

Corpo, população e moralidade na história da medicina

Sandra Caponi

Departamento de Saúde Pública - UFSC

No dia 3 de março de 2002 morria na Inglaterra Roy Porter. Esse historiador da medicina havia aberto as portas para um novo modo de pensar os vínculos entre o corpo, o saber médico e as ciências sociais. Havia conseguido articular com maestria diversos discursos sobre o corpo, em que se confrontavam e se solidarizavam abordagens tão distintas como a antropologia e a microbiologia. Porter¹ nos havia ensinado a escutar a voz dos pacientes, como fazendo parte da história do saber médico, integrando aos documentos tradicionais do historiador e do historiador da ciência, novos elementos significativos, tais como prontuários, histórias clínicas, fichas de hospital, escritos autobiográficos e cartas de doentes psiquiátricos.

Se entendemos como os pacientes perceberam a medicina e a doença no passado, podemos ter mais simpatia e compreensão pelo sofrimento das pessoas que atualmente estão doentes. A arte, a literatura, a moral, as relações sociais, as expectativas de futuro evoluíram à luz da experiência da doença e da morte².

É assim que Porter explica seu interesse em traçar uma história da medicina *desde baixo*. Seguindo uma tradição historiográfica iniciada por E.P. Thompson, ele tratava de observar em detalhes como são construídas certas estruturas sociais - no caso de Thompson, as classes sociais e no caso de Porter, a medicina -, detia-se em analisar como se confrontaram os diferentes agentes dessa história, como foram se articulando discursos e práticas populares e científicas.

O corpo adquire então um novo significado, deixa de ser somente objeto de atenção médico-científica, “não é somente um ente biológico. É semiótico. É um sistema de sinais e significados. É uma linguagem por si próprio. Porém, o corpo é, além disso, o mediador entre a intimidade das pessoas e a sociedade em geral”³. É por esta razão que Porter insiste em afirmar uma tese que para muitos historiadores pode ser pensada como uma heresia: para ele “a história em geral, sem um entendimento da medicina, se empobrece e a história da medicina, sem a compreensão da sociedade, também se empobrece”⁴.

Em diferentes momentos, Porter discute e analisa certas teses de Foucault, relativas ao saber médico, ao corpo e à sociedade⁵. São numerosos os autores que têm criticado um certo reducionismo foucaultiano, que tende a apresentar o discurso da medicina exclusivamente como uma forma de controle social.

Parece-me que a ênfase na universalidade do discurso, ou a apresentação do discurso ditando a realidade, e as pessoas limitando-se a cumprir estas ordens, restringe a capacidade dos indivíduos a um nível que me parece reducionista e pouco saudável⁶.

Se nossa intenção fosse aqui defender Foucault, poderíamos dizer, uma vez mais, que para esse autor, onde há poder há resistência, e que o poder deve ser, seguindo uma precaução metodológica infinitas vezes enunciada, analisado em sua capilaridade, *de baixo para cima*.

Mas o certo é que Foucault dedicou-se pouco ou nada a esse discurso cotidiano, que enfrenta, opõe-se ou alia-se às demandas do saber médico. Podemos excetuar uma análise marginal dedicada à

apresentação de um texto autobiográfico, *Herculín Barbin, chamada Alexina B.*⁷, que narra os sofrimentos de um hermafrodita a quem a fé cristã e o saber médico conduziram ao suicídio. Esse texto, centrado nas perplexidades suscitadas por um corpo ambíguo, um corpo com dois sexos, um corpo do qual se exige a exposição e a definição de uma sexualidade “verdadeira”, refere-se, ao mesmo tempo, ao discurso jurídico e ao saber médico dos fins do século XIX. Se deixarmos de lado a apresentação dessa autobiografia, veremos que são escassos os textos foucaultianos preocupados em compreender os discursos que nos falam dessas resistências tão decantadas.

Foucault não nos disse nada sobre a percepção dos doentes e pouco disse sobre o saber popular ou sobre as figuras dos charlatões e curandeiros, como o faz Jacques Leonnard, em *Médecins, Maladies et Société*⁸. Nada sobre as resistências operárias às regras higiênicas que eram impostas com força policial, que pretendiam mudar os hábitos, as moradias, as condições de existência e, por fim, o corpo dessas classes trabalhadoras consideradas classes perigosas, durante a última metade do século XIX. Nada menciona sobre as redes de saber que circulavam entre as classes populares, fosse por se tratar de discursos enfrentados nas imposições higiênicas, ou sobre os modos como esses discursos higiênicos passaram a ser aceitos e integrados entre as classes pobres. Em outro estudo⁹ exploramos as respostas que os jornais operários anarquistas deram a essas imposições médicas: indicações relativas ao cuidado do corpo e da sexualidade femininas, propostas das mulheres anarquistas de divulgar o uso e a utilidade dos preservativos femininos, medidas populares de cuidado com as doenças do trabalho, tais como as deformações dos ferreiros, os problemas pulmonares dos trabalhadores da indústria do vidro, etc.

