o papel de pajé. Fazer-se médico, ou melhor, físico, naquele período significava voltar-se precariamente para a prática curativa individual, em meio à luta contra a escassez de recursos terapêuticos somada ao desconhecimento da etiologia das doenças e ao conseqüente descrédito que lhe era devotado. Resultado dessas vicissitudes era a competição desigual com inúmeros outros agentes da cura, acrescida de uma condição de reduzido prestígio social.

Situação que começaria a se modificar de forma mais evidente somente no correr do século XIX. Então, tornar-se médico passou a significar empreender acirrada luta contra os ‘charlatões’, seus concorrentes, passando ainda a, gradativamente, orientar o olhar não apenas para os corpos de indivíduos enfermos. Também o corpo social passou a ganhar importância crescente e constituir objeto da atenção e da intervenção médica.

Poucos anos decorridos, ao iniciar-se o século XX, a luta pela hegemonia ainda prosseguia, agora com novas nuances. Além dos charlatões, tem-se a luta entre as diferentes especialidades surgidas na virada do século. Observa-se ainda um novo e importante fator que se impunha, muito bem captado por Renato Kehl, que o apresentava como uma bandeira: fazer-se médico, em especial se tratava-se de se tornar também homem de ciência, passava a significar dar respostas ao problema da eugenia.

Se hoje reclamamos pelo direito ao tratamento médico, nos tempos da Colônia e Império este era quase que uma exceção, mas nem por isso tal situação parecia incomodar amplas parcelas da população.

De uma condição de desprestígio social e escassez de recursos terapêuticos, que caracterizou o período colonial e o Império, no início do século XX os médicos ascenderam a uma posição de grande poder e prestígio, a ponto de assumirem com legitimidade o nada modesto projeto de regeneração do homem.

Essa vitória dos médicos ligados à academia não anulou, contudo, a sobrevivência e a continuidade das terapêuticas e dos terapeutas populares e, não

menos, das práticas de cura não ligadas aos paradigmas médicos do mundo ocidental. Assim, no correr de todo o século XX e avançando mesmo o XXI, xamãs, curandeiros, benzedeadas e parteiras prosseguem em atividade. Mesmo com a pecha do charlatanismo pesando sobre seus conhecimentos e suas práticas de cura.

---

### NOTAS:

<sup>2</sup> SAYD, Jane Dutra. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998, p. 67, 165.

<sup>3</sup> STANCIK, Marco A. "Associação Médica de Ponta Grossa: medicina, processo saúde-doença e sociedade (1951-1977)". In: CHAVES, Niltonci B.; STANCIK, Marco A.; CESTARO, Orlando A. *Medicina em Ponta Grossa: histórias da Associação Médica (1951-1977)*. Ponta Grossa: UEPG, 2007, p. 32.

<sup>4</sup> PEIXOTO, Afrânio. "Discurso de paranympho aos doutorandos de 1919 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro". In: \_\_\_\_\_. *Brazil-Médico*. Rio de Janeiro, 1920. v. 34, n. 2, p. 18-19.

<sup>5</sup> Essa projeção social é enfatizada por Betânia Figueiredo, *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

<sup>6</sup> SAYD, Jane Dutra. *Mediar, medicar, remediar*, cit., p. 147.

<sup>7</sup> SANTOS FILHO, Lycurgo de C. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/USP, 1991, 2 vol.; \_\_\_\_\_. "Medicina colonial". In: HOLANDA, Sérgio B. de (Org.). *História geral da civilização brasileira: a época colonial*. t. 1, v. 2, 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1993, p. 145-160; \_\_\_\_\_. "A medicina no Brasil". In: FERRI, M. G.; MOTOYAMA, S. (Coord.). *História das ciências no Brasil*. v. 1. São Paulo: EPU/USP, 1979.

<sup>8</sup> Sobre boticários e boticas, consultar, para o período colonial, ver SILVA, Maria Beatriz N. da. (Org.). *Dicionário da história da colonização portuguesa no Brasil*. Lisboa/São Paulo: Verbo, 1994, pp. 110-112). Sobre o mesmo tema, mas no século XIX, ver FIGUEIREDO, Betânia G. *A arte de curar*, cit., p. 189-210.

<sup>9</sup> SOARES, Marcio de S. "Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 407-438, jul./ago. 2001.

<sup>10</sup> Idem. *Ibidem*, p. 424.

<sup>11</sup> Idem, *Ibidem*, pp. 424-425.

<sup>12</sup> MARQUES, Vera Regina B. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas: Unicamp, 1994, p. 66.

