



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
SOCIAL DA CULTURA REGIONAL



BEATRIZ CHIANCA MACARIO

**“(F)UZÃO DA LUZ DA SCIENCIA COM OS RAIOS ARDENTES DO SOL”:
A CIDADE E SEUS CORPOS NOS DISCURSOS HIGIENISTAS DO I CONGRESSO
MÉDICO DE PERNAMBUCO (1909)**

RECIFE-PE

2020

BEATRIZ CHIANCA MACARIO

**“(F)UZÃO DA LUZ DA SCIENCIA COM OS RAIOS ARDENTES DO SOL”:
A CIDADE E SEUS CORPOS NOS DISCURSOS HIGIENISTAS DO I CONGRESSO
MÉDICO DE PERNAMBUCO (1909)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Social da Cultura Regional, referente à Linha de Pesquisa Política, Instituições e Gênero, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em História.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vicentina Maria Ramires Borba

RECIFE-PE

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Sistema Integrado de Bibliotecas
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M115

Macario, Beatriz Chianca

“(F)uzão da luz da sciencia com os raios ardentes do sol”: a cidade e seus corpos nos discursos higienistas do I Congresso Médico de Pernambuco (1909) / Beatriz Chianca Macario. - 2020.
88 f. : il.

Orientadora: Vicentina Maria Ramires Borba.
Inclui referências e apêndice(s).

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em História, Recife, 2021.

1. Discurso médico. 2. Higienismo. 3. Degeneração. I. Borba, Vicentina Maria Ramires, orient. II. Título

CDD 981



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
SOCIAL DA CULTURA REGIONAL

**“(F)UZÃO DA LUZ DA SCIENCIA COM OS RAIOS ARDENTES DO SOL”:
A CIDADE E SEUS CORPOS NOS DISCURSOS HIGIENISTAS DO I CONGRESSO
MÉDICO DE PERNAMBUCO (1909)**

BEATRIZ CHIANCA MACARIO

APROVADA EM ___/___ 2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vicentina Maria Ramires Borba
Programa Pós-Graduação em História – UFRPE
(Orientadora)

Profa. Dra. Giselda Brito da Silva
Programa Pós-Graduação em História – UFRPE
(Examinador interno)

Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda
Programa Pós-Graduação em História – UFPE
(Examinador externo)

AGRADECIMENTOS

Ainda que o mestrado seja um trabalho solitário, aprendi que o apoio e incentivo daqueles que amamos é, sem dúvida, o papel mais importante nessa jornada acadêmica. Portanto, aqui deixo alguns agradecimentos, pequenos, diante do real valor que cada um teve neste trabalho.

À minha família que me ensinou a ter gosto pelos estudos, desde pequena, e me guiou a ser sempre minha melhor versão. Aos meus pais pela persistência e investimento, aos meus irmãos, pelo exemplo e por estarem ao meu lado, sempre.

À minha orientadora, Vicentina. Professora, mãe, avó, amiga, e tudo mais que ela consegue ser. Pela sua paciência, doçura, por sempre me acalmar com sua tranquilidade nos momentos de preocupação e usar sempre as mais ternas palavras.

Ao Prof. Dr. Carlos Miranda, por ter sido tão atencioso e ter me ajudado a construir meu projeto de pesquisa para entrar no mestrado, mesmo sem nunca ter sido sua aluna.

Aos professores, pelos ensinamentos. Profissionais admiráveis, que, apesar de tamanho intelecto, ensinam com simplicidade e afeto.

Aos meus amigos de graduação e pós-graduação, que conhecem os percalços desta profissão e me acompanharam nos momentos de cansaço e alívio. Em especial à Pelágué, que me acompanhou nas dúvidas, frustrações e nas alegrias de trabalhos finalizados.

Às meninas do pensionato, amorosas surpresas que surgiram em meu caminho, como presente divino para suavizar minha rotina, entre as horas de estudo e lazer. À Kelly e Bruna, por me acolherem com tanto carinho, por todos os bolinhos com café que me proporcionaram; à Bela, por ser a melhor colega de quarto, pela sua ternura; à Ju, meu maior presente, por todos os dias, por me ouvir, me aconselhar, por chorar e rir junto a mim, por trazer leveza, por ser o meu ponto de apoio nos estudos e ser uma grande inspiração.

