

## CIÊNCIA E PRECONCEITO: A AUTO-REPRESENTAÇÃO DOS MÉDICOS NAS TESES SOBRE EPILEPSIA – 1859 - 1906

**Aluno: Rebecca Coscarelli Cardoso Bastos**

**Orientador: Margarida de Souza Neves**

### I RELATÓRIO SUBSTANTIVO.

Este estudo sobre a auto-representação dos médicos brasileiros nas teses sobre a epilepsia produzidas nas Escolas Médicas brasileiras entre 1859 e 1906 torna possível observar, através desse foco, o papel atribuído a si mesmo pelo médico, que se vê como um homem de ciência, mas também como um agente de ordenação da sociedade.

A epilepsia, desconcertante em suas manifestações e ainda não dominada pelo conhecimento médico da época, acabava por ser associada à desordem dos corpos físicos e do corpo social, desordem essa que, para os grupos dirigentes, nos quais se incluíam os médicos, deveria ser controlada em todas as suas manifestações. Para que tal controle se efetivasse havia controvérsias, porém uma coisa era certa: a ciência e, nela, a medicina tinha um lugar de destaque no ordenamento e no progresso da sociedade brasileira.

A historiografia sobre o período e sobre a história da medicina no Brasil mostra, por um lado, a recorrência da questão da ordem na sociedade brasileira e, por outro, a constituição da medicina como campo científico e a afirmação do lugar dos médicos no universo letrado e no cenário político e social brasileiro e, em especial dos centros urbanos.

A epilepsia, assim como a prostituição, a sífilis, o alcoolismo e alguns outros fatores estigmatizantes passa a fazer parte do que é denominado cidade doente. A *cidade doente*, contrapondo-se ao que era visto como a *cidade civilizada* passava a ser inimiga do projeto ordenador e de construção do progresso, valor primordial para os que, no período, imprimiam direção à sociedade. Dessa maneira, o médico toma para si o dever e a obrigação de contribuir, pela ciência, para o progresso e, pela prática médica, para a ordenação dos corpos e da sociedade.

As teses médicas fazem parte do ritual que transformava o estudante das Escolas Médicas em profissional médico. Consideradas como documentos de um rito de passagem, a análise de seu conteúdo, de sua lógica textual e de seu para-texto pode fornecer elementos para a construção de uma metodologia de análise de conteúdo que permita identificar, num primeiro movimento, como o médico construía os argumentos de sustentação de sua autoridade científica.

Num segundo movimento, essa documentação permite destacar os elementos da auto-representação do médico através de observações que remetam a sua função social, seu perfil profissional, sua atuação junto aos doentes e seu poder de cura. No caso da epilepsia, essas representações deverão se enfrentar com a impotência da medicina da época em relação à doença, que desafiava o saber médico da época, o que torna ainda mais relevante a busca da auto-representação do médico nessas teses.

Num terceiro movimento, a análise das teses e, principalmente, dos artigos médicos sobre a epilepsia permitirão constatar como o médico verá sua atuação no âmbito privado da relação medico-paciente e na relação com o Estado em questões relativas à saúde, uma vez que se verifica, no período, uma modificação na maneira de ser médico nessa sociedade. Com mudanças intrínsecas à própria prática profissional, a especialização e a tecnificação cada vez maiores do conhecimento e com a interferência cada vez mais significativa do Estado no

controle social, inclusive na área de saúde, a classe médica se viu em uma situação de desconforto. A intervenção do Estado passaria a ter simultaneamente o poder de ampliar e de reduzir o mercado de trabalho para a classe médica.

A análise textual das teses e artigos permite identificar indícios que situam a epilepsia como um campo fértil para entender o entrecruzamento das coordenadas científicas com aquelas que revelam os padrões moralizantes que parecem presidir a ordem privada e as medidas coercitivas que procuram preservar a ordem pública.

Do ponto de vista teórico, o conceito de representação, tal como formulado por Roger Chartier, adquire especial relevância uma vez que, segundo este autor, as representações fornecem uma organização conceitual ao mundo social ou natural, e constroem a realidade apreendida e comunicada.

Do ponto de vista dos procedimentos metodológicos, a análise textual das teses e de alguns artigos médicos permitirão realizar os três movimentos analíticos acima citados.

### **I.I. Epilepsia e desordem: o médico como ordenador dos corpos individuais e sociais.**

A epilepsia, assim como a prostituição e o alcoolismo, por exemplo, fazia parte da denominada *cidade doente*. De acordo com a dinâmica da ordem republicana nascente, no que diz respeito à ordem social em grande parte herdada da sociedade imperial, a cidade doente abrigava o *mundo da desordem*, ou seja, aqueles que não integravam o *mundo do governo*, que não faziam parte do que era denominado *“boa sociedade”*, ou seja, das famílias que constituíam a elite dirigente do país e que se viam e eram vistas como *cidade civilizada*. (Apud MATTOS, 1986). A doença (no caso a epilepsia, mas também muitas outras) fazia parte do mundo da desordem porque o médico e a sociedade, devido à falta de conhecimento sobre ela, não podiam controlá-la. Essa falta de controle não só da epilepsia, mas também de tudo o que era considerado o submundo ou a desordem incomodava, pois, dificultava o projeto republicano que tinha como lema a ordem e o progresso do país, que no período, e que deveria se concretizar na reforma urbana da cidade do Rio de Janeiro, até então sede do Império e centro da *civilização* no Brasil.

Nessa conjuntura, o médico via não só a necessidade, mas também a possibilidade de uma colocação cada vez mais relevante na sociedade. Para tal, toma para si o papel de ordenador e normatizador da vida cotidiana dos indivíduos. Passa a usar a cidade como objeto de investigação para diagnosticar os motivos que a transformavam e faziam com que ficasse cada vez mais fora de controle. Era o responsável por esse diagnóstico e por isso mesmo podia transformar os elementos constituintes desse descontrole em objetos de estudo. Não foi assim somente com a epilepsia, mas com a histeria, a prostituição, o alcoolismo, a sífilis, dentre outros temas de estudos médicos. (Apud ENGEL, 1989).

Ao utilizar como objetos de estudo a epilepsia, o alcoolismo, a prostituição, a histeria e a sífilis, a classe médica acaba por criar um juízo de valor relacionado a essas questões, juízo esse que deixa transparecer os preconceitos da própria sociedade dentro do campo do saber médico que teoricamente deveria estar imune a esse tipo de juízo de mérito, por pretender ser imparcial, por - na própria fala dos médicos da época - se tratar de ciência. Numa primeira análise pode-se perceber um juízo de valor moral não só com relação à epilepsia, mas com relação à prostituição, por exemplo, que é colocada no mesmo campo semântico da doença, junto com o alcoolismo, a histeria, a sífilis e a epilepsia. Ora essa classificação só faz transparecer o julgamento moral sobre a prostituição, que não é vista como uma escolha ou uma contingência de vida da mulher ou do homem que a pratica, nem como um problema social talvez, mas é analisada como uma doença. Dessa forma e ainda que levando em consideração que são coisas diferentes, percebe-se também um julgamento moral com relação à epilepsia. Assim como a prostituição é vista não só como uma doença do corpo físico, mas

também como uma doença moral, que por isso mesmo torna-se uma doença do corpo social. A epilepsia é analisada como consequência de gerações de degenerados, alcoólatras, prostitutas, vagabundos, ociosos, que se unem e acabam por dar origem a um filho epilético, isso na própria fala dos médicos. É uma degradação e por isso mesmo, muito ligada à perversão sexual. Afirmam os médicos da época que as manifestações epiléticas podem ser exteriorizadas de diferentes formas, poderia ser por um “*simples*” descontrole físico, ou seja, a conhecida convulsão motora, mas também poderia se exteriorizar pelo descontrole moral, ou seja, a necessidade da satisfação do que acreditam ser os instintos mais pervertidos do “*epilético*”. Daí se justificam assassinatos, estupros, violência, enfim, o completo descontrole físico e mental.

*“O homicídio, o roubo, o incêndio, o estupro, a violência casual, etc, nada é capaz de fazer estacar o epilético diante da satisfação de seu instinto pervertido, de um desejo lúbrico, da violência de suas paixões, de suas impulsões criminosas, enfim”.* (Motta, 1900, p.45).

A partir da afirmação acima se justifica o discurso moralizador do médico, que se torna o responsável por ordenar e controlar esse mundo da desordem que é além de perigoso, contagioso, pois, na cidade não há uma linha que separe esse mundo, a cidade doente, das “*boas famílias*”. Não há uma linha que separe o atraso do progresso, o que faz com que indivíduos da boa sociedade possam ser corrompidos por esse mundo de vadiagem, de prostituição, de falta de moral, o que levaria o atraso ao progresso.

No caso da epilepsia, essa questão da proteção da elite social é ainda pior porque não necessariamente, como é o caso da prostituição, por exemplo, os indivíduos da “*boa sociedade*” são corrompidos e acabam por sair de seu mundo de origem para se integrar a esse mundo de degeneração isoladamente. No caso da epilepsia, por ela não escolher raça, gênero, ou posição social, e um exemplo disso é o próprio primeiro Imperador, ela pode ser responsável por levar o mundo da desordem, do qual originalmente fazia parte, para dentro do mundo da ordem, ao aparecer nos filhos das “*melhores famílias*” dessa sociedade. Daí o seu caráter tão desconcertante e aí está a importância da afirmação e reafirmação da autoridade do médico no que diz respeito a essa área do conhecimento. Seriam os monopolizadores não só do discurso da cura dessa doença tão enigmática, mas também seriam os responsáveis pelo monopólio da cura social e com isso da possibilidade do progresso dessa sociedade.

Para marcar sua relevância o médico deveria reafirmar-se no campo letrado e no campo da prática profissional. Deveria deter o monopólio da ciência, não só para justificar, mas também para autorizar seus argumentos e seu poder na estrutura social. No campo da prática profissional essa reafirmação se deu através da perseguição de formas de curas não ortodoxas, ou seja, leigas e de outras práticas que poderiam concorrer com a medicina. Dentro da Academia Nacional de Medicina algumas delas eram atacadas no próprio campo das letras, usavam a tática de denegrir outras formas de cura, tirando sua legitimidade perante a clientela e dando cada vez mais o monopólio do status de ciência à medicina ortodoxa.

*“É notável o desprezo com que o governo trata a classe médica, consentindo que charlatães vaguem pelas nossas ruas, rodando em belas carruagens, embaindo o povo com suas drogas, outros apregoados pelos jornais as virtudes maravilhosas de seus remédios secretos [...]. Como não fará tremer o amor da própria vida aqueles que consultam charlatães e curandeiros? Como não clamará a consciência daqueles que, juntos de um infeliz que pela doença foi lançado ao leito da dor, ousam aconselhar remédios sem conhecerem suas propriedades, sem se importarem com o caráter e natureza da moléstia e temperamento do indivíduo? Crer-se-ia talvez que a vida é uma bagatela, e que a morte tem cura?”* (Jardim, 1847, p.18).

Como é fácil de notar essa passagem é um exemplo da tática utilizada pelos médicos para denegrir outras práticas de cura, desqualificam essas práticas de charlatanice e seus praticantes de charlatões ou curandeiros. A crítica feita ao Estado indica mais uma vez a intenção do médico de reivindicar a autoridade da ciência no aparelho estatal. Juliano Moreira afirmara certa vez que era uma pena que os estadistas, ao ascenderem de seus grupos sociais ao poder, não procurassem ser realmente úteis, afirmava que era como se esquecessem das necessidades reais da nação. Isso mostra a idéia, como veremos mais tarde, de que o grupo social que seria mais apto para o controle estatal, que teria mais condições de conduzir essa nação, seria a elite médica, pois, além de serem homens de ciência, e por isso agirem de acordo com o que seria melhor para os doentes com epilepsia e portadores de outras moléstias serem melhores e mais aptos garantidores da ordem social.

Outras práticas profissionais não eram totalmente renegadas, mas sim, controladas pelos médicos. Muitas delas, assim como a prática de farmácia tinham cadeiras incorporadas dentro da própria Faculdade de Medicina o que possibilitava não só um maior controle do conhecimento, mas também uma sobreposição da medicina com relação a esses outros campos do saber.

A detenção do monopólio da ciência *verdadeira* pelos médicos indicaria o progresso num movimento de duplo sentido. Primeiro pelo fato de que o progresso indica a chegada da modernidade, que apesar de respeitar as individualidades de cada um, não se deixaria governar por dogmas religiosos e faria com que escolhas e decisões fossem completamente conduzidas pela racionalidade e pela ciência. Segundo porque como intermediários entre essa ciência e o corpo social, os médicos, através da prática médica seriam os responsáveis pela ordenação dos corpos e da sociedade e com isso seriam os responsáveis pela possibilidade desse progresso.