<sup>13</sup> Cf. CHALHOUB et al., *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003, p. 244.

<sup>14</sup> Cf. PEREIRA, Renato Barbosa R. "Xamanismo: o 'caso Ruschi' reavaliado". In: *Ciência Hoje*. São Paulo, 1989. v. 9, n. 50, p. 40-47.

<sup>15</sup> Cf. SOARES, Marcio de S. "Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 407-438, jul./ago. 2001.

<sup>16</sup> Sobre a transformação do hospital de um 'morredouro' para um hospital medicalizado, consultar *O nascimento do hospital* In FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. Para o caso brasileiro, ver: SANGLARD, Gisele. "A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização". *Esboços*, Florianópolis, v. 16, p. 11-33, 2006..

<sup>17</sup> Cf. SOARES, Marcio de S. "Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial cit. p. 426.

<sup>18</sup> Cf. ROMERO, Mariza. *Medicalização da saúde e exclusão social*. Bauru: Edusc, 2002, p. 29.

<sup>19</sup> *Apud* LE GOFF, Jacques, et al. *As doenças têm história*. 2. ed. Lisboa: Terramar, 1997.



<sup>20</sup> Cf. SOARES, Marcio de S. "Cirurgiões negros: saberes africanos sobre o corpo e as doenças nas ruas do Rio de Janeiro durante a primeira metade do século XIX". *Revista de História*, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 43-58, 2002.

<sup>21</sup> Cf. GORDON, Richard. *A assustadora história da medicina*. 2. ed. São Paulo: Ediouro, 2002, p. 295.

<sup>22</sup> Idem.

<sup>23</sup> Cf. CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Formulário e guia médico*. 16. ed. Paris: Livraria de R. Roger e F. Chernoviz, 1897, p. 996. Sobre Chernoviz e suas obras, consultar GUIMARÃES, Maria Regina C. *Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império*. 2003. 104 f.. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

<sup>24</sup> Cf. FIGUEIREDO, Betânia FG. *A arte de curar*, cit. Em Ponta Grossa, o médico Dino Fecci Colli relatou que realizava sangrias ainda no correr da segunda metade do século XX (Cf. MELLO NETO, Antero M. de. *Histórias da medicina em Ponta Grossa: lembranças do cotidiano médico*. Ponta Grossa: Planeta, 1995, p. 37).

<sup>25</sup> Embora haja notícias de emprego de substâncias anestésicas entre os egípcios da Antiguidade e de que médicos da escola hipocrática tenham empregado o ópio e outras substâncias com a mesma finalidade, é somente na segunda metade do século XIX que o óxido nitroso (gás hilariante), o éter e o clorofórmio passaram a ser empregados nas intervenções cirúrgicas.

<sup>26</sup> Os primeiros recenseamentos realizados no Brasil, em 1872 e 1890, acusaram uma taxa de analfabetismo acima dos 82%.

<sup>27</sup> Na segunda metade do século XIX, duas obras, o *Dicionário* e o *Guia médico*, escritos pelo médico polonês Chernoviz, surgiram como uma nova forma de transmissão de saberes de cura, pela via escrita. Não foram os primeiros manuais, é bem verdade, mas foram, muito provavelmente, os mais populares, seja pelo número de edições que tiveram, seja pelas muitas referências a ambos. Quanto a essa grande difusão, tendo em vista o percentual de analfabetismo, pode-se supor que muitos de seus ensinamentos, embora adquiridos pela leitura, eram retransmitidos através da forma oral.

<sup>28</sup> Cf. SPIX, Johann. B. V.; MARTIUS, Carl. F. P. V. *Viagem pelo Brasil (1817-1820)*. 3 v. São Paulo: Melhoramentos, 1976, p. 164.

<sup>29</sup> Cf. Soares, Marcio de S. "Médicos e mezinheiros na corte Imperial: uma herança colonial", cit. p. 425.

<sup>30</sup> FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

<sup>31</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*, cit.