Do mesmo modo Foucault nada disse sobre as resistências e controvérsias ocorridas no momento em que o saber médico deslocava-se das regiões metropolitanas para as colônias de ultramar. Este momento pouco analisado da história da medicina evidencia a confrontação entre uma medicina ocidental, centrada no laboratório e em exigências metodológicas precisas, e as medicinas tradicionais da África e da Ásia. É difícil imaginar uma aceitação passiva e

sem conflitos desse novo saber que chegava pela mão dos médicos militares, é difícil imaginar que não tenha havido ali resistências claras e pontuais.

É claro que compreender esses discursos, confrontá-los e situá-los no interior da complexa rede que é o saber médico, exige de nós um conhecimento exaustivo e cuidadoso da história da medicina hegemônica: uma avaliação de suas conquistas e fracassos, de seus avanços e retrocessos, das controvérsias científicas suscitadas historicamente, dos diferentes modos de pensar o corpo e a saúde, sem reduzir essa diversidade de feitos e discurso a um capítulo a mais na história dos controles sociais¹⁰.

Negar-se em aceitar essa associação linear entre conhecimentos sobre o corpo e controle social não significa voltar à história clássica da medicina. A história da ciência em geral e a história da medicina em particular não podem ser pensadas como um relato linear de progressos e conquistas científicas que julgamos, retrospectivamente, a partir da verdade atual. Pelo contrário, a história da ciência

[...] é um esforço para investigar e tentar compreender em que medida as noções, as atitudes ou os métodos superados constituíram, em sua época, um progresso e, em conseqüência, em que medida o passado superado permanece como sendo o passado de uma atividade que deve ser chamada de científica. Compreender o que emerge em um momento é tão importante quanto compreender as razões de sua destruição¹¹.

Se levarmos em conta que a história da medicina nos convida a

[...] captar não somente a forma mediante a qual se utiliza o saber científico, mas também o modo em que são delimitados os âmbitos que este saber científico domina, assim como o processo de formação de seus objetos de conhecimento e o ritmo de criação de seus conceitos¹²

acreditamos que é possível descobrir que a história dos conhecimentos relativos ao corpo dos indivíduos e à saúde das populações

constitui um âmbito privilegiado para captar, não somente o modo como são produzidos, transformados e difundidos novos conceitos e novos enunciados, como também as estratégias políticas de intervenção e regulamentação dos mesmos.

Assim, tentaremos voltar, à maneira de Porter, isto é, a partir de uma perspectiva crítica, a esses textos de Foucault que possam contribuir para uma história política do saber médico. Neste caso, deteremo-nos em explorar o conceito de bio-poder, em analisar a partir de alguns poucos exemplos históricos essa mecânica de saber e de intervenção sobre o corpo dos indivíduos e das populações. Mesmo sabendo que pode ser inútil e inconseqüente reduzir a história da medicina à história dos controles sociais, é preciso lembrar alguns momentos históricos pontuais em que o saber médico e as políticas impositivas reforçaram-se mutuamente, atuaram solidariamente de tal modo que uma acabou legitimando e consolidando a outra.

Para compreender tais argumentos, é indispensável falar de um poder sobre a vida que excede um grupo determinado de indivíduos, que circula atravessando o corpo e os desejos das diversas classes e grupos sociais. Esse poder relativo à vida possibilita a construção de um sujeito saudável e apto para o trabalho, um sujeito que já não se define tanto por seus direitos, em relação a um soberano todo poderoso, capaz de decidir se ele merece viver ou morrer, mas sim em função de uma nova administração dos corpos e de uma nova “gestão calculada da vida”. A partir do fim do século XVIII, iniciou-se essa nova estratégia de poder preocupada com os mecanismos que podem contribuir para melhor modelar o corpo e melhor controlar e conhecer os fenômenos populacionais. Esse foi o momento no qual se iniciam e multiplicam os estudos estatísticos sobre demografia, taxas diferenciais de mortalidade, registros de nascimento e doenças, distribuição e concentração de epidemias, etc.