A análise do discurso moralizante do médico permite conhecer melhor essa sociedade. Na medida em que realmente existia esse projeto republicano, do progresso, da modernização, da civilização, da racionalidade e da ciência, pode-se imaginar que questões morais introduzidas, por exemplo, dentre outras maneiras, pela prática do catolicismo, não iriam interferir. Que os preconceitos de gênero, raça ou origem social seriam deixados de lado e até mesmo desmistificados e desautorizados pela ciência. Mas o que se percebe é que por mais que tente se desligar de todas essas questões e ser imparcial, a elite médica, com sua necessidade de uma boa colocação, de um lugar de poder nessa nova civilização acaba por reavivar e reafirmar, respaldada pela designação de ciência os preconceitos e dogmas dessa mesma sociedade. E acaba por mostrar que o médico, por mais que seja não só um homem de letras, mas também um homem de ciência, é antes de tudo integrante de uma determinada sociedade. E que a ciência e a medicina são também historicizáveis pelo fato de não se bastarem a si mesmas e de não se fazerem sozinhas, são sempre manejadas e conduzidas pelo homem, atendendo suas necessidades, seus preconceitos, seu lugar no mundo e sua vivência na história.

## **I.II. Relações entre médico e Estado e entre médico e paciente.**

No quadro de transformações próprio da segunda metade do século XIX no Brasil houve também modificações na maneira de ser médico no Brasil. Primeiro é importante esclarecer que tais mudanças são inerentes à própria profissão, na medida em que a tecnificação e a compartimentação do conhecimento obrigavam o médico não só a se modernizar no que diz respeito ao diagnóstico, mas também a reconhecer a compartimentação de seu conhecimento em especialidades e compartilhar seu próprio paciente com outros médicos especialistas. Segundo, no que diz respeito à mudança de postura do Estado em relação à coisa pública e em relação aos corpos individuais, houve uma mudança também na medicina e sua prática. O

Estado passava a controlar o que antes era responsabilidade somente do médico, o aparelho estatal passa a gerenciar os serviços de saúde, controla-os. Levando em conta essas modificações, percebe-se o possível assalariamento do médico por parte do Estado, na medida em que esse passava a controlar a profissão. Dessa forma o médico procurava maneiras de manter o prestígio da profissão se adequando às novas circunstâncias da conjuntura. Observa-se como consequência uma mudança nas relações do médico com o Estado e da relação médico-paciente.

Desde a Independência o Estado passou a buscar interferir mais no que era classificado como coisa pública inclusive no controle dos corpos e, com isso, na prática da medicina. Até então o médico era um profissional liberal, dono de sua própria força de trabalho sendo responsável por questões como a duração e a quantia a ser paga pela consulta. Era o único detentor do conhecimento e via o paciente como sua propriedade no que diz respeito à saúde. Não havia ninguém que questionasse o diagnóstico e o tratamento desse profissional o que lhe garantia um enorme poder. Porém, com as mudanças na atitude estatal mencionadas acima, esse quadro teve que ser modificado. (Apud PEREIRA NETO, 2001). As mudanças das relações do Estado com o corpo social, ou seja, o crescente controle sobre esse corpo e sobre os corpos físicos, colocou o médico, como já foi dito, numa posição de desconforto. Ou se rebelava ou se adaptava e buscava uma aproximação ao Estado na tentativa de levar para si e para a sua categoria profissional o poder e manter sua posição dentro dessa sociedade. E foi o que aconteceu, aos poucos, os médicos passam a ter um lugar como intermediários entre o Estado e o corpo social, garantindo um lugar privilegiado nessa sociedade não só para cada sujeito médico individualmente, mas também para a classe como um todo. Era uma relação de mão dupla, da mesma maneira que o Estado passava a interferir e controlar questões que até então somente diziam respeito aos médicos, esses viam a possibilidade de se instalarem numa esfera inédita de poder, ou seja, no próprio aparelho estatal.

Haverá então uma mudança, não só do Estado com relação aos corpos individuais e sociais, mas também dos próprios médicos com relação aos pacientes. Antes eram vistos como propriedade particular do agente de saúde, ou seja, eram vistos individualmente. Em um determinado momento, o que começa a importar realmente não é a saúde do corpo individual, mas sim a saúde do corpo social. As relações não são mais entre médico-paciente, mas sim entre médico e sociedade.

O que passa a ser notório nas teses sobre epilepsia, por exemplo, é a preocupação não com o bem estar do indivíduo doente, mas sim com o bem estar da sociedade. O importante é que essa doença não afete de maneira negativa o corpo social.

*“Mas, que valem, sob o ponto de vista social, esses danos exclusivamente individuais do indivíduo epilético, diante daqueles que a intromissão e o convívio dele na sociedade podem determinar... [o médico se refere aos danos das convulsões motoras] é melhor que ele se estrebuche, se contorça, do que dispense sua energia em prejudicar inocentes [...] Sim, que os direitos de cada um termine onde começam os direitos de outrem. Pois, se é verdade que todos lamentam e se compadecem da horrível sina desses desgraçados enfermos; é verdade também, que cada um de nós não permite, não tolera que um mal alheio possa vir a ser um mal nosso. Há males que vem para bem”.* (Motta, 1900, p.50).

Dessa maneira, o médico se fará responsável, nesse caso falando de epilepsia e pelo bem da nação, por determinar o comportamento do doente com epilepsia em relação à sociedade, seu próprio papel em relação a mesma e o papel da sociedade em relação ao doente.

O comportamento do doente com epilepsia, para esse médico, será sempre o de desestabilizador da ordem social. Será sempre o responsável pelo crime, pela perversão, pela desordem não só física, mas também moral do que sem ele com mais facilidade seria

ordenado. É sempre o responsável pelo lado feio das coisas e das relações individuais, até porque, é a doença responsável por desordenar até mesmo o lado da sociedade mais “civilizado”, é a doença que não se satisfaz em permanecer no seu mundo de origem, ou seja, no mundo da desordem, mas sim invade os lares das “melhores famílias”.

O papel do médico com relação a essa sociedade será o de intermediador junto ao Estado, mas também será o de protetor dela em relação a ameaças como a própria epilepsia. O médico será o responsável por garantir o bom funcionamento dos corpos e será responsável também por extrair, em nome do progresso e do bem comum, o mal das ruas. Os danos individuais do paciente com epilepsia, ou de qualquer outro, não devem ser levados em consideração se olhados sob o ponto de vista social. É o responsável pelo ostracismo de todos aqueles que de certa forma atrapalham seu projeto, ou seja, o da civilização e do progresso, mas também do seu projeto para sua própria classe, ou seja, relevância de poder em esferas estratégicas da sociedade e do corpo burocrático estatal. É o detentor da verdade da ciência, e por isso mesmo é o único capaz de dizer e decidir o que é melhor para a sociedade.

Já a atitude da sociedade com relação ao doente seria a de não tolerar de maneira nenhuma que um indivíduo atrapalhe o progresso e que seja responsável pela falta do bem estar da cidade. Como afirmam nas teses médicas sobre epilepsia no período, os médicos determinam que a sociedade lute por seus direitos, que não deixe que um mal individual, ou seja, o mal do doente com epilepsia, se torne um mal coletivo. Logo, tanto o médico, como a sociedade, não devem se preocupar com o doente, mas sim, com o bem comum que o doente com epilepsia é capaz de prejudicar. Ao determinar a atitude da sociedade em relação a esse doente, o médico determina mais uma vez seu próprio papel dentro dessa sociedade. Determina seu lugar de destaque como conselheiro e como definidor do tipo de relação social que cada esfera terá com cada agente. Ao mesmo tempo em que inegavelmente faz parte, como indivíduo, desse corpo social, o médico se coloca de fora pelo fato de ter o controle de um saber que o qualifica para influir sobre as ações e relações dos indivíduos comuns.

### **I.III. Forma e conteúdo: a construção argumentativa da autoridade científica nas teses médicas sobre epilepsia.**

As teses médicas produzidas no período estudado, tanto as que são apresentadas para obtenção do grau de doutor em medicina, quanto aquelas feitas para ocupação de cargos docentes por concursos, seguem um padrão. Padrão tanto no que diz respeito ao conteúdo e forma de expressão e de demonstração do conhecimento científico quanto nas formas de agradecimentos que eram de praxe e que serviam como demonstração de muito mais do que amor filial ou fraternal dos autores. Essas teses são como o cartão de entrada desses novos cientistas no círculo social dos médicos, bem como, para aqueles que pleiteiam cargos, serão responsáveis pela aprovação ou não para determinada função. Muitas vezes afirmam nas próprias teses que o que ali está escrito e o motivo por escreverem sobre determinado assunto é somente para cumprir as exigências feitas pela vida universitária.

*“Ao começar o nosso rude e ligeiro trabalho, convém notar que a escolha da epilepsia, como ponto de dissertação, preenche unicamente um fim – o de satisfazer o regulamento, que nos impõe a faculdade de medicina. Não nos assiste o fofo orgulho de querermos colher em campos cultos frutos novos à ciência. Espíritos eminentemente lúcidos, com a luz da verdade, apontar-nos-ão a verdadeira estrada a seguir...”* (Barros, 1885, p. s/nº).

O que se percebe nas teses sobre epilepsia é que apesar de não se acanharem em falar sobre a doença, ainda existem muitas dúvidas sobre a mesma. Dúvidas que vão desde a causa da doença até seus possíveis tratamentos e cura. Seria uma doença, que apesar de muito conhecida, no sentido de que, como os próprios médicos afirmam, desde a antiguidade, com

Hipócrates, já havia sido detectada, ainda assim seria muito enigmática. Apesar disso, o médico, pelos motivos já mencionados nesse texto, tinham que mostrar seu conhecimento, provar sua autoridade, não só para a banca examinadora de sua exposição, mas também para a sociedade em geral.

Ao analisarem a epilepsia nas teses eles aproveitavam para cumprir as exigências da Academia e demonstrar todo o seu conhecimento da ciência médica européia, bem como das principais influências médicas, também européias, principalmente francesas. Não faziam um estudo científico como se conhece nos dias atuais, simplesmente faziam uma dissertação sobre o tema e citavam o máximo possível de autores especialistas que leram, sem nem provar, o que acontece na maioria das teses, que realmente já haviam se deparado com casos reais da doença. As idéias dos autores europeus, praticamente integralmente copiadas, serviam de argumento de autoridade para as afirmações que esses futuros médicos ou mesmo médicos experientes faziam com relação à doença. Ora, é certo que esses médicos autores, tinham que se colocar perante a classe médica de alguma maneira, e qual seria melhor do que basear e autorizar todas as suas afirmações e seu conhecimento em estudos de outros médicos, médicos europeus, que muitas vezes eram verdadeiras sumidades internacionais no assunto.

A influência da escola francesa de medicina nas teses indica bastante o momento histórico vivenciado. A França era na época modelo cultural não só para os médicos, mas para a sociedade brasileira em geral. Era o modelo de civilização que se estava copiando no projeto republicano e seria natural que além de importarem roupas, costumes e até vocabulário, importassem também a ciência do país-modelo.

A construção do conhecimento nessas teses na realidade era muito mais retórica do que científica. Se utilizavam de citações inteiras, sem tradução, de médicos europeus e no final das contas não diziam nada de novo. Se olhadas com atenção e comparadas entre si, as teses do período na verdade parecem uma mesma tese, é como se o candidato do ano seguinte retomasse a tese do candidato do ano anterior e modificasse somente poucas coisas para não correr o risco de ser acusado de plágio. O que ocorria era uma necessidade de cumprir as tais exigências, passar pela banca, mas ao mesmo tempo, como a doença era um enigma, não poderiam correr o risco afirmar coisas sem ter certeza. Por isso as constantes menções aos médicos europeus que serviam de argumento de autoridade e também a repetição da fórmula anterior que já havia dado certo com outro candidato. Apesar de classificar seu trabalho como “*rude e ligeiro*”, esse médico deveria, já que estava entrando para a comunidade científica, marcar sua entrada com uma bela demonstração retórica sobre o tema, assim como faziam todos os outros.

E apesar de ter a consciência da fragilidade do texto, o médico não poderia deixar que essa consciência transparecesse, por isso mesmo é que se não se atrevia a um gesto autoral com relação à doença, assim como não se inibia em fazer considerações de valor moral e social do doente com epilepsia. Afinal, marcar sua entrada nesse grupo social não deveria ser feito apenas de forma a mostrar quantos livros leu sobre a doença, mas sim deveria dar provas de sua autoridade científica. Deveria mostrar que sabia muito bem sua posição de médico em relação à sociedade e ao doente. É verdade que demonstrando essa posição estaria fazendo o que os médicos antes dele fizeram, porém, dessa vez não se trata de uma cópia, mas sim de aceitar e reiterar uma determinada postura com relação à sociedade. Ora, se desejavam ser aceitos por esse novo grupo, é certo que deveriam estar de acordo com sua conduta moral e social.