<sup>32</sup> Foucault detalha três momentos desse processo: 1) a medicina de Estado alemã consistiu num misto de polícia e política, um complexo sistema de observação e controle da morbidade e de normalização das práticas e do saber médicos. Essa prática médica foi subordinada e colocada a serviço do Estado, inserindo-se o médico na hierarquia da estrutura estatal e dele fazendo um administrador de saúde, com o olhar voltado para a coletividade; 2) a medicina urbana francesa, uma medicina das coisas, do meio, preocupada com a circulação e com os amontoamentos das coisas nos espaços urbanos, fazendo o controle da água e do ar; 3) a medicina da força de trabalho inglesa, que passa a perceber os pobres como perigosos e se organiza na forma de controle exercido sobre os corpos dos pobres, assistencialista e autoritária. Cf. FOUCAULT, Michel. *Op. cit.* pp. 79-98,

<sup>33</sup> Com essa descrição operada em linhas gerais não se pretende, em hipótese alguma, propor que tais transformações ocorreram e foram aceitas de forma harmônica, livre de conflitos, nem que tenha se verificado de forma similar e simultânea no mundo ocidental, nem mesmo na Europa. Elas comportaram gradações, avanços e recuos, rejeições e resistências que não cabe aqui analisar.

<sup>34</sup> Diante da invasão das fronteiras de Portugal em 1807 pelas tropas napoleônicas comandadas por Junot, o príncipe português Dom João, acompanhado de toda a sua Corte, fugiu para o Brasil. Instalada a Corte no Rio de Janeiro, teve lugar uma renovação no plano cultural, bem como uma sofisticação nos hábitos de consumo. Começou a desenvolver-se a imprensa, com a pioneira *Gazeta do Rio de Janeiro*, foi fundada a Biblioteca Nacional, foram criadas as Escolas Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e de Salvador.

<sup>35</sup> Antes da Físicatura-Mor e com funções similares a ela, funcionava a Junta do Proto-Medicato, criada no ano de 1782.

<sup>36</sup> Cf. SOARES, Marcio de S. "Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial", cit. p. 415.

<sup>37</sup> Cf. MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 253.

<sup>38</sup> Conforme Pimenta, foram eles o *Propagador das Ciências Médicas* (1827-1828), o *Semanário de Saúde Pública* (1831-1833), o *Diário de Saúde* (1835-1836), a *Revista Médica Fluminense* (1835-1841), a *Revista Médica Brasileira* (1841-1843). Cf. PIMENTA, Tânia S. "Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX". *Cadernos Cedex*, Campinas, v. 23, n. 59, p. 91-102, abr. 2003, p. 97.

<sup>39</sup> "Esta modificação é importante", propõe Sayd, "porque, ao acreditar ser possível extinguir todas as doenças através do seu combate etiológico, antes que atinjam o homem, a mesma ciência passa a prescindir inteiramente da terapêutica e, assim, de uma concepção de ser humano ou de sofrimento e saúde. A exteriorização da doença em relação ao doente atinge um auge. Consuma-se, com a idéia do fim da terapêutica, um afastamento entre a ciência médica e as relações humanas, já que a relação humana própria à medicina é a relação terapêutica". Cf. SAYD, Jane Dutra. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998, p. 146.

<sup>40</sup> Era o caso do eugenista Renato Kehl, o qual afirmou em meados da década de 1920 que a sarna, doença relacionada à falta de higiene, verificava-se mesmo entre membros das classes mais abastadas. Acrescentou, além do mais, que "o costume de escarrar no chão é de tal forma arraigado e generalizado que não raro pessoas de posição social, mesmo senhoras, incorrem nesta grave irreverência ao código de boas maneiras". Cf. KEHL, Renato. "Fatores degenerativos da espécie". In: KEHL, Renato. *Diário de Medicina*. Rio de Janeiro, 1926. v. 3, n. 424, p. 103, 408.

<sup>41</sup> Para um breve e esclarecedor estudo a respeito, consultar SOUZA PATTO, Maria H. "Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres". *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 167-198, jan./abr. 1999. Ver ainda CARVALHO, José M. de. *Os bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi*. 3. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1997.

<sup>42</sup> KEHL, Renato. "O médico e o culto da raça". In: \_\_\_\_\_. *Brazil Medico*. Rio de Janeiro, 1923. v. 1, ano 37, n. 3, p. 35-36.

<sup>43</sup> Idem, *Ibidem*, p. 36.

<sup>44</sup> STANCIK, Marco A.. "Entre a defesa e a regeneração: alternativas e opções para o aprimoramento da raça na década de 1920". *Publicatio UEPG*, Ponta Grossa, v. 11, n. 2, p. 21-36, dez. 2003. Também disponível em: [http://www.uepg.br/prosp/publicatio/hum/2003\\_2/02.pdf](http://www.uepg.br/prosp/publicatio/hum/2003_2/02.pdf).

<sup>45</sup> SCHWARCZ, Lília M. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993, p. 236.

<sup>46</sup> STANCIK, Marco A.. "Entre a defesa e a regeneração: alternativas e opções para o aprimoramento da raça na década de 1920", cit.