Então, e pela primeira vez na história, o biólogo ingressa no registro da política: a vida passa a entrar no espaço do controle de saber e da intervenção do poder. O sujeito como sujeito de direitos passa a ocupar um segundo plano, deixando seu espaço para o homem como um elemento a mais na escala dos seres vivos. “Deveríamos falar de bio-política para designar o que faz com que a

vida e seus mecanismos possa entrar no domínio de cálculos explícitos, e o que transforma o saber-poder num agente de transformação da vida humana”¹³.

Podemos dizer, então, que o corpo e a saúde ingressam no registro do saber e das intervenções políticas em dois momentos diferentes e privilegiados:

- no início do século XIX, com a emergência da clínica e a reorganização do hospital, por um lado, e por outro, com os estudos estatísticos dos higienistas relativos ao controle das epidemias;

- no fim do século XIX, essa direção será aprofundada com a medicina experimental de Claude Bernard, por um lado, e com a nova direção que adotara o controle das epidemias, a partir das descobertas microbiológicas de Pasteur e Kock, por outro.

Ainda que para Michel Foucault a emergência do bio-poder seja mais abrangente, referindo-se aos controles migratórios, aos estudos demográficos, aos quadros da riqueza, etc., nós pretendemos analisar aqui dois eixos que definem esse poder sobre a vida, na medida em que se vinculam especificamente com o corpo e a saúde.

Outra consequência do bio-poder é a importância crescente da norma sobre a lei. A idéia de que é preciso definir e redefinir o normal, em contraposição a aquilo que se lhe opõe: o patológico e o monstruoso. Essa redefinição possibilita a aparição de um novo grupo de sujeitos, os ditos *anormais*, que pouco a pouco são incorporados a uma nova categoria de análises: a degeneração. Tanto no psiquiátrico quanto em outros âmbitos, prisão ou escola, perseguia-se o mesmo objetivo: normalizar as fora da norma, construir sujeitos docilizados e fisicamente maximizados, fortes e sem doenças, capazes de reproduzir e de garantir a perpetuidade de uma espécie livre de patologias e desvios de comportamento. Garantir uma humanidade saudável permitia e até exigia que fossem realizadas observações, estudos e experimentações. Certamente os alvos privilegiados de tais intervenções não serão outros que os fora da norma: indigentes, presidiários, doentes, loucos, etc. Todos aqueles sujeitos que passam a formar a parte que hoje chamamos de populações vulneráveis.

Assim, propomo-nos a resgatar a distinção foucaultiana entre uma preocupação referente ao corpo dos indivíduos e outra refe-

rente às populações entendidas como corpo-espécie, a partir da análise de certos exemplos concretos da história da medicina que consideramos relevantes.

I) A anátomo-política do corpo será analisada a partir do nascimento da clínica e do hospital medicalizado, observando ao mesmo tempo a emergência de um novo espaço de saber e a criação de um novo espaço institucional que possibilita o estudo, o registro e a comparação de corpos doentes.

II) A biopolítica da população: será analisada a partir de dois eixos bem diferenciados; (a) a passagem das explicações “aeristas” da higiene clássica à microbiologia, e sua vinculação com as intervenções políticas sobre as moradias populares (de 1846 a 1890);

(b) A passagem de uma preocupação com as epidemias cosmopolitas à obsessão pelas doenças tropicais (1890-1914). O nascimento de um novo saber (a medicina tropical) e de novas estratégias sanitárias referentes às colônias.

Biopolítica da população e controle das epidemias

A biopolítica da população está diretamente vinculada aos estudos estatísticos referentes à natalidade e à mortalidade, às doenças mais recorrentes, às epidemias, aos estudos demográficos e às estratégias de reorganização urbana. Deteremo-nos aqui no estudo e controle das epidemias, mais especificamente analisaremos essa reorganização do saber que tomará como objeto o corpo e a saúde das populações em seu conjunto. Já não se trata de maximizar as forças dos indivíduos como corpos isolados, mas sim de intervir no espaço no qual eles se encontram, de olhar esses corpos como parte de um conjunto que tem uma lógica própria. Um conjunto sujeito a riscos compartilhados por todos e derivados dos aglomerados urbanos. Dentre esses riscos, o maior parece estar representado pelas doenças endêmicas e epidêmicas, como tuberculose, cólera, sífilis ou alcoolismo.