As dedicatórias encontradas nas folhas de rosto podem igualmente mostrar muita coisa. São dedicatórias que mencionam nome, sobrenome, grau de parentesco e círculo social do qual o parente ou amigo faz parte. A dedicatória pode ser a um comendador, a um militar, cirurgião, ou até, ao amigo do imperador, o que importa é que o nome tenha alguma coisa a dizer.

Nesses agradecimentos, o médico explicita a rede de relações sociais da qual faz parte. (Apud NEVES, 2006)

*“Ao meu extremoso pai o Sr. Comendador Miguel Couto dos Santos e a minha adorada mãe, D. Maria Cristina de Alcantara Santos. Respeito, amor e gratidão”.* (Santos Junior, 1878, p.s/nº ).

Numa sociedade onde conhecer a pessoa certa, de mais influência, que detenha mais poder nas mãos abre tantas portas, é compreensível que nessas teses, que na maioria das vezes marcam a entrada de um jovem em um novo ciclo social, seja importante mencionar quando se é filho de um comendador, por exemplo. O que acontece é que há a necessidade de já de saída dizer o tamanho da importância de seu mundo social de origem. Na sociedade brasileira da época as teses médicas ajudavam o candidato a construir sua autoridade, não só a científica, com a utilização de autores consagrados internacionalmente, mas também social dentro do campo de relações sociais.

#### **I.IV. A auto-representação dos médicos nas teses.**

As teses médicas sobre epilepsia do período demonstram uma preocupação dos médicos com seu lugar social tanto na sociedade em geral, quanto no próprio círculo social da medicina, ou seja, entre seus próprios pares. Para se colocarem dentro de seu meio, os médicos se utilizam de sua rede de relações sociais, mas, também de outra tática: devem não só aceitar, mas também reiterar a forma de pensar e de se posicionar perante a sociedade que é própria de sua própria classe.

Ao forjar sua própria representação, ou seja, ao se auto-representar, o médico está de certa maneira no comando de seu próprio destino. É ele mesmo o responsável pela construção da realidade apreendida e comunicada. O médico é representado por outros grupos, mas ao ser responsável por sua representação, tem o controle de como quer ser visto, tem o controle do que parecerá e representará nessa sociedade.

O médico se vê como o homem verdadeiramente científico, entendido nos mistérios da natureza e *“o homem que exerce a predileta ciência de Jesus Cristo”* (XAVIER, 1850, p.7), aquele responsável por dirigir o mar da sabedoria, é cabível que tenha também o direito de se julgar não só médico, predileto, detentor da sabedoria, monopolizador da ciência, mas também como o anjo protetor da sociedade e até mesmo, por seu conhecimento específico, como capaz de exercer, em certas circunstâncias, a função de juiz. Há uma questão moral dentro da prática da medicina que dá o direito e o respaldo da sociedade aos médicos para decidirem os rumos e o destino dos doentes. É certo que essa é também a imagem que os médicos têm de si mesmos e é a que eles têm o interesse de passar para o resto da sociedade.

Sendo detentores do monopólio da ciência que tem, na época, a primazia sobre todas as demais, os médicos acabam por esquecer das deficiências e limites da própria medicina moderna e se atêm às suas maravilhas que por certo são muito mais retóricas do que práticas no caso da epilepsia, uma vez que ainda se estava muito longe de um consenso com relação à doença e seu tratamento. Apesar disso, o respeito moral que os médicos acabaram por ganhar tanto da sociedade quanto dos próprios doentes fazia com que pudessem decidir a vida dos doentes com epilepsia. Determinavam seu futuro, sua colocação na sociedade e até mesmo seu ostracismo ou não dessa mesma sociedade. Nesse caso, voltando à questão da representação, ao se auto-representar juiz, o médico se dá o direito de fazer não só a sua representação, como já foi dito, mas também de construir uma certa representação do doente com epilepsia e da doença.

A imensa gama de adjetivos atribuídos aos doentes com epilepsia nas teses demonstram o quão longe da ciência, do modo que se conhece hoje, estavam os médicos da época. Além de não demonstrarem nenhum conhecimento novo com relação à doença, e de compilarem



autores europeus, não temem colocar o doente com epilepsia em uma situação até certo ponto desumana. Assim descreve um médico, em 1873, um paciente com epilepsia:

*“... vendo que todos fogem dele evita a sociedade, procura a solidão, torna-se sombrio, taciturno, irascível, desconfiado e as vezes sinistro. O epilético tem caráter excêntrico, bizarro e extravagante, de perfeitos contrastes. Cita Esquirol Um amigo epilético não é um presente do céu”. (Uchöa, 1873, p. 23)*

Percebe-se que o médico reserva o lugar da solidão, do medo, da desconfiança para os doentes com epilepsia com o argumento de que isso é consequência da sua doença, ainda que isso seja uma conclusão moral do médico, conclusão essa que revela como a sociedade vê esse doente, com a própria história da doença, mas nada tem de base científica. Ai percebe-se um movimento de duplo sentido, ao mesmo tempo em que o médico é moldado socialmente, e que desse molde vai resultar a idéia, o pensamento sobre a epilepsia e sobre o doente, também é certo que o próprio médico é o responsável senão pela reiteração, mas muitas vezes pela própria construção da representação do doente. Ao se auto-representar, o médico se autoriza a fazer a representação de outras questões, dentre elas a epilepsia. É o responsável pela internalização de um determinado tipo de pensamento sobre a epilepsia e sobre o doente, internalização da própria sociedade, mas também do doente com relação a si mesmo e ao seu lugar nessa sociedade. Talvez se encontre aí a maior desvantagem do doente com relação ao médico.

Ao querer a todo momento salientar a sua importância para a sociedade brasileira, o médico acaba por construir representações de maneira a marcar sua autoridade e monopólio do conhecimento científico. É exatamente isso que se percebe com relação à epilepsia e ao doente. Pelo fato do conhecimento científico sobre a doença ser, nesse momento, muito limitado, o médico vai acabar por entrar em âmbitos que cientificamente falando não deveriam lhe dizer respeito. Porém, da maneira como se auto-representam, fazem com que sua autoridade científica os qualifique, e é por isso que seus enunciados sobre a epilepsia seja autorizado e avance para o campo da moral. Lançam mão do conhecimento limitado sobre a doença na época e, através dele, reforçam seu lugar privilegiado como conselheiro, como detentor de um saber específico e como um dos agentes ordenadores da sociedade.

Por vezes essa auto-representação busca na linguagem religiosa a metáfora de sua função social:

*“... é o Médico o anjo do senhor viajando à terra, e conduzindo o maior presente do Céu – a saúde – Deus o abençoará e os homens o adorarão”.(Xavier, 1850, p. 11).*

Como um dos agentes ordenadores da sociedade e um dos arautos da civilização e do progresso para o país, esse homem de ciência, como os próprios médicos se consideravam, teria legitimidade necessária para cumprir essa função. Essa legitimidade não vem somente da ciência como saber laico e racional, não é somente autoridade moral confirmada pela capacidade de curar, mas, para Ignácio Firmo Xavier, essa legitimidade viria do próprio Deus. Isso porque esse médico baiano acredita ser a medicina não só a ciência da verdade e a chave do tesouro da sabedoria, mas também “*a ciência de Cristo*” (Xavier, 1850, p.7).

Quer pela crença em um Deus transcendente do qual se vê como instrumento abençoado, quer pela crença no poder da ciência, os médicos se auto-representam, também, como juizes que, a partir de seu saber específico, poderiam estipular o grau de responsabilidade civil de doentes mentais, e cumpre não esquecer que a epilepsia é classificada na época como uma delas. Também se auto-representam como aqueles que podem dar seu veredicto sobre os doentes. No que diz respeito aos doentes com epilepsia, esse veredicto implica na condenação dos que então eram chamados de epiléticos à condição de eternos solitários – já que a maioria das teses desaconselha o casamento desses doentes por acreditar que a hereditariedade é a

principal causa da doença; à suspeita de uma tendência inata ao crime – uma vez que um grupo significativo de teses associa diretamente a epilepsia à violência e à tendência ao crime; à uma desqualificação pessoal e social que, nas teses aparece sublinhada pela adjetivação utilizada, que inclui termos tais como “*desgraçados*” ou “*infelizes*”.

No pólo oposto a esta representação negativa do doente, os médicos se auto-representam como anjos, representantes legítimos da saúde, detentores da autoridade e do monopólio da ciência, seja ela a de Jesus Cristo – como queria Ignácio Firmo Xavier em 1850, seja ela a das luzes da razão, possibilitadores reais do progresso e da civilização. Essa auto representação do médico presente nas teses permite afirmar que, no exercício de seu saber específico, não se vêem como simplesmente homens de ciência e com isso como homens de carne e osso, iguais aos demais, junto aos quais cumprem uma função de serviço, mas se consideram num patamar diferenciado. A metáfora dos anjos utilizada por um deles em 1850, se foge ao campo semântico hico da ciência, não deixa de ser expressiva de um imaginário que constrói a figura do médico como algo mais do que simples mortais, porque sua profissão é vista como uma missão, e muitas vezes comparada ao sacerdócio.

## **I. V - Conclusões.**

O trabalho ainda está em desenvolvimento, mas algumas observações conclusivas já podem ser esboçadas. Parece inegável a importância da classe médica para a realização de um determinado projeto civilizador. É certo que essa importância é construída também pela própria comunidade médica, que em seus escritos tanto como nas formas de organização e de presença no espaço público sublinham sua legitimidade e seu lugar específico para a realização desse projeto. Essa legitimidade é reconhecida pela sociedade, mas também é construída pela própria classe médica, inclusive quando enfrenta uma doença como a epilepsia, sobre a qual os limites do conhecimento eram tão evidentes.

Também é possível concluir que os médicos desempenham um papel significativo na construção de sua própria representação social e na representação do doente com epilepsia, representação essa que incorpora os preconceitos sociais em relação à doença.

Culpabilizado pela doença que a ciência da época não consegue dominar, o paciente com epilepsia será visto, pelo discurso médico, por um viés que é, sobretudo, moralizante.

**Bibliografia.**

- BARROS, José Luis Monteiro de. *Epilepsia*. Rio de Janeiro: Typografia Universal de Laemmert&C, 1885.
- CHARTIER, Roger. *A História cultural. Entre práticas e representações*. Rio de Janeiro/Lisboa: DIFEL/Bertrand, 1988.
- ENGEL, Magali. *Meretrizes e Doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. São Paulo: editora brasiliense, 1989.
- JARDIM, David Gomes. *Algumas considerações sobre a hygiene dos escravos*. Rio de Janeiro: Typografia Universal de Laemmert, 1847.
- MATTOS, Ilmar Rohloff de. *O tempo Saquarema*. São Paulo, EDITORA HUCITEC, 5ª edição, 2004.
- MOREIRA, Juliano. “Assistência aos epiléticos – Colônias para eles”. In: *Arquivos brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e ciências afins*, ano 1, nº 2. Rio de Janeiro, 1905.
- MOTTA, Manuel de Marsilac. *Das descargas motoras na epilepsia essencial; suas vantagens e damnos*. Rio de Janeiro: Typografia Besnard Frères, 1900.
- NEVES, Margarida de Souza. “Pela saúde da nação.” Rio de Janeiro: PUC-Rio/Departamento de História, 2006. (capítulo de livro inédito: mimeo)
- OLIVEIRA, Diocleciano Alves da. *Da responsabilidade médica e do exercício da medicina em geral e especialmente no Brasil*. (Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia para obter o grau de doutor em medicina. Cadeira de Medicina Legal), Salvador, Imprensa Moderna de Prudêncio de Carvalho, 1904.
- PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2001.
- SANTOS JUNIOR, Miguel Couto dos. *Hysteria*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 30 de Setembro de 1878.
- UCHÖA, Thomaz Pimentel d'. *Epilepsia*. Rio de Janeiro: Typografia da Luz, 1873.
- XAVIER, Ignácio Firmo. *O médico*. (Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia para obter o grau de doutor em medicina), Bahia: Typografia Liberal do Século, 1850.

## II RELATÓRIO TÉCNICO.

### Fichamentos:

#### Ciência e preconceito: uma historia social da epilepsia no pensamento médico brasileiro.

FERNANDES NOGUEIRA, Antônio. Condições patogênicas e modalidades clínicas da histeria. Rio de Janeiro: Typ União, 1886.

Apresentada em 30 de agosto de 1886.