À Pedro, por ter estado ao meu lado desde o início. Ter dividido comigo os momentos de angústia e de celebração. Por ser meu respiro, meu aconchego, meu guarda-chuva amarelo. À sua família, por acreditar tanto em mim.

A todos que de alguma forma fizeram parte dessa história.

E da minha história.

RESUMO

Reunião entre pares, diálogos que constituem uma ciência que se sobrepõe à cidade e à população. Esse é o retrato do I Congresso Médico de Pernambuco, ocorrido entre os dias 25 de abril e 02 de maio do ano de 1909, evento que apresentou os traços da medicina pernambucana nesse período. Dentre as temáticas, focamos nosso olhar em dois tipos de discursos que apresentam uma preocupação constante com a higiene. Primeiro, com a higiene pública, no que tange às questões de estrutura e sanitarismo da cidade do Recife e a disposição de seus habitantes. Segundo, os discursos que debatem a questão da degeneração humana, determinando regras no âmbito privado das relações pessoais sob um viés de perspectiva eugênica, como também no que envolve a criminalidade. O olhar da ciência se voltaria para uma população marginalizada, demonstrando a emergência de uma medicina de caráter social. O objetivo desta pesquisa é analisar esses discursos produzidos pelo Congresso, a partir dos Anais, percebendo os processos discriminatórios e o poder ressaltado pelos sujeitos que os proferem. Com o auxílio da Análise do Discurso de linha francesa e da perspectiva foucaultiana, propusemos-nos a expandir as possibilidades de compreensão desse momento histórico, compreendendo a formação discursiva, a noção de sujeito, a interdiscursividade, entre outros conceitos e ferramentas que fizeram parte deste estudo. A partir deste trabalho, identificamos o perfil da elite médica pernambucana do início do século XX e sua percepção sobre a cidade e seus corpos.

PALAVRAS-CHAVE: Discurso médico; Higienismo; Degeneração.

ABSTRACT

The 1st Medical Congress of Pernambuco, in 1909, was configured as a meeting of professionals whose dialogues constitute a science that overlaps the city and the population, as well as an event that presented the marks of Pernambuco medicine in that period. Among a variety of themes, we focus our attention on two types of speeches that present a constant concern with hygiene. First, with public hygiene, regarding the issues of structure and sanitation in the city of Recife and the disposition of its inhabitants. Second, the speeches that debate the issue of human degeneration, dictating rules of conduct in the private sphere of personal relationships from an eugenics perspective, as well as in what involves criminality. The view of science would turn to a marginalized population, showing the emergence of a social practice of medicine. The objective of this research is to analyze these speeches produced by Congress, based on its Annals, observing the discriminatory processes and the power highlighted by the subjects who produced these discourses. Based on Discourse Analysis from the French line and from the Foucaultian perspective, we set out to expand the possibilities of understanding this historical moment, including discursive formation, the notion of subject, interdiscursivity, among other concepts and tools that are part of this study. From this work, we identified the profile of the medical elite in Pernambuco at the beginning of the 20th century and their perception of the city and their bodies.

KEYWORDS: Medical discourse; Hygienism; Degeneration.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Comissão executiva do Congresso.....	22
Figura 2: Presidentes das sessões do Congresso.....	23
Figura 3: Teatro Santa Isabel, 1909.....	25
Figura 4: O bondinho da Empresa Ferro-carril.....	26
Figuras 5 e 6: Publicação no Jornal Pequeno sobre o falecimento dos filhos do Dr. Octavio de Freitas.....	28
Figura 7: Congressistas prestando homenagem no sepultamento dos filhos de Octávio de Freitas no Cemitério de Santo Amaro.....	28
Figura 8: Banquete de encerramento.....	29

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I: A HISTÓRIA, O DISCURSO E O SUJEITO	11
1.1. Perspectivas da Análise Histórica e da Análise do Discurso: a construção de um diálogo ..	11
1.2. O I Congresso Médico de Pernambuco	20
1.3. O sujeito médico e o seu discurso	29
CAPÍTULO II: O HIGIENISMO NA HISTÓRIA DA SAÚDE DO BRASIL (XIX-XX)	36
2.1. A higiene urbana no Brasil.....	38
2.2. Retratos da higiene no Recife.....	45
CAPÍTULO III: CORPOS À MARGEM	55
3.1. Estudos sobre degeneração e eugenia	55
3.2. Criminalidade: transgressão, doença ou involução	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
APÊNDICE	82