Essas doenças cosmopolitas concentraram todas as preocupações dos médicos e higienistas europeus das primeiras décadas do século XIX. O modo de compreender as epidemias, assim como o modo de enfrentá-las sofrerá significativas alterações entre o dis-

curso dos primeiros higienistas, como Villermé e seu estudo de 1846 sobre a criança trabalhadora da indústria de algodão, e o discurso da microbiologia que, a partir dos anos 1880 influenciará fortemente o saber médico relativo às epidemias e à saúde das populações. Pretendemos analisar aqui a passagem de uma percepção da doença diretamente vinculada a miasmas e condutas insalubres, para outra vinculada com os estudos de laboratório preocupados em identificar e isolar os micróbios causadores das doenças e sua relação com o estilo e o modo de vida das classes populares.

O que está em jogo aqui é “o corpo espécie”: um elemento dentro da mecânica geral dos seres vivos que serve de suporte aos processos biológicos de nascimento, mortalidade, saúde, epidemias. O corpo individual importa só na medida em que ilustra os processos que podem acontecer no nível populacional, na medida em que pode indicar o modo de agir, de adoecer e de responder aos estímulos aos quais está submetido o conjunto da população.

Os controles sanitários relativos à moradia popular, chamada de “tugúrio” ou “cortiço”, bem como a emergência de seu correlato (o visitante), mostram que é possível falar de complementaridade entre as diferentes estratégias sanitárias adotadas pelos higienistas clássicos e pelo “novo higienismo”, herdeiro da chamada “Revolução Pasteuriana”¹⁴. A partir dos estudos de Villermé sobre as condições de vida dos operários da indústria algodoeira, até a reforma de Haussmann, que transformou a urbanização de Paris, um mesmo tema se repete: a necessidade de excluir, para as zonas rurais (Villermé) ou para a *banlieue* (Haussmann), as classes populares, identificadas com o perigo moral, no primeiro caso, com o perigo político no segundo, e com o perigo médico em ambos.

Para a higiene clássica, cada homem, e conseqüentemente cada sociedade, devia ser pensado com relação ao meio, ao terreno em que habita, ao modo como circula a água e o ar que transporta miasmas ou gazes nocivos. Era necessário conhecer os efeitos que o clima podia provocar no corpo, nas fibras dos habitantes e também em seu modo de agir, em sua moralidade.

O higienismo clássico parece resultar do encontro entre as teorias químicas posteriores a Lavoisier (1777), centradas na circula-

ção do ar, e a preocupação moral e social com o mundo da pobreza. Por um lado, a química proporcionou conhecimentos inovadores a respeito da respiração, do oxigênio, do “flogisto” e do calórico (elementos que permitem modificar as explicações humorais dos hipocondríacos). Por outro, multiplicaram-se as estratégias para modificar os hábitos e as condutas que são caracterizados como moral ou socialmente indesejáveis. Entre esses dois tipos de discursos existe continuidade pois, segundo entendiam os higienistas da primeira metade do século XIX, para poder imaginar uma profilaxia moral era indispensável vincular condutas e meio físico. Essa vinculação deve ser inscrita no interior de um “solo epistêmico” geral, no qual não é possível ainda falar de um espaço social e um espaço natural diferenciados. William Coleman (1982) soube mostrar que não é simples separar, nos discursos de Villermé e de outros higienistas do século XIX, o que se refere a reformas sociais necessárias e o que se refere a estratégias de poder e de moralização do mundo da pobreza.

Como veremos, a emergência da microbiologia, a assim chamada “Revolução Pasteuriana”, alterará muito pouco a percepção dos médicos e higienistas sobre as classes populares e sobre suas condições de vida. As medidas higiênicas dirigidas às classes pobres continuarão sendo essencialmente as mesmas, e a preocupação com os cortiços e com as chamadas ilhas de insalubridade continuarão praticamente idênticas.

Podemos dizer, então, que a questão da moradia popular “higienizada”, que aparece de modo insistente até o fim dos séculos XIX e início do século XX, parece vir de encontro a, pelo menos, três tipos de discursos :

a) A emergência da microbiologia e sua relação (não necessariamente de oposição) com o higienismo e com as explicações “aeristas”: a reforma urbana das principais capitais da Europa encontra inicialmente uma justificativa nas teorias dos miasmas deletérios que surgiram das aglomerações urbanas e das más condições das habitações populares; pouco a pouco, embora as preocupações continuassem sendo as mesmas, a legitimação das intervenções parecia estar no medo dos micróbios espalhados no ar, crian-

do-se uma verdadeira fobia ao contágio, ao “ar viciado de germes”. Como afirma Bourdelais, no caso concreto de Paris: “A destruição dos bairros insalubres, nos quais vivia a população mais pobre, obrigava-os a se afastarem para outros bairros insalubres, porém na periferia ou no subúrbio”¹⁵. Lembremos que o processo de “haussmanização”, que transformou completa e radicalmente a urbanização de Paris, estava articulado em torno da criação de numerosos e ricos bulevares. “Os mesmos bulevares que transformam a vida urbana, criando espaços públicos, excluem deliberadamente os pobres para fora da nova cidade, fora do olhar dos burgueses”¹⁶. Esse processo não implicava na supressão, nem no desaparecimento, nem na melhoria das condições dos mais pobres, mas simplesmente no “deslocamento”.