Bacharel em letras pelo Colégio D. Pedro II.

BN  
Rebecca Coscarelli

P.3	<p><b>PRIMEIRA PARTE – Condições patogênicas</b> <b>Causas predisponentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hereditariedade</li></ul> <p>O autor coloca a hereditariedade como fator muito importante a ser considerado não só no caso da histeria, mas de outras nevroses como a epilepsia. Não só na que diz respeito à “hereditariedade homonyma” mas na da transformação. Isso indica que há uma relação entre várias moléstias do sistema nervoso. A hereditariedade da transformação seria explicada no caso da “histeria feminina” por exemplo, pelo relato do Dr. Nogueira sobre uma “epiléptica” que teve dois filhos: um nasceu histérico e a outra se tornou uma rapariga. Além da hereditariedade, fatores como o alcoolismo também influenciam muito no caso da “histeria masculina”.</p>
P.8	<p>Faz três observações nas quais são investigados casos de histeria. Na maioria delas a epilepsia é reconhecida como causa ascendente sendo a mãe reconhecida como a principal influencia hereditária. Afirma que na maioria dos casos é comum que tais “manifestações mórbidas” coexistam sendo o principal exemplo a epilepsia.</p>
P.10	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li></ul> <p>Dr. Nogueira faz um breve comentário do quanto tempo demorou para que se “vencessem os preconceitos” que vinculavam a histeria como uma doença peculiar à mulher. Mas afirma que em seus dias mesmo estabelecido que “a histeria existe na maior parte das mulheres”<sup>1</sup>, também se reconhece que pode acometer os homens, porém com menos freqüência.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Idade</li></ul> <p>Na histeria masculina há casos mais freqüentes dos 20 aos 40 anos.</p>

<sup>1</sup> Antonio Fernandes Nogueira. Condições patogênicas e modalidades clinica da histeria, 1886. P. 9.

P.15	<p>Na histeria feminina, a passagem da puberdade para a vida adulta, quando “as paixões tornam-se violentas”, tem muita influencia nos casos de histeria. E após a puberdade a doença costuma ficar mais forte no período menstrual. A menopausa também exerceria função importante tanto para o aparecimento primitivo quanto para a volta dos “acidentes histeriformes”.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Meio</li></ul> <p>A freqüência da doença nada sofre com as diferenças de clima.</p> <p>Se levado em conta o meio social, no caso da histeria feminina as classes pobres são mais acometidas pelo “mal”.</p> <p>Os “artistas de qualquer sexo” são mais predispostos à doença, pois vivem mais da vida emocional do que física.</p> <p>Devido à histeria masculina só ter começado a ser diagnosticada recentemente, relata casos no exército em que soldados eram acometidos por ataques e eram julgados simulados ou até epiléticos.</p>
P.21	<p>A educação é um fator que pode predispor a moléstia. Principalmente no caso das meninas que criadas dentro de casa ou em colégio interno, não fazem nenhum exercício físico e quando crescem, suas ocupações se reduzem a bailes, teatros e romances. Todos influencias perniciosas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Funções genitais</li></ul>
P.25	<p>O período de continência nada tem a ver com a doença tanto nos homens quanto nas mulheres. Nas prostitutas também não há relação com a função exercida e a doença. Disto, afirma o autor, pode-se concluir que o “abuso do coito”, se comparado com todos os outros atos de emoção e esgotamento que compunham o desregramento moral, entra em pequena parte como fator.</p>
P.29	<p>O onanismo, por exemplo, tem proeminente lugar na predisposição à histeria, à epilepsia e a imbecilidade.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Outras causas</li></ul> <p>São também elementos de predisposição os temperamentos e convulsões na infância.</p>
P.36	<p><b>Causas determinantes</b></p> <p>Todas as causas determinantes se podem reduzir a duas: as emoções e ao traumatismo.</p> <p>Atribui as emoções de cunho moral como principais fatores à histeria. Devido a ações traumáticas que atuam de duas maneiras: pela emoção produzida e pelo próprio traumatismo.</p>

	<p>Pode ocorrer pela emoção trazida pela ação traumática, como o estupro, o internato, etc, ou então pela lesão traumática em si, que depois de extirpada, nada mais causa.</p> <p><b>Teorias patogênicas</b></p> <p>A explicação patogênica que se baseia nos órgãos genitais tem sofrido várias transformações e uma delas, admitindo a histeria nos homens, localiza a lesão no testículo, e para a mulher, no ovário, trata-se de fatos referíveis a “histeria periférica”.</p> <p>As “theorias medulares” viam na histeria o resultado da congestão parcial da medula.</p> <p>Consideram-se as paralisias, contraturas, perturbações visuais e convulsões como sintomas dominantes da moléstia.</p> <p>Todas as causas da histeria podem se resumir a dois fatores: hereditariedade e adaptação. A hereditariedade é a “memória dos plastidulos” e na adaptação se compreendem todas as causas modificadoras.</p>
--	--

**Ciência e preconceito: uma história social da epilepsia no pensamento médico brasileiro.**

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro 31 de outubro de 1903

FAGUNDES, João. Contribuição ao estudo da Klinotherapie nos alienados. Rio de Janeiro, Typografia do Jornal do Commercio, 1903.108p

Natural do Estado do Rio Grande do Sul

Filho legítimo de Marcolino Fagundes e de D. Ighes Fagundes

108pp.

BN  
Rebecca Coscarelli

P.3	<p><b>DUAS PALAVRAS</b></p> <p>“A nossa nenhuma experiência como a todos soe acontecer, no tocante ao ponto que devia constituir a nossa these de doutoramento, fez com que, deixando de lado qualquer preconceito ou descabida preensão, recorrêssemos alguém que, pelo seu devotamento às sciencias medicas, mais facilmente me sugerisse um assumpto de interesse.</p> <p>Assim, pois, segundo a inspiração de quem, por sua natural modéstia, não levara em conta incógnita que o deixamos, escolhemos a klinotherapie.</p> <p>Nosso trabalho não visa trazer luzes sobre a questão, limita-se simplesmente a assignalar actos, colligir dados, como modesto auxilio, a quem, mais tarde, abordando o assumpto com mais lucidez e preparo, possa tirar delle avantajadas conclusões.</p> <p>Nossa these vai em cinco capítulos.</p> <p>Resume o primeiro, um ligeiro bosquejo histórico; ocupa-se o segundo da technica; as indicações são apreciadas no terceiro; o quarto é constituído pelas observações; fazem por fim o objecto do quinto os efeitos physiologicos e conclusões.</p>
P.5-18	<p>Que os nossos juizes não vejam outro designo senão o de satisfazer uma exigência regulamentar.”</p> <p><b>DISSERTAÇÃO</b></p> <p><b>Capítulo I</b></p>

P.19-35	<p><b>Histórico</b></p> <p>Faz um histórico das formas de tratamento aos alienados. Menciona uma lista de médicos e suas realizações.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pinel com os primeiros hospitais construídos.</li><li>• Leuret (por volta de 1834) fazia o tratamento por meio de fogos e duchas frias.</li><li>• Guislain que em 1854 na Bélgica teria apresentado indicações para o repouso dos alienados no leito</li><li>• Hagen (1853), Koeppe (1861), Brosius (1862) foram adeptos e defensores da klinotherapie. E dessa forma vai dando o nome de vários médicos em várias partes da Europa (Alemanha, Áustria, Suíça, Itália, Inglaterra) onde a idéia do tratamento no leito foi conseguindo ser expandida.</li></ul> <p>Dá a informação de que na França o emprego do método é recente (1894) e que “atualmente” os alienistas se dividem em dois grupos: de um lado os que se declaram inimigos do método e do outro, os que são adeptos. Na América do Sul o tratamento só tem conquistado adeptos nos últimos cinco anos sendo o Dr. Juliano Moreira o primeiro a prescrevê-la em 1901.</p> <p><b>Capítulo II</b> <b>Technica Klinotherapica</b></p> <p>Faz uma breve consideração sobre suas observações no pavilhão de Klinotherapie da Casa de Saúde Dr. Eiras e no de Observação do Hospício Nacional. Observações que dizem respeito à disposição das camas, higiene e limpeza.</p> <p>Technica: Todo indivíduo que chega ao hospital é submetido a um banho e colocado imediatamente no leito. Porém, as vezes, a “falta de orientação e o pavor de que são invadidos” impedem que permaneçam em repouso. Nesses casos é necessário que o doente seja convencido de que precisa estar ali.</p> <p>Quando a agitação se limita a perturbar a ordem geral faz-se necessário o quarto de isolamento.</p> <p>“A influencia moral do médico, em muitos casos de excitação produz magníficos resultados”. Coloca que os métodos de contenção mecânicos tal como camisola de força e laço no mundo civilizado só são usados pela polícia. Para os casos de agitação são aconselhados lençóis de Priessnitz , passeios ao ar livre, hipnóticos ou banho morno prolongado.</p> <p>“Como Schmidt, observamos que os homens são mais dóceis que as mulheres em obedecer aquele benéfico tratamento, contrariando assim a grandiosa e sublime virtude da reconhecida docilidade feminina”.</p> <p>Duração: A duração é variável e em alguns casos como os de delírio alcoólico, histeria e epilepsia o repouso é necessário por alguns dias. No</p>
---------	---



<p>P.37-49</p>	<p>início o repouso deve ser contínuo, mas como afirma Juliano Moreira o repouso prolongado não deve passar de dois me ses consecutivos.</p> <p>Vantagens: “Quem a anos atrás, penetrasse em um manicômio, onde só imperava o antigo sistema, via, desde logo, a profunda desordem que lá reinava: doentes, vagando sem destino pelos corredores, encostados às portas... numa confusão, em fim, indescriptivel; hoje, ao contrário, penetrando-se em um pavilhão klinotherapico, vê-se a mais perfeita ordem e profundo sistemio, dando-nos a idéia de uma enfermaria de doentes comuns”.</p> <p>A vigilância também é mais fácil, por isso, o número de enfermeiros é menor.</p> <p>No leito não se podem fazer mal algum, além de que facilita as observações clínicas.</p> <p>Além de reduzir consideravelmente as manifestações de furor, e assim moderar e acalmar a dor moral.</p> <p><b>Capitulo III</b> <b>Indicações e contra indicações</b></p> <p>Tem função calmante sobre o sistema nervoso o que a fez ser prescrita para casos agudos. Devido aos seus benefícios fisiológicos a klinoterapia deve ser preconizada até em função dos remédios.</p> <p>È indicada para psicoses adultas de forma maníaca que tem como grande resultado o desaparecimento progressivo da mania. Preenche dois fins: primeiro combate a febre e segundo atua sobre a agitação.</p> <p>É indicado para epilepsia e visa dois pontos: na epilepsia convulsiva, modera as crises epiléticas e na mania epilética modera a mania. Neisser (1853) insiste no seu beneficio, pois as crises diminuem de intensidade e os acometidos pela nevrose aumentam de peso.</p> <p>Na opinião do autor o tratamento não é pratico porque: fora das crises o individuo não se sente doente, portanto não se sujeita docilmente ao leito. E pelo fato da epilepsia ser crônica e o doente teria que permanecer no leito por toda a vida.</p> <p>Na histeria é bastante indicado, porém, nas pequenas crises, nas paralisias e em outras manifestações histéricas o método não dá resultado. E quando há agitação motora é usado assim como na epilepsia o isolamento.</p> <p>No alcoolismo é bastante indicado, no fim de 24 a 48 horas os sintomas passam.</p>
<p>P. 51-78</p>	<p>O leito deve ser rigorosamente aplicado nos pacientes com caso de morfínismo, cocainismo e sulfonilismo.</p>

P. 79-88	<p>Na paralisia geral o repouso é indicado com o fim de atentar aos sintomas precusores.</p> <p>Nas agitações passageiras em pessoas dementes, idiotas e delirantes crônicos o repouso produz a calma imediata. “Crayatsch faz as mulheres dementes guardarem o leito o período catamenial.”</p> <p>No estado de depressão – de melancolia o repouso atua quase como tratamento etiológico.</p> <p>Também é indicado na neurastenia, pois o repouso físico e “moral” os favorecem.</p> <p>Os que são contra argumentam que klinoterapia desenvolve a preguiça e o torpor físico. E nos casos de masturbação se evita com vigilância assídua, apesar de “mesmo os que tem tal perversão procuram e sempre obtém meios de satisfazer os seus instintos durante o dia e a noite.”</p> <p><b>Capítulo IV</b> <b>Observações</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Observação I, II: sem interessa para a pesquisa.</li><li>• Observação III: “Delírio alcoólico. Epilepsia larvada? Casa de saúde Dr. Eiras.” Individuo branco, 28 anos, casado, lavrador. Tinha avós maternos nervosos e sua mãe tem constantes ataques. “Usa e abusa de bebidas alcoólicas.” Durante a ultima crise desapareceu de casa tendo sido encontrado a grande distância sem consciência. É acometido de insônia, alucinações visuais, tremores na língua, etc. Foi sujeito ao regime e teve completo restabelecimento depois de 25 dias de tratamento.</li><li>• Observação IV, V, VI, VII : sem interesse para a pesquisa.</li><li>• Observação VIII: “Histeria, excitação maníaca.” Mulher branca de 35 anos, casada, com entrada em 10 de agosto de 1902. Informa que não puderam saber nada sobre seus antecedentes hereditários. Tem medo que a assassinem. Por intermédio do marido souberam que o estado em que se encontra foi contemporâneo a uma suspensão do fluxo menstrual que por sua vez resultara de uma desavença com sua vizinha. Antes, informa o marido que tinha ataques constantes.</li><li>• Observações IX, X, e XI: sem interesses para a pesquisa.</li></ul>
P. 89	