INTRODUÇÃO

A medicina, e seu vasto campo teórico e prático, fez sua pertença ao longo da história em amplos espaços de atuação, permeando muitos caminhos que constituem a formação das sociedades. Seja qual for a especialidade, o profissional médico sempre esteve presente em muitos momentos que definiram, não só as concepções de saúde e doença, mas também elementos importantes que foram determinantes para as vivências dos indivíduos.

A pesquisa se fixa em um momento bem específico, pontual, que aborda o debate científico entre os pares médicos em Pernambuco, um evento que ao longo de dez dias demonstrou os objetivos e desejos dessa profissão. O nosso objeto de estudo, o I Congresso Médico de Pernambuco, realizado em 1909, é um grande símbolo da medicina do início do século XX, apresentando discursos que nos oferece uma visão desta classe perante os problemas de saúde da época. Reforçamos, entretanto, que devido ao tempo recorrente à pesquisa de mestrado nosso trabalho necessitou fazer um recorte dos temas a serem estudados dentro do congresso, delimitando assim o enfoque nos discursos higienistas.

O objetivo geral da pesquisa se concentra em analisar os discursos proferidos nesse Congresso Médico, quanto aos seus estudos científicos, práticas médicas e quanto a percepção desta classe às problemáticas de saúde no Recife. Como objetivos específicos buscamos traçar os conceitos – categorias – que serão utilizados na pesquisa a partir da interdisciplinaridade com a Linguística, fazendo uso da Análise do Discurso (AD). Também nos propusemos a construir um panorama sobre a História da saúde no Brasil e em Pernambuco, no início do século XX, no tocante das ações do higienismo e da degenerescência. E por último, através do aporte da Análise do Discurso, procuramos identificar as marcas de poder e discriminação nos discursos do congresso.

Destacamos que a intenção do desenvolvimento dessa pesquisa não foi, em nenhum momento, produzir uma história política, factual, das instituições, das irrupções epidêmicas ou de rupturas temporais e científicas. A diversidade de trabalhos sobre a saúde e a medicina, no Brasil e em Pernambuco, apresenta várias perspectivas de análises possíveis, logo, aqui propomos – ou fazemos a defesa de – um novo viés, que abrindo as portas do campo histórico, permite a vasta contribuição da Linguística.

Nos meus interesses pessoais¹ enquanto profissional da História, afirmo que em minha trajetória acadêmica me dediquei a trabalhar em diferentes temáticas. Mas foi na descoberta do campo da história da saúde, através de leituras curiosas, que me atentei para estudos que me tornaram uma Historiadora e Pesquisadora determinada. E é nesse campo que venho me legitimando nessa tão inquieta profissão. Ao desenvolver este projeto de pesquisa, também tive outro prazeroso encontro, dessa vez com a Análise do Discurso, de forma mais que espontânea – jamais imaginaria a proporção que a mesma tomaria no meu trabalho. Da admiração que me tomou conta, direcionei-me aos estudos do discurso, para que dialogando com a História, pudéssemos realizar um trabalho expressivo e renovador.

Foi a partir dessa experiência que abri os olhos para a determinação do espaço que eu iria ocupar. Entre campos fluidos, encaixei-me desenvolvendo o meu próprio espaço, não me fechando a uma única possibilidade, mas me permitindo percorrer pelas mais diversas, que foram expostas em meu caminho. Utilizo-me então das palavras de Albuquerque (2007, p. 29):

Nós historiadores, ao contrário do que faz crer as dicotomias que atravessam nosso campo de estudo hoje, não escrevemos a História da margem direita ou da margem esquerda do rio, não podemos optar por habitar a margem do objetivismo ou a margem do subjetivismo, a margem da natureza ou a margem da cultura, a margem da realidade ou a margem da construção discursiva da História, pois a História em seu acontecer articula e relaciona todos estes aspectos e a narrativa histórica também deve fazê-lo.²

Sobre o sujeito enquanto produtor de conhecimento – seja na função de Historiador como também na de Analista de discurso – sempre haverá a discussão acerca de como esse processo se realiza, já que levamos em consideração as subjetividades desse mesmo sujeito como fatores que atravessam a análise e podem alterar os sentidos do objeto. Devemos problematizar o discurso a ser analisado e também ser críticos, assumindo o nosso papel determinante na escolha das evidências localizadas no documento. Com isso, o trabalho se apresenta como um desafio, árduo, mas não impossível.