b) A generalização da estatística como recurso capaz de pôr em evidência a relação entre as desigualdades sociais e as diferenças na mortalidade da população: pouco a pouco a medicina do meio passou a ocupar-se de uma nova figura: “os deserdados das fábricas”, as classes pobres, que passaram a ser vistas como medicamento perigosas. Proteger a sociedade contra essa ameaça exigia conhecer suas condições de vida e, mais importante ainda, as condições de suas mortes. A estatística aparecia, tanto na Europa como na América Latina, como o melhor instrumento para conhecer essa realidade. O uso de estatísticas e tabelas comparadas de mortalidade entre ricos e pobres possibilitou uma compreensão do estado sanitário das diferentes classes sociais, e evidenciou a necessidade de modificar essas desigualdades. A higiene apoiava-se sobre uma matematização da sociologia empírica. Coletar os fatos, classificar os casos, estabelecer correlações entre variáveis pertinentes, medir a incidência da idade, do sexo, da profissão, do domicílio, da alimentação, era designar uma semiologia da saúde e do mal biológico¹⁷. Esses dados, números e estatísticas permitiram a realização de um certo número de reformas, tais como a legislação que limitava o trabalho infantil ou as leis de saneamento e reforma urbana. Desde o início, a higiene surgiu de um conflito: por um lado, respondia à necessidade de mostrar, de pôr em evidência as iniquidades sociais; por outro, parecia não poder evitar a transformação desses dados

em indicadores de comportamento que deviam ser vigiados e modificados.

c) A preocupação sanitária e jurídica de controlar e moralizar as condutas dos setores menos privilegiados da população, ou melhor dizendo, a persistência da antiga associação entre condições físicas e condições morais. A figura do visitador a domicílio parece ser um elemento-chave para garantir a eficiência das estratégias de assistência-moralização. Todo um exército de visitadores estava encarregado de controlar os desvios, realizando uma vigilância minuciosa, acompanhada de conselhos mais ou menos óbvios e dificilmente aplicáveis. Com a finalidade de evitar que os recursos destinados à caridade fossem desperdiçados, o visitador brasileiro devia cumprir a missão de

[...] ver por si mesmo as condições que levaram ao agravamento ou que determinaram a explosão da doença, e poderá sugerir modificações que operem uma melhoria das condições. Além disso, o visitador poderá descobrir a necessidade imperiosa de um exame cuidadoso para outro membro da família¹⁸.

A questão dos visitadores domiciliares, distribuídos por quadras, era considerada como suporte indispensável para garantir as políticas de redistribuição urbana e de exclusão dos alojamentos insalubres. Eles deviam verificar de perto as condições de salubridade desses alojamentos, dizer quais podiam ser reformados e quais deviam ser destruídos.

Ao falar de moradia popular coletiva, de ilhas de insalubridade e das doenças ou epidemias a elas vinculadas, os discursos miasmáticos e contagionistas parecem poder conviver sem dificuldade. A partir do momento em que o terror aos micróbios se generaliza, quando se difunde o que Dagogne chama de “neurose coletiva da contaminação”, de “fobia dos contatos, dos ares patogênicos e dos meios urbanos infectados”, o discurso microbiológico pode resultar num excelente aliado que permite legitimar e reproduzir tanto os velhos temores e medos associados à moradia popular, como as antigas estratégias operacionais próprias do

higienismo clássico, relativas aos albergues públicos, tugúrios ou “cortiços”.

Os Bio-poderes e a doença tropical

Por fim, a percepção do corpo da perspectiva populacional sofreu, na última década do século XIX e nas duas primeiras décadas do século XX, uma nova alteração diretamente vinculada com a criação de centros de pesquisa europeus nas colônias de ultramar, que pouco a pouco começaram a ser ocupadas por europeus brancos. A colonização deixou nos corpos desses primeiros colonos, marcas de doenças exóticas e desconhecidas, que passaram rapidamente a ser objeto de estudo dos principais institutos metropolitanos e dos médicos militares por ele enviados aos trópicos. Os estudos estatísticos evidenciavam que a morte e a suscetibilidade a doenças dos europeus brancos que pretendiam habitar os trópicos, duplicava as mortes dos habitantes originários dos territórios conquistados.