	<p><b>Capítulo V</b> <b>Efeitos fisiológicos</b></p> <p>Nos seus efeitos fisiológicos vários pesquisadores detectaram que o pulso dos pacientes diminuía consideravelmente no principio, procurando se estabilizar no decorrer do tratamento. A tensão arterial também tenderia a se restabelecer, regulariza a temperatura. Devido as modificações imprimidas na função cerebral o doente dorme sonos prolongados. Com relação a nutrição, foi constatado o aumento de peso na maioria dos casos. De maneira geral a klinoterapia é benéfica.</p> <p><b>Conclusão</b></p> <p>O tratamento proporciona vantagens ao alienado tais como: facilita o tratamento e observação, a vigilância também é facilitada desaparecendo casos de suicídio e automutilação além do que favorece os intervalos de lucidez.</p> <p><b>Bibliografia</b></p> <p>Nada de interesse para a pesquisa.</p> <p><b>Proposições</b></p> <p>Nada de interesse para a pesquisa.</p>
--	--

Projeto de pesquisa *Ciência e Preconceito: uma história social da epilepsia no pensamento médico brasileiro*.

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

Biblioteca da PUC-Rio

Fichamento feito por Rebecca Coscarelli

**Autoria:**

Magali Engel terminou a graduação no curso de História da Universidade Federal Fluminense em 1979. Seus trabalhos mais comentados foram sua dissertação de mestrado, livro aqui fichado, e depois sua tese de doutorado que foi apresentada pela UNICAMP em 1995. A tese, assim como a dissertação, também virou livro, intitulado *A loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências*. Atualmente atua como professora adjunta 4 na Universidade Federal Fluminense.

**Natureza do texto:**

O estudo foi desenvolvido primeiramente como uma dissertação de mestrado para o curso de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense. A dissertação teve a orientação da professora Margarida de Souza Neves e foi apresentada em setembro de 1985. As modificações do texto original, assim como afirma a autora, limitaram-se a transformá-lo em um livro.

**Tese central do texto:**

Em meados do século XIX e início do XX o papel do médico na sociedade brasileira, parecia mais bem definido do que nunca. Com seu discurso normatizador sobre a prostituição, o médico tornou-se um dos principais responsáveis por “ordenar a desordem urbana”<sup>2</sup> viabilizando as mudanças que anunciavam a construção de uma ordem burguesa na sociedade brasileira. Magali Engel busca demonstrar como o médico em sua busca por normatizar a vida cotidiana da sociedade, através de passos já percorridos pela medicina européia, constrói um

---

<sup>2</sup> M. Engel, *Meretrizes e Doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*, São Paulo, brasiliense, 1989. p.12.

discurso sobre o sexo revelando uma preocupação cada vez mais explícita com a sexualidade. Transformando dessa maneira, *o corpo, o desejo, e o prazer* em objetos do conhecimento formulando um discurso que não era unicamente o da moral, mas o da racionalidade.

### **Interlocução:**

A autora “conversa” com diferentes autores. Dentre tantos se pode destacar alguns que sem dúvida constituíram a base teórica para a construção do trabalho. Dentre eles encontram-se Michel de Foucault, Marilena Chauí, Sidney Chalhoub e Laura de Mello e Souza. Além dos cronistas da época, tais como João do Rio e Aluizio Azevedo.

### **Estrutura do texto:**

#### **Capítulo 1: A cidade, as prostitutas e os médicos.**

O capítulo busca entender os vínculos entre a produção dos textos médicos sobre a prostituição e as condições que viabilizaram a sua produção. Dessa forma tenta-se entender a cidade do Rio de Janeiro e suas profundas modificações tornando-a cada vez mais desconhecida e assustadora, principalmente para aqueles que se dispuseram a *desvendá-la, classificá-la e ordená-la*. Os médicos ocuparam lugar de destaque ao identificarem os elementos responsáveis pelo seu estado caótico, transformando tais elementos em objetos de estudos.

- A linguagem social do espaço urbano

A autora afirma que o crescimento demográfico da cidade ao longo do século XIX é um indicador importante das transformações que modificaram seu perfil. O aumento populacional teve interferência direta na estratificação social da cidade, pois, mesmo com a complexificação urbana não foi possível absorver o enorme contingente de mão-de-obra de ex-escravos, indivíduos livres e pobres e imigrantes que constituíam a sociedade sendo que essa gama de mão-de-obra era obrigada a *viver de expedientes*.

Afirma que à parcela feminina existiam ainda menos opções devido aos preconceitos da época, logo, restava-lhes serviços domésticos, do pequeno comércio, artesanato e atividades como lavadeiras, cartomantes, cantoras, atrizes, prostitutas. Para essas mulheres a prostituição constituía um importante meio de sobrevivência. Compunham um perfil social e cultural bastante diversificado compreendendo desde o baixo meretrício até a prostituição de luxo. A

autora observa que se levar em consideração os valores da sociedade da época, tais como, virgindade, monogamia e patriarcalismo, a prostituição pode ser vista como um espaço efetivo de resistência à mulher frágil e submissa da época.

Trabalha com os conceitos de *vadio e vadiagem* para caracterizar todos aqueles que desde o período colonial não faziam parte do sistema agroexportador, escravista da produção desse período. Mesmo com o rompimento com a Metrópole, o compromisso pela preservação da ordem escravista foi uma das características. Esses que buscavam organizar a ordem imperial começaram a distinguir três mundos, segundo Ilmar Roloff de Mattos: “Mundo do governo”, o “mundo do trabalho” e o “Mundo da desordem”.

O primeiro constituía o mundo dos *cidadãos ativos* que influenciava ideologicamente o terceiro constituído pelos *cidadãos não-ativos* (o segundo era constituído por escravos, por isso, por *não-cidadãos*). A prostituição estava ligada ao terceiro mundo e associada à vadiagem, ao alcoolismo e a mendicância, ou seja, ao âmbito da *desordem moral e social*. Além do que, pelo fato de não existirem limites no espaço físico urbano, entre o espaço identificado pela imoralidade (prostituição) e o identificado pela moralidade (família) esse era mais um aspecto da desordem na qual se encontrava a cidade do Rio de Janeiro.

- O lugar do discurso: a academia dos médicos.

A autora tenta mostrar o espaço ocupado pelo saber médico, o discurso, principalmente aquele da academia nessa sociedade já que os médicos foram os principais responsáveis pela tarefa de ordenar aquilo que era visto como desordem, o de normatizar o espaço social urbano.

Através da Academia Imperial de Medicina e da Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, foi possível transformar a cidade em objeto de investigação. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro passa a funcionar como uma espécie de consultoria do governo para assuntos relacionados à higiene pública. O mais importante era estimular o conhecimento médico no sentido de uma formação de um conhecimento aplicável as condições específicas da sociedade brasileira. A mulher e a criança eram personagens centrais no tratamento das questões de ordem higiênica. Desse modo o médico passava a opinar sobre tudo o que dissesse respeito à mulher. E transformada em mãe higiênica essa passava à principal aliada do médico na viabilização do projeto de higienização familiar.

Surge o conceito de cidade doente, que será o novo objeto construído pelo saber médico. A medicina, a partir do século XIX, passaria a assumir um caráter político. A medicina social age sobre o corpo doente curando-o, da mesma forma, sobre a cidade ordenando-a de acordo com os padrões médicos de higiene e saúde.

## **Capítulo 2: A prostituição como objeto do saber médico: um território inexplorado**

Magali Angel discute a incorporação do tema da prostituição em meados de 1840 como objeto do saber produzido pela comunidade médica. “Cedendo a vontade de saber, o médico ultrapassa as interdições morais que pesavam sobre o tema, mesmo sem chegar a destruí-las completamente”.<sup>3</sup>

Porém, apesar da necessidade, a vontade de saber do cientista esbarrava em obstáculos impostos pela concepção cristã que fazia do *corpo*, do *sexo*, do *prazer* e do *desejo* temas estigmatizados pela idéia de *pecado*. O médico passa a lutar contra seus próprios dogmas, escrúpulos e hipocrisia, sendo o mais importante a necessidade reconhecida do *ato de falar* do sexo. “Falar da prostituição é falar do corpo e do sexo. È admitir a necessidade de vencer embaraços, cedendo, ainda que de modo vacilante, à vontade de saber”.<sup>4</sup> O médico assume explicitamente a necessidade de superar os obstáculos morais: antes de ser cristão, era um cientista.

A perspectiva assumida pela Academia de Medicina era a de que as reflexões desenvolvidas pela comunidade médica culminassem numa implantação efetiva de medidas de controle da prostituição e da sífilis. Aliás, a concepção da prostituição como principal propagadora de doenças venéreas, principalmente a sífilis, era o que legitimava a ação saneadora do médico.

Para conhecer a prostituição foi preciso, antes de tudo, deixar de conhecê-la como pecado e vê-la como doença. Dessa forma, sem negar o ideário cristão, o discurso médico acaba por recriá-lo, transformando-o em instrumento eficaz na superação dos obstáculos que se interpunham entre a *vontade de saber* do médico e temas como o da prostituição. A *ciência* toma o lugar da *fé* como instrumento de combate à libertinagem, defesa da moral, etc.

---

<sup>3</sup> Idem. P.16.

<sup>4</sup> Idem. Ibidem. P. 58.

A prostituição representaria uma das muitas faces da *cidade doente* e, portanto, um dos objetos que devem ser explorados e conhecidos por aqueles que, como já foi dito, seriam os responsáveis pelo projeto de higienização do espaço urbano. O discurso médico traz implícito um projeto de normatização higiênica do corpo, não apenas no sentido físico, mas também moral e social. Observando a prostituição o médico constrói as categorias básicas de classificação: a *perversão* (a doença física); a *depravação* (a doença moral); e o *comércio do corpo* (a doença social).

### **Capítulo 3: Girando as lentes do microscópio: a definição dos segmentos da doença.**

- A sexualidade pervertida: a dimensão física do corpo doente

Nessa primeira subdivisão são observados os textos sobre prostituição no Rio de Janeiro entre 1840 e 1890, onde os médicos encaravam a sexualidade como uma “função orgânica vinculada à idéia de reprodução”<sup>5</sup>. A prostituição, estreitamente vinculada às idéias de *prazer excessivo* e *não-reprodução*, é inserida pelo médico no campo da sexualidade pervertida. Que apresenta comportamento sexual desviante, antinatural e antifísico. A sexualidade sadia seria aquela definida pela idéia de *prazer comedido*, que garantisse a reprodução da espécie e a integridade do corpo.

A partir daí, a prostituição passa a ser disseminadora não só de infecções mais também da sexualidade pervertida. O perigo maior estaria no contágio de inocentes, tais como, o de “mocinhas inocentes” que praticando a chamada “prostituição clandestina” algumas vezes são acometidas pela histeria, esgotamento nervoso e até pela loucura por cometerem tais atos “imorais e contra a natureza”. Além do mais o discurso coloca a prostituta como principal meio de transmissão da sífilis o que fazia dela uma ameaça à saúde pública.

- A depravação sexual: a dimensão moral do corpo doente

Aqui o significado da sexualidade doente também se expressa na idéia de *depravação*, construída num campo onde se entrelaçam a *irracionalidade* e *imoralidade*. A prostituição assim como a histeria estaria classificada no âmbito da loucura. Esta, concebida pela idéia de instinto não controlado é vista como um estado primitivo ou selvagem, que se caracteriza pela

---

<sup>5</sup> Idem. Ibidem. P. 71.



frágil formação espiritual e intelectual. O predomínio do instinto sobre a razão é qualificado a partir do delírio (loucura) e da degradação moral (pecado) que se encontram no mesmo universo semântico da doença. Dessa forma o pecado não é destruído pelo médico, mas sim é incorporado como substância básica para a construção do sentido moral do corpo doente.