A nossa fonte é constituída pelo importante material dos anais do Congresso. No total de 44 discursos proferidos pelos 34 conferentes, analisamos 13 que são referentes às temáticas propostas na dissertação, higiene e degeneração.

¹ Neste ponto optei por utilizar a primeira pessoa do singular por se tratar de relatos de experiência pessoal. No restante do texto optamos por utilizar a primeira pessoa do plural.

² Grifo nosso.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizamos o arsenal teórico-metodológico da Análise do Discurso – de orientação francesa –, no qual encontramos categorias que auxiliam na compreensão do documento. Dentre estas podemos citar o sujeito – central na AD –, a formação discursiva, as condições de produção e o interdiscurso. Por meio dessas categorias traçamos os elementos determinantes que contribuíram para a construção da noção de saúde e higiene no início do século XX.

No aporte historiográfico foram utilizadas obras essenciais para estabelecer o contexto histórico a que estamos tratando. Nomes como Chalhoub, Schwarcz, Carvalho, Costa, Sevcenko, Machado, Foucault, entre outros, auxiliaram na delimitação da história da saúde no campo nacional. Nas especificidades do Recife, Miranda, Arrais, Sette, não poderiam faltar como assíduos produtores da história da saúde local. Sobre as temáticas voltadas às questões da moralidade, Caponi, Stepan e Diwan são as grandes vozes femininas que dominaram os estudos dos degenerados. É com auxílio destes, e de tantos outros que se fazem presente nessa história da saúde, que essa nossa perspectiva se torna possível.

Diante disso, buscamos problematizar essa história da saúde já tão bem enraizada ao longo dos anos, propondo uma nova forma de produzir essa história. De maneira minuciosa, centramos o nosso olhar para cada enunciado ditado pelos médicos, tentando identificar tudo aquilo que entrelaça o discurso, tudo aquilo que o constrói.

Enfatizamos que, tomando algumas palavras de Canguilhem (p. 7), “Não se trata de dar nenhuma lição, nem fazer nenhum julgamento normativo sobre a atividade médica [...]”, ou seja, enquanto pesquisadores o que fazemos aqui é uma análise histórica e discursiva, enfrentando as adversidades da imparcialidade, demonstrando criticidade em momentos pontuais. Porém, compreendemos que um discurso representa e traz consigo uma carga de significações que constrói o real pela sua perspectiva e pelos seus interesses, que legitima um pensamento e conseqüentemente é capaz de conduzir uma sociedade.

As percepções do social não são de forma alguma discursos neutros: produzem estratégias e práticas (sociais, escolares, políticas) que tendem a impor uma autoridade a custo de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projecto reformador ou a justificar, para os próprios indivíduos, as suas escolhas e condutas. Por isso esta investigação sobre as representações supõe-nas como estando sempre colocadas num campo de concorrências e de competições cujos desafios se enunciam em termos de poder e de dominação. (CHARTIER, 2002, p. 17)

A partir disso, apresentamos então a síntese dos capítulos desta dissertação.

O primeiro capítulo busca explicar o uso da Linguística como disciplina que dialoga em sintonia com a História para a produção da análise dos discursos médicos. Apresenta um breve histórico da Análise de Discurso de linha francesa – segmento de Pêcheux – e os principais conceitos utilizados ao longo da pesquisa. Em seguida, introduzimos o evento que proporcionou a produção dos discursos a serem analisados, o I Congresso Médico de Pernambuco, e todo o relato do acontecimento retirado da fonte primária, os Anais. No último tópico, analisamos o sujeito central da pesquisa, o médico, enquanto profissional de cura, mas também produtor de normas sociais.