É conhecido o fato de que as doenças tropicais impediram o estabelecimento de europeus brancos nessas colônias, impulsionando a criação, a partir do estabelecimento do primeiro Instituto Pasteur da Argélia, no ano de 1894, de uma série de Institutos de Ultramar¹⁹.

A missão desses institutos era clara: “exportar” o conhecimento dos laboratórios metropolitanos, fundar laboratórios de bacteriologia nas colônias e criar uma nova geração de bacteriologistas locais²⁰. A primeira evidência que deixará este encontro, mediado por médicos militares, entre a bacteriologia e os trópicos, pode resumir-se nesta afirmação de Dozon: “enquanto esta conjunção tornava-se mais precisa [...], numerosas doenças, particularmente a doença do sono, não se deixavam reduzir aos protocolos experimentais, nem às idéias pasteurianas”²¹. Muitas dessas doenças ofereceram resistência tanto à especificação do agente causal quanto à produção de vacinas e soros, resistências que se mantêm ainda hoje para doenças como a doença de Chagas ou do sono, se considerarmos a falta de vacinas.

Como afirma Michel Morange: “A primeira dificuldade, para os pasteurianos de ultramar, era de ordem cultural: tratava-se de

compreender que os métodos aplicados na França não eram adequados para serem aplicados em outros países”²². Parece que os trópicos só tinham a aprender (técnicas, procedimentos, protocolos) e tinham pouco ou nada a ensinar.

Grande parte dos historiadores da medicina associa a emergência da medicina tropical, em 1898, com a criação da escola inglesa de medicina tropical, por Patrick Manson. Porém, a preocupação com as doenças dos climas quentes não era nova. David Arnold²³, ao analisar a emergência da medicina tropical mostra de que modo continua e de que modo se separa das antigas idéias de uma medicina preocupada com as doenças dos climas tórridos. Durante o século XVIII, e início do século XIX, os médicos europeus aproximaram-se da ameaça representada pelas doenças das colônias, ressaltando a falta de salubridade do solo, as altas temperaturas que favoreciam uma rápida putrefação dos resíduos orgânicos, a diversidade e variedade de animais e vegetais desconhecidos deles, e o peculiar modo de vida das comunidades nativas; até o fim do século XIX essa preocupação se transformará, dando lugar aos estudos de medicina tropical que se iniciam com a filariose e que encontrarão seu modelo explicativo na malária.

Para esse autor, em seu início, sobressaem duas características dessa medicina colonial dos climas quentes, que antecede e possibilita a posterior emergência da medicina tropical:

(a) o sentimento de “alteridade” dos europeus com relação aos espaços tropicais e aos países quentes, que se reflete na classificação de novas plantas, animais, costumes, hábitos das populações indígenas e novas doenças;

(b) o poder do “local”. Ainda que neste período tenham existido influências de ambas as partes, viajantes e comerciantes europeus utilizaram drogas e práticas médicas locais, e a medicina européia auxiliou na criação de serviços médicos e de escolas nas colônias; foi, entretanto, reforçada a idéia de uma medicina local que devia ser reduzida e modelada conforme as exigências da medicina metropolitana.

Essas duas características convergem para uma mesma questão que pode ser resumida na passagem que vai da percepção dos

tropicais como espaço paradisíaco a sua desvalorização como espaço pestilento. Os primeiros viajantes estabeleceram comparações entre a flora e a fauna européias e as das colônias, ressaltando sua exuberância e beleza.

Durante o século XVIII, um tipo de representação negativa, em última análise exótica, dos trópicos transformou-se em algo comum na literatura médica, especialmente com relação à África Ocidental e à Índias Ocidentais²⁴.

A malevolência dos trópicos transformou-se em tema médico; das tempestades assustadoras e animais vorazes se passará, por extensão ou analogia, à gravidade extrema das doenças que ali se concentravam. Se nos perguntarmos, como faz o próprio Manson, pelo significado da noção de “medicina tropical”, ou como essa medicina entende os “trópicos”, veremos que essa definição herdada da medicina colonial de climas quentes não é geográfica mas sim cultural. No caso concreto do Brasil:

[...] por volta do fim do século XIX, a visão do Brasil como um paraíso tropical havia desaparecido há muito tempo, e o clima tinha sido estabelecido na mente da maioria das pessoas como a causa principal das doenças, bem como o principal empecilho à emergência da civilização no país²⁵.