A concepção da prostituta seria aquela constituída ao contrário da *mulher esposa/mãe*. O instinto sexual não controlado geraria a perversão e a depravação, o que impediria não só organicamente, mas também moralmente de conceber e criar um filho. Assim a esterilidade é definida pelos médicos através de valores morais e seria a principal marca da *mulher prostituída*. Ao escolher a esterilidade, a prostituta estaria negando, o que os médicos consideravam ser o único propósito do corpo feminino, a reprodução. A prostituta negava-se a cumprir a tarefa a qual estava destinada a *mulher saudável*.

No espaço da sexualidade moralmente sadia, na instituição higiênica do casamento, a moralidade se expressa pelas noções de homem-pai e mulher-esposa-mãe. Assim como a doença física, a doença moral também seria contagiosa.

- O comércio do prazer: a dimensão social do corpo doente.

Nesta terceira parte, a prostituição aparece relacionada à ociosidade e contraposta ao trabalho. Sendo uma atividade remunerada ilegítima a prostituição é caracterizada como desordem social. Sendo as prostitutas clandestinas aquelas que exercem ocultamente a prostituição sob a capa de atividades tais como de costureira, enfermeira, parteira, etc, percebe-se a qualificação negativa e preconceituosa do trabalho feminino se levarmos em consideração que essas eram atividades exercidas pelas camadas femininas pobres da sociedade. Concebendo essas mulheres como prostitutas enrustidas criam duas idéias contraditórias de ideais burgueses: a mulher *trabalhadora* e a mulher *esposa-mãe*.

Nos países europeus a prostituição era vista como o resultado da miséria causada pelo desequilíbrio da oferta e da procura de mão-de-obra. Mas no Brasil, a miséria, é vista como fruto da ociosidade. A prostituição é vista como fonte de doença social, na medida que é um espaço de reprodução da miséria e um lugar de produção do luxo ilícito (não-trabalho). “A *ociosidade*, a *ambição*, aliadas à *miséria*, definem socialmente a prostituição como ameaça ao

trabalho e à *propriedade*. E, deste modo, o médico imprime sobre a prostituição um cunho de oposição ao progresso e à *civilização*, qualificando-a como *inimiga da nação*".<sup>6</sup>

#### **Capítulo IV: Do diagnóstico à prescrição dos medicamentos: as propostas de controle da prostituição**

- O projeto de regulamentação sanitária da prostituição pública

A prostituição tomada como objeto médico é consensualmente diagnosticada como um mal que ameaça a saúde física, moral e social da população urbana. Porém, o discurso médico, apresenta discordâncias quanto às formas de tratamento da doença, apesar do objetivo de todos de controlá-la. Para alguns o controle seria limitar, isolar e manter a prostituição, para outros, seria repreendê-la energicamente. Quanto às formas de tratamento o discurso apresenta duas tendências: a *defesa* e a *oposição* à regulamentação sanitária.

Na primeira subdivisão aparecem as primeiras medidas de regulamentação de medidas profiláticas. Em 1890, a Academia de Medicina aprovava um conjunto de medidas relativas à profilaxia da sífilis.

Com o objetivo de regulamentar a prostituição o discurso médico tem um certo tom de fatalidade que imprime à prostituição um caráter inevitável. Assim, como um meio de satisfazer os instintos naturais masculinos do *prazer pelo prazer* a prostituição seria um mal necessário para a manutenção da família e do indivíduo higiênicos.

Acontece que a prostituição e o corpo da prostituta não deveriam ser livres, mas sim, regulamentados. A *prostituição livre* seria responsável pela desgraça da sociedade justamente por "atacar" inocentes. "Se no caso vertente há atentado contra a liberdade do indivíduo, este não será menor do que quando se impede nos mercados vendera fruta deteriorada, o peixe em decomposição, os vinhos falsificados. Sejamos práticos. A prostituta exerce um comércio, é preciso, portanto que o objeto vendido esteja em bom estado."<sup>7</sup>

Porém, não deveria haver excessivo rigor nas medidas, pois, aqueles que eram contrários à regulamentação acusavam-na de autoritária. Um exemplo dessa regulamentação é a

---

<sup>6</sup> Idem. Ibidem. P.102.

<sup>7</sup> Citado por Magali Engel, p 108.

institucionalização dos bordéis que além de facilitar a fiscalização médica e policial restringia o espaço da prostituição.

- A crítica anti-regulamentarista

Aqui aparecem os anti-regulamentaristas que acreditavam na prostituição como um mal que poderia e deveria ser eliminado acusando seus opositores de criarem condições para a sua persistência. A regulamentação significaria legalizar o mal.

- O consenso em torno das medidas profiláticas

A falta de educação moral e a desordem familiar seriam apontadas como principais causadores da disseminação da prostituição. Além do que, a educação não deveria ser só responsabilidade da família higiênica, mas também das instituições higiênicas. Além de essa ênfase na educação recair sobre as mulheres. Esta, pra ser considerada saudável, deveria ser capaz de cumprir não só o papel de *esposa-mãe*, mas exercer uma atividade *produtiva*.

- A recuperação da prostituta e as medidas regeneradoras.

De certa forma, havia a crença na reabilitação da prostituta. Essa crença apresenta-se como ponto essencial para os médicos anti-regulamentaristas. Para tal a pregação da doutrina cristã revela-se como ponto importante. Os médicos regulamentaristas, ao colocarem a prostituição como um mal necessário e inevitável, transformariam a regeneração em algo impossível.

Projeto de pesquisa *Ciência e Preconceito: uma história social da epilepsia no pensamento médico brasileiro*.

PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2001.

Acervo pessoal da profa Margarida de Souza Neves  
Fichado por Rebecca Coscarelli

**Autoria:**

André Faria de Pereira Neto é professor titular da Universidade Estácio de Sá, assessor da diretoria de tecnologia da FAPERJ, ocupou cargo na Fundação Oswaldo Cruz e foi professor substituto na UERJ. Tem como linha de pesquisa a História das profissões de Saúde e atualmente faz pós-doutorado como bolsista na University of California San Francisco, UCSF, Estados Unidos.

**Natureza do texto:**

O livro é fruto da tese de doutorado intitulada “Palavras, intenções e gestos: os interesses profissionais da elite médica – Congresso Nacional dos Práticos (1922)”, defendida em junho de 1997, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

**Tese central do texto:**

O autor tenta demonstrar a idéia do Congresso Nacional dos Práticos como ao mesmo tempo ‘monumento’ e ‘documento’ (Le Goff). Documento por representar um testemunho histórico vivido pela elite médica. Monumento, pois, segundo o autor faz recordar e é um sinal do passado. Muitas polêmicas expostas nos Anais do Congresso Nacional dos Práticos continuam promovendo ainda hoje intensa controvérsia. Ser médico no Brasil era heterogêneo.

**Interlocação:**

O autor dialoga com Le Goff, na medida em que esse oferece o aparato teórico para a sua tese. Além disso, percebe-se um diálogo com M. Larson no que diz respeito à formulação conceitual do ideal tipo da profissão. E também com M. de Foulcault no que diz respeito as atitudes do médico com relação ao doente e a manutenção de seu poder sobre ele.

**Estrutura do texto:**

O livro é dividido em cinco capítulos, algumas considerações finais e um anexo com o levantamento biográfico dos relatores do CNP, além do prefácio, apresentação e introdução.

### **Introdução:**

Para ambientar e exemplificar as características das práticas médicas vigentes até o século XIX o autor faz a análise de um quadro de Pablo Picasso entitulado “Ciência e Caridade” (1897). Segundo o autor esse quadro apresenta uma maneira específica de ser médico até finais do século XIX.



Até então a prática médica dizia respeito ao médico como produtor individual de serviços de saúde, o que garantia a sua autonomia técnica e econômica. Desse modo sua sensibilidade e observação é que vão determinar o diagnóstico e o tratamento da paciente, sendo o seu conhecimento proveniente da prática e experiência profissional.

Outra marca era a generalização de seu conhecimento tendo em vista que a compartimentação deste estava apenas se iniciando. Essa posição confere ao médico poder e vulnerabilidade. Porém, apesar de sua autoridade, a medicina apresentava pouco “poder de resolução” e com isso a concorrência com outras práticas de cura era grande, o monopólio médico ainda não estava completamente concluído. Só no final do século XIX, com a ajuda da filosofia positivista, a medicina se transformará em verdade incontestável.

Fala também da experiência e autonomia que o médico com relação ao hospital filantrópico. Essa atividade dava-lhe experiência profissional; prestígio junto à clientela, além de ser mantida sua autonomia técnica e econômica. A obrigação de estar ali, no hospital filantrópico, era, sobretudo moral.

Até o final do século XIX ser médico, era ser profissional liberal e no início do século XX o mercado de trabalho e o conhecimento sofreram profundas transformações. Dentre elas: a especialização e tecnificação do conhecimento; o Estado, que passou a assumir cada vez mais

o papel de “gestor e promotor” em diversos ramos da produção e serviços de saúde. Assim, foram sendo evidenciadas outras formas de ser médico no Brasil, que passaram a rivalizar com aquela até então existente.

O livro analisará um evento particular, o Congresso Nacional dos Práticos (1922). Este mostra a reação da elite médica a essas mudanças. Posições antagônicas e muitas vezes até contraditórias no interior dos próprios pares na medida em que as mudanças interferiam em sua identidade profissional e autonomia técnica e econômica. Segundo o autor, o ambiente não era pacífico.

### **Capítulo 1: Congresso Nacional dos práticos: um evento singular.**

O autor contextualiza o ano de 1922, justamente para mostrar que o Congresso Nacional dos Práticos estava inserido em uma ordem de acontecimentos e não poderia fugir dela. Do ponto de vista geral, os anos 20 representavam uma crise no modelo aligárquico-agrário-exportador e liberal. Com a exposição comemorativa dos cem anos de independência a intelectualidade começava a debater sobre os motivos do atraso do país e os caminhos a serem seguidos. Com o término da Primeira Guerra Mundial a cidade do Rio de Janeiro se transformava em uma vitrine para o progresso, suas ruas foram remodeladas, organizadas, iluminadas, tudo com o desejo de se tornar uma nação desenvolvida. No Congresso Nacional dos Práticos, a interlocução com representantes do poder público foi privilegiada sendo que muitos dos presentes eram médicos e deputados, o que evidenciaria a presença legislativa diretamente interessada nas questões da área de saúde.

De um ponto de vista mais específico, deve-se observar ao contexto do CNP, a presença do Estado na sociedade brasileira. Foi ocorrendo desde a proclamação da República uma modificação do papel do Estado em relação à coisa pública. E tendo em vista essa atuação do Estado pode-se identificar dois movimentos: as vias liberais de gestão, que iam perdendo espaço para a defesa e organização de um aparato estatal forte e centralizado que seria pré-requisito para estabilidade política e desenvolvimento industrial; além da conjuntura histórica pela qual passava a profissão médica no país.

A questão social passava progressivamente de assunto de polícia a questão política. Para tal, uma das propostas em jogo, concebia a intervenção estatal não só na gestão, mas também na produção de bens e serviços, sobretudo na área de saúde. Assim, as políticas de saúde pública

tiveram papel central na criação e no aumento da capacidade do Estado brasileiro intervir no território nacional. Um exemplo dessa intenção estatal intervencionista é a criação em 1920 do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Com este se constituía pela primeira vez no Brasil, uma estrutura sistematizada e hierarquizada, de proporções nacionais, na área de saúde e higiene pública. Visava a educação higiênica, medicina preventiva e assistencial.

Levando em consideração a conjuntura da profissão médica, na realização do CNP, pode-se observar que esta estava passando por profundas transformações no que dizia respeito ao conhecimento médico, mas também no seu mercado de trabalho. Até final do século XIX e início do XX, a prática profissional associava às condutas clínicas as morais. A relação médico-paciente era individualizada e não contava com o aparato que estipulasse o valor e a duração da consulta. O corpo do paciente era visto como indivisível e a sensibilidade e habilidade do médico eram os principais atributos para o exercício dessa atividade. No início do século XX pode-se perceber duas ordens de mudança nesse perfil: 1º o conhecimento médico começava a se especializar; 2º o desenvolvimento tecnológico introduziu ao diagnóstico e tratamento mais precisão, o que aumentava também o custo da produção do serviço. Com isso, o médico estava sendo obrigado a deixar de determinar o preço de seu trabalho perdendo o controle sobre a sua clientela.

Como já foi mencionado, o Estado ensaiava seus primeiros passos na entrada da arena social e o crescimento das atividades estatais traziam consigo um potencial assalariamento do médico. Assim, atuar nas esferas públicas e políticas de higiene e saúde passou a ser uma das estratégias possíveis para angariar prestígio, reconhecimento e clientela para o consultório privado. A carreira pública não impedia o atendimento clínico.