A noção de “trópico” parece possuir um significado mais simbólico do que físico. Define algo que para os europeus aparece como seu “outro”, algo que é cultural, topográfico e politicamente diferente da Europa. E é frente a essa alteridade ameaçadora que as regiões temperadas reconhecem sua positividade. Para a construção dessa noção, haviam contribuído certas construções teóricas que voltam a ser fortalecidas no fim do século XIX. Em primeiro lugar os estudos estatísticos, que demonstravam, a partir de dados quantitativos, a extrema vulnerabilidade da população branca com relação às populações locais, refletida nas taxas diferenciadas de

mortalidade. Com relação ao Brasil, existe um texto de referência para esses estudos, publicado em Paris em 1844, do médico francês Joseph Sigaud: *Du climat et des maladies du Brésil: ou Statistique médicale de cet empire*²⁶. Em segundo lugar, o desenvolvimento dos trabalhos de geografia e topografia médica legitimou a idéia da existência de causas locais, vinculadas com uma topografia, uma vegetação, insetos e animais específicos, que interviriam na produção de determinadas doenças. Essa hipótese possibilitou e exigiu o estudo e a classificação de uma imensa variedade de fauna, flora, solo e topografia com uma grande precisão científica, que possibilitava uma correlação intuitiva com as patologias locais. Por fim, não pode ser deixado de destacar nesse esquema a persistência das teorias dos miasmas e a recuperação dos trabalhos hipocráticos que falavam sobre o especial perigo dos ares quentes.

Permanecendo ainda sob a persistente influência de pensadores como Montesquieu, a relação entre o clima e a geografia parecia ter um vínculo e um efeito direto com as características das diferentes sociedades humanas. O clima definia o tipo de homem e de sociedade, sua moralidade e suas capacidades políticas. Entre o clima, moralidade e patologia existia absoluta continuidade. Em consequência, os médicos e higienistas do século XVIII e da primeira metade do século XIX entendiam que para poder imaginar uma transformação médica e moral era indispensável estabelecer uma clara vinculação entre os comportamentos e o meio físico. A reorganização do meio, a transformação de hábitos e a moralização dos comportamentos dos habitantes dos trópicos ocuparam um lugar significativo na construção desse novo espaço de conhecimento médico, que é a medicina tropical ou medicina de doenças exóticas. Entretanto, a construção da medicina tropical não pode, nem deve, ser reduzida a um conjunto de estratégias de controle e normalização dirigidas aos habitantes dos trópicos. Para que esse novo espaço de conhecimento pudesse começar a pensar na especificidade dessas doenças tropicais parasitárias que exigem a intermediação de vetores para a sua transmissão, foi preciso uma nova articulação do saber, em que os conhecimentos clínicos dos médicos militares tiveram que se aliar não somente aos estudos

microbiológicos de laboratórios, mas também aos estudos de campo dos naturalistas: helmintologia, entomologia, zoologia. O reconhecimento da fauna e de insetos locais abrirá um novo capítulo onde o intercâmbio de conhecimentos entre médicos, pesquisadores metropolitanos, naturalistas e observadores locais permitiu, finalmente, reconhecer e descobrir os mútuos benefícios de uma aliança entre saberes que até então se mantinham afastados.

* * *

A associação entre condições do meio, corpo e moralidade parece ter persistido durante todo o século XIX, levando à criação de estratégias terapêuticas e preventivas que eram, muitas vezes, verdadeiras estratégias moralizadoras das condutas. É preciso concluir, então, que embora não possamos aceitar uma história reducionista da medicina, que leve a pensar a história do saber médico exclusivamente em termos de controle social, é inegável que a associação entre medicina e controle moral ou policial sobre os comportamentos e os corpos parece ser muito mais forte do que muitos historiadores da ciência estão dispostos a aceitar. Certas descobertas e certos conceitos médicos aparentemente alheios a qualquer intervenção política, possibilitaram, muitas vezes, a perpetuação de antigas estratégias de poder.

Assim, o hospital ainda sofrerá uma transformação radical, permanecerá até a Segunda Guerra como uma instituição de assistência a doentes pobres; estes emprestarão seus corpos para o olhar médico, que tentará, a partir dali, extrair alguns ensinamentos que nem sempre o beneficiam diretamente. Se deixarmos de lado as intervenções pontuais sobre sujeitos individuais e nos referirmos à preocupação médica com as populações, veremos que a revolução microbiológica, longe do que se afirma classicamente, não vem competir, mas sim legitimar as intervenções dos higienistas clássicos sobre as moradias e as condições de vida das classes populares. Por fim, a emergência da medicina tropical seria impensável sem a estrutura militarizada que as metrópoles européias enviavam a suas colônias de ultramar.

Entretanto, o reconhecimento dessa face obscura do saber médico, que por muitos anos permaneceu oculta na história heróica narrada pelos clássicos historiadores da medicina, não pode nos deixar esquecer que milhões de vidas puderam ser salvas pela generalização de simples medidas de higiene e de saneamento; pelo reconhecimento dos agentes causais de certas doenças e por sua atenuação para a produção de vacinas e soros específicos; pela descoberta do complexo ciclo de vida das parasitas e sua vinculação com os hóspedes intermediários vivos, no caso das doenças tropicais, etc.

Parece necessário construir uma história dos saberes relativos ao corpo que seja capaz de prescindir de certezas e reducionismos, capaz de analisar os múltiplos discursos, conceitos e teorias, suas confrontações e alianças, assim como as múltiplas estratégias de intervenção, de resistência ou de aceitação que se encontram e se cruzam em torno do corpo e da saúde.

Notas

1. PORTER, Roy. *Cambridge illustrated history of medicine*. London: Cambridge University Press, 2000, p.111 e ss.
2. PORTER, Roy. El pasado de la Medicina: la historia y el oficio. Entrevista a Roy Porter de Marcos Cueto... *Revista História, Ciência e Saúde- Manguinhos*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2002, p. 207.
3. *Ibidem*, p. 208.
4. Porter, 2002, p. 211.
5. Porter (2000).
6. Porter, 2002, p. 209.
7. FOUCAULT, Michel. El Sexo Verdadero. Apresentação de Herculine Barbin llamada Alexina B. Madrid: Revolución, 1985, p. 11 e ss.
8. LEONARD, J. *Médicins, malades et société*. Paris: Sciences en Situation, 1992.
9. CAPONI, Sandra. A la Sombra de la razón iluminista. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: Edufsc, vol. 10, nº 14, 1993.
10. Cf. Porter (2000).
11. CANGUILHEM, G. Prefácio. DELAPORTE, François. *História de la Fiebre Amarilla*. México: CEMCA-UNAM, 1989, p. 14.
12. FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta, 1990, p. 27.
13. FOUCAULT, M. *A historia da sexualidade I. La voluntad de Saber*. Mexico: Siglo XXI, 1978, p. 170.
14. FAURE, O. *Les Français et leur médecine au XIX siècle*. Paris: Belin, 1993, p. 241 e ss.
15. BOURDELAIS, P. *Peurs et terreurs face à la contagion*. Paris: Fayard, 1988, p. 35.
16. JORDAN, D. *Transforming Paris: the life and labors of Baron Haussmann*. New York: The Free Press, 1995, p. 354.

17. Léonard, 1992, p. 225.
18. ANALES del III Congreso Médico Latino Americano, 1907, Montevideo. ARNOLD, David. **Warm climates and western medicine: the emergence of tropical medicine.** Atlanta: Ed. Rodopi, 1996, p. 111.
19. Em 1894 foi criado o Primeiro Instituto Pasteur de Ultramar, na Argélia; entre 1905 e 1912, o Instituto Pasteur organizou “várias missões de estudo sobre a doença do Sono, na África Ocidental e na África Equatorial francesa” (DOZEN, 1991, p. 272); em 1894, Roux enviou Yersin a Hong-Kong para estudar a peste; em 1897 foi criado o Instituto Pasteur de Saigon; em 1892, Felix Le Dantec foi mandado a São Paulo para fundar um instituto de bacteriologia; neste período, sucederam-se, finalmente, diversos Institutos de Ultramar que foram criados na China, na Indochina e na África (LOWY, 1991, p. 282).
20. LÖWY, Ilana. **Virus, moustiques et modernité.** Paris: Editions des archives contemporaines, 2001, p. 283.
21. DOSON, Jean-Pierre. Pasteurisme, médecine militar et colonisation de Afrique noire. In: MORANGE, Michel (Org). **L’Institut pasteur: contributions à son histoire.** Paris: Ed. La decouverte, 1991, p. 217.
22. Ibidem, p. 240.
23. Arnold, 1996, p. 7 ss.
24. Ibidem, p. 7.
25. STEPAN, Nancy. **Gênese e evolução da ciência brasileira.** Rio de Janeiro: Artenova, 1976, p. 54.
26. Apud Stepan, 1976, p. 64.