Nesse sentido, com a possível modificação na ordem política, os médicos divergiam com relação aos caminhos da saúde e assistência médica a serem adotados, porém, todos estavam interessados em preservar e até ampliar o prestígio social e poder econômico de acordo com essas modificações.

O autor faz um esclarecimento com relação ao conceito de elite aplicado por ele na medida em que faz menção a uma “elite médica” participante do congresso. Para ele o conceito de elite, particularmente, designa pessoas eminentes num determinado campo do conhecimento e da sociedade. E observando os 45 relatores do CNP pode-se dizer estes fazem parte da elite

medica, sobretudo “pela fatia significativa de poder político, associativo e científico, que de forma combinada, exerciam na área da saúde na década de 20 do século XX”. (p.32)

Mas, o que diferenciava o CNP dos realizados anteriormente? A temática em debate, afirma o autor. No CNP os interesses profissionais tornam-se preocupação central nos debates. A organização do mercado de trabalho, a questão da autonomia técnica e econômica e o papel do Estado como intermediador dos interesses coletivos, foram alguns dos assuntos em vigentes. A finalidade do Congresso era discutir a medicina social, e não a clínica.

No CNP pode-se perceber a discussão dos interesses profissionais dos médicos, que nem sempre concordavam uns com os outros. Desse modo, observa-se três aspectos que definiam conceitualmente uma profissão: o domínio de um certo conhecimento; o monopólio do mercado de trabalho; formalização de normas de conduta. Além do que, o conhecimento profissional deve ter pelo menos três características: ser complexo, inatingível e incompreensível por um leigo; ser sistematizado e institucionalizado em estabelecimentos de ensino; ser aplicável, contendo altos índices de resolutibilidade dos problemas relevantes à sociedade.

O mercado de trabalho deve ser delimitado e exclusivo. Para tal a classe se organiza em instituições de representação de interesses para pressionar o Estado. A ação coletiva requer deixar os esforços particulares de lado e se preocupar com o grupo. Essa articulação política tem como objetivo conquistar a autonomia técnica e econômica do profissional. A formalização de normas de conduta pode ser expressa em mecanismos de auto-regulação. Porém, nada disso vale sem uma profunda aderência social. O profissional deve convencer sua clientela de sua exclusividade no exercício de uma determinada atividade.

Além de todas essas questões, o autor chama a atenção para a heterogeneidade da profissão e do debate ocorrido entre os pares. “Longe de apresentar-se como um todo homogêneo e harmônico, os integrantes da elite da profissão médica divergiam quando ao diagnóstico e ao tratamento e a terapêutica a serem implantados, sobre o mercado de trabalho e a erosão da autonomia técnica e econômica que consideravam estar ocorrendo na profissão”. (p. 41) O médico entra em contato com a vida privada do paciente, servindo de intermediário entre a ciência e o caso particular. “A medicina parte de um saber generalizante pra atingir uma



objetividade individualizada”. (p. 39) Houve dissenso no âmbito da preservação da profissão, porém, quando se tratou de valorizar retoricamente sua importância, houve consenso.

## **Capítulo 2: Conflito entre médicos: perfis profissionais em disputa e condutas desejáveis.**

No CNP foram defendidos três perfis de prática médica: o generalista, o especialista e o higienista. Além de ocorrerem debates de cunho ético-profissional tanto no que diz respeito aos limites do segredo profissional quanto na padronização dos anúncios médicos.

- Perfil generalista.

A ação do médico seria comparável a de um sacerdote. Longe de ser ciência a medicina se transformaria em uma arte, o mais importante seria consolar. Altruísmo e sacrifício aparecem como aliados na construção simbólica deste ideal de prática profissional. Comportaria ainda a idéia do produtor individual de serviços de saúde sendo o médico encaixado no que pode ser denominado de profissional liberal. Tinha a liberdade para estabelecer o controle, o valor, o duramento e as condições em que se desenvolveriam as consultas e o tratamento. A autonomia técnica e econômica estaria garantida. “Concluindo a caracterização do perfil generalista, podemos afirmar que ele estava calcado no princípio da liberdade plena do médico em relação ao doente... voltado para o indivíduo que se tornava, praticamente, propriedade particular do médico”. (p.46)

- Perfil especialista.

A presença de novas tecnologias nos exames de laboratório e diagnóstico iriam contra os valores próprios do universo da subjetividade presente nos argumentos dos defensores do perfil generalista. Havia três idéias presentes no perfil especialista: divisão do trabalho em especialidades; precisão no diagnóstico e no tratamento; autodenominação de científica. A divisão em especialidades foi criando uma hierarquização entre cada uma delas na medida que, dependendo da conjuntura histórica e das necessidades sociais, cada uma ficava mais importante no mercado, junto à clientela e a sociedade. O trabalho médico era visto como uma atividade de equipe, onde caberia a cada profissional a sua parte e responsabilidade no processo de cura.

Assim como generalistas, especialistas acreditam que o paciente é propriedade particular do médico e sendo que nenhum dos dois perfis implicaria no assalariamento do médico. Padrão liberal de relação médico-paciente.

- Perfil higienista.

Há um caráter coletivo da prática e cientificidade do método. É um perfil em “prol da humanidade, coletividade e da construção de uma pátria”. Apresentavam sua identidade profissional relacionada a três orientações possíveis: cunho normatizador de hábitos e costumes; caráter preventivista; lógica eugenista.

O alinhamento a este ou aquele perfil dependia de uma avaliação individual dos rumos tomados pela profissão, mas sempre com o intuito de manutenção do status econômico e profissional.

Com relação a questão do segredo profissional houveram diversas opiniões antagônicas. Apesar de ser obrigatória a “notificação compulsória” muitos profissionais se recusavam a exercê-la. Por um lado ela interferia na autonomia do trabalho médico; por outro afetava a relação de confiança médico paciente.

Afrânio Peixoto médico de perfil higienista, era totalmente a favor da notificação compulsória. Para ele a notificação seria uma aliada na organização do sistema de saúde e sua justificativa seria a sobreposição do interesse da saúde coletiva à particular de um único paciente. Porém, para generalistas e especialistas que dependiam dos pacientes particulares para sobreviver essa era uma péssima medida.

Com relação a padronização dos anúncios médicos, haveriam outras discussões. Como o padrão da relação médico-paciente era predominantemente liberal, seriam necessárias estratégias para atração e preservação de clientes. Com isso eram comuns os anúncios publicados na imprensa muitas vezes com propagandas feitas por médicos diplomados de métodos de cura leigos. Assim era colocada a questão do “charlatanismo diplomado”. O estabelecimento de parâmetros equivalentes de concorrência faria com que a luz da ciência não fosse ofuscada.

### **Capítulo 3: Conflito entre médicos e seus auxiliares: farmacêuticos, enfermeiras-visitadoras e parteiras.**

No CNP percebe-se três áreas de disputas: médicos versus farmacêuticos; médicos versus enfermeiras-visitadoras; médicos versus parteiras. Com o objetivo básico de limitar o campo de prática destas alteridades para garantir a soberania e autoridade do médico no mercado de serviços de saúde.

- Médicos versus farmacêuticos.

O regulamento garantia o poder do médico sobre o ato de prescrever a medicação, restringindo a ação do farmacêutico ao aviamento de fórmulas, sendo a autonomia técnica do farmacêutico formalmente limitada. Porém, o que se observava na sociedade da época era a enorme procura das farmácias e farmacêuticos sem o acompanhamento médico, o que correspondia a uma concorrência a sua autoridade.

Para tal problema foram impostas medidas de controle do conhecimento do farmacêutico pelo médico. Nos anos 20 a formação do farmacêutico se integrava a Faculdade de Medicina. Quanto menor a abrangência do conhecimento, menor seria o poder de reivindicação de uma ocupação em relação ao monopólio desta ou daquela atividade.

- Médicos versus enfermeiras-visitadoras.

A história da enfermagem no Brasil se caracteriza inicialmente por uma fase doméstica, convivendo com o modelo sacerdotal característicos das santas casas de misericórdia. Porém, com a secularização da gestão hospitalar, surgiu a necessidade da criação de uma escola de enfermagem.

Antes da abertura da escola, a maioria das enfermeiras vinham das camadas populares e eram praticamente iletradas. Essas, aos poucos, seriam substituídas pelas formadas na Escola de Enfermagem. Havia a lógica da racionalização do trabalho muito presente do ideário da enfermagem moderna. Um dos objetivos de Ethel Parsons, enfermeira vinda dos Estados Unidos e responsável pela formulação da Escola de enfermagem aqui no Brasil, foi mudar o conceito de enfermagem para que as camadas mais altas da população se interessarem. Estava preocupada com o padrão de formação técnica e moral das enfermeiras. O lugar social das

enfermeiras devia ser colocado entre os homens de ciência e os milhões de necessitados de saúde. A enfermeira seria uma disciplinarizadora do paciente. A enfermeira deveria completar o trabalho do médico, fazer cumprir suas ordens. Divisão de trabalho manual e intelectual.

Parsons colocava o trabalho das enfermeiras visitadoras como essencial para a lógica higienista garantindo o monopólio com relação as enfermeiras leigas. Dentro do Congresso pode-se identificar duas posições: o enaltecimento do trabalho das enfermeiras-visitadoras; a desconfiança de que seria uma ameaça ao monopólio médico.

- Médicos versus parteira.

Do mesmo modo que ocorria com os farmacêuticos, o trabalho de parteira tinha o reconhecimento social, sendo muitas vezes solicitado. Com a criação de um curso para parteiras houve uma diferenciação entre parteiras leigas e tituladas.

Com o passar do tempo as exigências para a frequência ao curso de parteira ficavam cada vez mais difíceis de serem cumpridas, o que representava também uma forma de segregação social entre as leigas e as tituladas. Parsons também pretendia implementar esse processo de elitização social na enfermagem. Além disso, o fato de terem sido implementadas leis que protegessem o monopólio médico indica a concorrência.

#### **Capítulo 4: Conflito entre médicos e os ‘indesejáveis’: curandeiros, espíritas e homeopatas.**

No CNP foram identificadas três arenas de disputa entre médicos e outras praticas de cura alternativas. “Curandeirismo, espiritismo e homeopatia apresenta-se como alteridades terapêuticas concorrentes com a alopatia no mercado de serviços de saúde”. (p.87)

- Médicos versus curandeiros.

Apanhei um resfriado

*Leonel Azevedo e Sá Roriz (gravado em 1937).*

Pelo costume de beber gelado,

apanhei um resfriado que foi um horror.  
Porem, com medo de fazer despesa,  
Eu, com franqueza, não fui ao doutor,  
pra me curar.  
E tudo quanto foram me ensinando,  
Eu fui tomando e...  
cada vez pior,  
e quem quiser que siga o tratamento,  
pois se não morrer de cura, ficará melhor.

Tomei de tudo, escalda-pé, chá de limão,  
até xarope de alcatrão  
e nada me faltou.  
tive dieta só de caldo de galinha,  
O galinheiro da vizinha quase evaporou.  
E tive febre, tive tosse, dor no peito,  
ate fiquei daquele jeito, sem poder falar.  
Mandeí chamar, então, um especialista  
que pediu dinheiro a vista,  
pra poder me visitar.

No bangalô, porém, choveu a noite inteira,  
e eu debaixo da goteira,  
sem ninguém saber.  
A ventania arrancou o zinco do telhado,  
e me deixou todo molhado,  
quase pra morrer.

‘Sá’ Guilhermina quis me dar um lenitivo  
então me fez um curativo,  
e eu fiquei jururu.  
E foi chamado finalmente um sacerdote,  
pra me encomendar um lote,  
de dez palmos no Caju.

(p. 87).

Como exemplo, este samba mostra as dificuldades de um homem de origem popular chamar um médico especialista que costumava cobrar dinheiro à vista. A música também demonstra a concorrência entre racionalidades terapêuticas que está associada a formação cultural do Brasil. Porém, como observa Pereira Viana, a ‘ignorância’ e a ‘ingenuidade’ justificariam a adesão ao curandeirismo no interior do país, porém, observava-se a adesão de “muita gente classificada”.

Desse modo, duas perguntas pareceram pertinentes.

A 1ª: Como os relatores justificavam este sucesso em diferentes classes sociais?

Se por um lado há a crença inabalável na soberania da medicina alopática, o relator Ferreira Viana, também demonstra que os índices de resolubilidade da medicina oficial por vezes não satisfaziam as demandas de “dor e sofrimento” do paciente. Restando ao mesmo recorrer ao curandeirismo. Uma outra justificativa seria o fato de pessoas de diferentes classes não confiarem 100% na ciência, fazendo com que em caso de demora na cura de alguma enfermidade seja motivo suficiente para a procura de outras práticas.

A 2ª: Que medidas postulavam para dirimir o problema?

Seriam estratégias de cunho persuasivo pelas quais desqualificavam o curandeirismo qualificando simultaneamente a prática médica. E de caráter coercitivo pelas quais constantemente convocavam o poder estatal para efetivamente impedir sua prática.

- Médicos versus espíritas.

Em 1884 é criada a Federação Espírita Brasileira e uma de suas principais iniciativas foi a criação do Serviço de Assistência aos Necessitados que obteve êxito não só entre as elites, mas principalmente entre as camadas mais necessitadas da população. Eram os pobres em grande parte não-espíritas que procuravam esses serviços na falta de assistência pública e gratuita à saúde.

O autor observa que seria compreensível que a medicina mediúnica obtivesse sucesso em ambiente tradicionalmente impregnado pela crença em poderes psíquicos e sobrenaturais de cura. Outro fato que fazia com que o atendimento pudesse abranger vários segmentos da sociedade seria que essas instituições se distribuíssem geograficamente por diferentes bairros distantes uns dos outros. Além disso, a Federação Espírita se sentiria resguardada por contar com alguns médicos oficiais trabalhando em seus quadros.

Cabia aos relatores, por meio da delação, denunciar os locais de sua existência e convencer a opinião pública e o Estado de que a prática de cura espírita seria o pior tipo de curandeirismo. Era necessário mais do que a coibição era necessária a proibição e extinção do exercício da medicina pelos centros espíritas.

A valorização e qualificação do trabalho médico ocorreram de forma combinada ao processo de depreciação e desvalorização tanto de curandeiros e espíritas quanto dos usuários desses serviços. O importante era impedir o incremento de funções concorrentes à médica, que seria responsável por seu monopólio do mercado de serviços de saúde.

- Alopatas versus homeopatas.

Os médicos alopatas viam a homeopatia como mais uma de suas concorrentes e em suas instituições combinavam duas estratégias políticas para impedir a legitimação da homeopatia: procuravam bloquear as iniciativas de oficialização do ensino homeopático além de procurarem inibir o exercício de sua prática por intermédio da criação e aplicação de leis e de medidas coercitivas.

Porém, o que se observa entre 1900-1930 foi a crescente institucionalização que o ensino e a prática homeopática obtiveram, havendo em 1912 a criação da primeira faculdade de medicina homeopática no Rio de Janeiro. O objetivo era tornar o acesso e a permanência na faculdade, tão exigentes, complexos e excludentes quanto na alopática oficial. Assim visavam obter o mesmo status e reconhecimento social. Ao mesmo tempo em que entre o parlamento e a elite local os homeopatas iam conseguindo cada vez mais adeptos a resistência dos alopatas crescia.

Foram observadas duas posições com relação à homeopatia no CNP. A primeira foi a completa negação da homeopatia, considerava a medicina homeopática absurda e destituída de caráter científico. A segunda era um reconhecimento relutante que visava “encarcerar a homeopatia dentro do campo médico oficial, retirando-lhe seu sentido e seus significados mais complexos e eminentemente concorrentes com a racionalidade alopática dominante.

### **Capítulo 5: Os médicos e o Estado.**

- Os médicos e a presença do Estado no ensino.

O início do século XX no Brasil tem a marca da crescente participação do Estado na coisa pública. Durante todo o século XIX predominava o denominado ‘ensino livre’, porém, com a Proclamação da República e as alterações legislativas que a elas se seguiram expressam uma transição do perfil liberal de relação entre Estado e sociedade para uma postura crescentemente intervencionista e reguladora. A Lei da Equiparação (1915) inaugurou de forma incisiva e direta a intervenção do Estado na qualificação profissional de nível superior. As forças públicas formalizaram pela primeira vez na história do ensino superior brasileiro, a vontade política de estabelecer critérios de avaliação para as instituições formadoras de pessoal de nível superior. Se a instituição não se conformasse com as exigências impostas pela lei o estabelecimento passaria a conferir um diploma sem reconhecimento oficial, logo, sem validade profissional. O Estado inibia a proliferação das instituições.

Os relatórios do CNP que se posicionaram sobre o papel do Estado na formação do médico apresentam uma posição consensual. Todos visavam tornar o acesso e a permanência no ensino superior ainda mais limitados e elitistas. As posições poderiam ser agrupadas em quatro tipos: 1º exigiu a existência de um hospital junto ao estabelecimento de ensino; 2º defendeu a limitação do número de vagas na faculdade de medicina; 3º limitar o ingresso de médicos estrangeiros no mercado nacional; 4º obrigatoriedade do diploma para o exercício profissional.

A primeira posição visava elevar a qualificação e o status profissional do médico, além de inibir a proliferação de novas instituições passíveis de equiparação. A segunda posição estava baseada em uma análise das condições do mercado de trabalho na área de saúde. Havia um crescente e descontrolado número de médicos e o número de clientes era desproporcional. Da



mesma maneira as terceira e quarta posições visavam manter o mercado e diminuir a concorrência para os médicos brasileiros e sua clientela. Os relatores visavam tornar o conhecimento médico ainda mais esotéricos, ainda mais restrito a um círculo fechado de ouvintes. Os adendos ao decreto de 1915, defendidos por alguns relatores, aumentavam ainda mais a participação do Estado na formação profissional. Agindo nesse sentido o Estado garantia as condições mínimas da preservação do valor da profissão médica no mercado de trabalho predominantemente liberal.

- Os médicos e a presença do Estado na saúde.

O incremento da presença do Estado nas questões da medicina não foram consensuais. De um lado estavam os higienistas, favoráveis ao incremento da presença estatal. De outro, especialistas e generalistas que reivindicavam a limitação dessa participação. Sendo que a década de 20 foi marcada pela crescente participação do Estado com agenciador de serviços de saúde. Mas se por um lado a expansão dos serviços higiênicos, preventivos e assistencialistas organizados pelo Estado abririam espaço para a atuação profissional do médico no âmbito da organização pública, por outro lado, a educação higiênica aumentaria a qualidade de vida dos cidadãos e reduziria as possibilidades de adoecimento, diminuindo assim o mercado de trabalho clínico do médico. O papel intervencionista do Estado teria simultaneamente o poder de ampliar e de reduzir o mercado de trabalho do médico.

Os relatores próximos ao perfil higienista reiteraram o papel normatizador de hábitos e costumes do cidadão comum, este poder reforçaria ainda mais a autoridade do médico sobre o paciente. Além disso, se abririam no interior do aparelho do Estado, esferas de poder que seriam ocupadas por médicos higienistas. A expressão medicalizar foi utilizada por Foucault para traduzir “um conjunto de iniciativas políticas preventivas, educativas, higiênicas e curativas implementadas pelos médicos no final do século XIX e início de século XX, com o objetivo de normatizar comportamentos e atitudes individuais do doente em relação à doença, evidente ou iminente”. (p. 123).

Havia três estratégias que reforçavam o papel ‘medicalizador’ do DNSP. A primeira delas seria a transformação das medidas preventivas e higiênicas em condição para efetivação do progresso no país. A segunda concebia a educação higiênica como medida imprescindível

para o sucesso de tal empreendimento. A terceira apresentava uma diferença com relação as outras duas: considerava insuficientes as medidas formalmente estabelecidas.

Porém, houve a preocupação por parte dos médicos especialistas e generalistas de pessoas abastadas começarem a se utilizar dos serviços gratuitos do Estado para o tratamento de suas doenças. Com isso, o mercado de trabalho e a clientela desses médicos seria seriamente prejudicados. Logo, houve a implementação de medidas que inibissem a utilização dos serviços gratuitos pela classe abastada. “Do lado de fora do consultório, a ação do Estado era permitida e incentivada; do lado de dentro não”. (p.132).

### **Considerações finais.**

Nas considerações finais o autor tenta analisar através do título de seu livro “o que estava presente no passado e o passado que permanece presente”. Coloca que algumas questões discutidas no CNP tais como a preocupação para preservar o prestígio da profissão médica ou a discussão sobre o resgate do médico de família ou o incremento da tecnologia. Essas questões continuam perpassando as discussões e os debates na profissão ainda hoje.

### **Interesse para a pesquisa:**

Apesar do livro ser muito técnico e específico e de não mencionar nenhuma vez a palavra epilepsia e de não se encontrar no recorte de tempo estabelecido pela nossa pesquisa, é interessante para perceber as questões latentes para os médicos na época.

Os interesses profissionais não eram homogêneos, cada grupo estava interessado em resguardar sua autoridade, seu mercado de trabalho e a posição privilegiada da medicina na sociedade só que de maneiras diferenciadas. Para alguns, a participação cada vez maior do Estado no que dizia respeito as questões da saúde abriria novas oportunidades em uma esfera diferente e até mesmo mais relevante de poder. Assim como o Estado começava a interferir nas questões sobre saúde, o médico via a oportunidade de interferir de maneira eficaz no aparato Estatal, seria uma via de mão dupla tanto para um quanto para outro.

Com relação aos médicos presentes no Congresso, é importante a participação de Afrânio Peixoto, principalmente para a questão da relação entre epilepsia e crime. Este médico seria figura eminente no cenário do Congresso, sendo médico de perfil higienista, foi um de seus

principais relatores. Ao final do Congresso foi eleito presidente da Academia Nacional de medicina (1923) e segundo o autor é um dos integrantes da elite médica da época.

CORADINI, Odaci Luiz. “A formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França com o centro de importação”. In: *Estudos históricos Brasil-Europa*, número 35, jan.-jun. de 2005. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas, 1998.

O texto é subdividido em três partes: *A ANM como monumento e o recrutamento e consagração de elites; As trajetórias sociais dos membros da ANM e da própria “profissão”; A passagem do predomínio europeu para o norte-americano e a introdução de novos esquemas de representação.*

O autor crê que a Academia Nacional de Medicina oferece boas condições para o estudo de importação feita pelo Brasil não só de filosofia e tecnologias médicas francesas, mas também de modelos culturais e institucionais nos séculos XIX e XX. É possível através do estudo da ANM acompanhar o recrutamento da elite médica e as suas relações com diferentes segmentos da sociedade da época. Além do que, a ANM é um esforço de transpor a estrutura

da Academia Francesa de Medicina e justamente por isso, coloca a importância da apreensão das condições de adaptação às circunstâncias sociais e culturais locais.

A atual ANM, apesar de ter sido criada em 1835 não sofreu mudanças institucionais, principalmente no que diz respeito as “*funções oficiais básicas de assessoria ao poder central em problemas médicos e no controle do exercício profissional em conjunto com um dos poucos cursos de medicina da época*”. (p.4) No âmbito do ensino universitário no país, na maior parte do período da existência da ANM este se reduzia a dois cursos de medicina (Bahia e Rio de Janeiro) e dois de direito (em Recife e em São Paulo).

O autor chama atenção para o caráter de consagração social de elites que esse tipo de instituição pode adquirir e das mudanças do próprio significado da medicina que seria abordada simultaneamente como “profissão” e como “*espaço de confronto entre estruturas de capital e princípios de legitimação e hierarquização*”. (p.4) Isso implicaria transformações nas relações da medicina com outras esferas da sociedade, dá o exemplo das forças armadas, da Igreja e da escola.

#### ***A ANM como monumento e o recrutamento e consagração de elites***

Nessa parte do artigo, o autor aponta que se por um lado é importante esse tipo de instituição por causa da institucionalização do controle do exercício da medicina, por outro ela também constitui um lugar de acumulação de prestígio e capital relacional e social. Nos numerosos estatutos, biografias, “*curricula vitae*”, etc, são evidenciadas ênfases em qualidades, heroísmo pessoal e muitas vezes em buscas de origens que possam evidenciar vínculos com a medicina, com o intuito justamente da criação e consagração de imagens sociais. Coloca que a não emergência de um confronto entre ideologias “aristocráticas” e “meritocráticas” pode ser decorrente dos critérios de recrutamento dessa, elite a cooptação com base no capital de relações sociais o que resulta segundo o autor numa espécie de “efeito clube” e que torna legítimo a menção a “laços pessoais” e vínculos de patronagem e parentesco. Há um aumento quantitativo das relações familiares dentro da academia ao longo dos anos. Essas relações do grupo familiar com a profissão médica têm tendência a se cristalizarem, formando linhagens e funcionar como recurso para o ingresso na academia.

#### ***As trajetórias sociais dos membros da ANM e da própria “profissão”***

Sem interesse direto para a pesquisa.

***A passagem do domínio europeu para o norte-americano e a introdução de novos esquemas de representação***

Sem interesse direto para a pesquisa.