No segundo capítulo, inicialmente traçamos o retrato da saúde e de seus órgãos reguladores no Brasil, entre meados do fim do século XIX e início do século XX, discorrendo sobre o higienismo latente nesse período e a imposição de uma norma que recebe influências da classe médica. Após esse panorama teórico, apresentamos o cenário Recifeense diante do âmbito da saúde, discorrendo sobre a população, moradias, e conseqüente reforma do Bairro do Recife e saneamento da cidade. Apresentamos, por meio dos discursos, a perspectiva dos participantes do Congresso e suas propostas.

O terceiro capítulo faz uma explanação acerca da degeneração, teoria bastante debatida dentro da Psiquiatria, que serviu de base para estudos sobre loucura, hereditariedade, eugenia e criminalidade. Com os discursos do congresso, nota-se o desejo de se regradar a reprodução humana para que a futura geração retratasse uma sociedade mais saudável e bela. No que tange à criminalidade, abordamos a linha tênue entre crime, loucura, imoralidade, doença, pontos de vista diversos entre os profissionais. Ainda debatemos sobre os métodos de reconhecimento do criminoso, entre a antropometria e datiloscopia.

Esperamos que nosso trabalho auxilie dentre as demais perspectivas de história da saúde de Pernambuco e abra um leque para novos trabalhos neste sentido, para que a profissão permita novos olhares, de forma a desenvolver pesquisas que dialoguem com as mais diversas áreas de conhecimento.

CAPÍTULO I: A HISTÓRIA, O DISCURSO E O SUJEITO

O presente capítulo irá discorrer sobre o caminho entrecruzado de duas importantes disciplinas para a realização desta pesquisa: História e Linguística. Iremos apresentar o processo que originou esse diálogo interdisciplinar e as novas discussões que foram feitas a partir desse momento. Adentraremos na história da Análise do Discurso, campo do conhecimento da linguística, para compreender sua relevância dentro da pesquisa histórica. Traremos alguns de seus conceitos de forma a demonstrar sua utilização na análise da nossa fonte, identificando as tramas do discurso. No segundo tópico, apresentaremos o evento: o I Congresso Médico de Pernambuco, seus participantes, sua programação e como tudo aconteceu. Em seguida, iremos debater acerca da categoria central da Análise do Discurso e central na nossa análise histórica: o sujeito. Sobre a área que nos dispomos a trabalhar, o sujeito é o profissional médico, foco de nossa atenção pela relação que este estabelece com a sociedade. Discutiremos a lógica da sua atuação, a dinâmica de seu trabalho, de seu poder, e – é claro – o seu discurso.

1.1. Perspectivas da Análise Histórica e da Análise do Discurso: a construção de um diálogo

Um saber, seja ele pertencente a qualquer campo de conhecimento, é construído a partir de estudos formados por diversas perspectivas, que emanam uma série de contextos que levaram à produção do mesmo. A neutralidade nesse processo de construção se torna inexistente diante dos inúmeros influentes que transformam o cotidiano dos sujeitos. Dessa forma, a necessidade de uma análise interpretativa é inevitável, pois a partir dessa reflexão pode-se adentrar nas linhas que orientam a história. O discurso por sua vez é o responsável por essa constituição do saber, seja ele pertencente a campos científicos ou apenas parte de um dia a dia da sociedade. Ele produz os sentidos, assim como também produz as verdades que são reiteradas por séculos. Há sempre um processo construtivo do saber, pela disseminação de ideias, pelos diálogos cotidianos, pela forma que certas noções são difundidas e recepcionadas. Tudo é formado dentro de uma conjuntura social.

As abordagens no campo do discurso são diversas, vários teóricos trazem sua contribuição dentro da análise do discurso de acordo com seus estudos e perspectivas, sendo

eles da Linguística ou de outras disciplinas. Logo, é importante não se fechar diante das diferentes concepções, mas sim perceber aquilo que melhor problematiza e se encaixa dentro de cada análise, utilizando de forma apropriada os conceitos dentro de suas especificidades.

O importante diálogo traçado entre essas duas disciplinas, Linguística e História, remonta para o início do século XX, no momento em que os historiadores da Revista *Annales d'histoire économique et sociale* começaram a debater sobre uma nova perspectiva de análise documental e escrita da história. Sob os trabalhos de Lucien Febvre e Marc Bloch, a Escola dos Annales buscou superar uma história tradicional política por uma história que voltasse seu olhar para as diversas atividades humanas do cotidiano (PICANÇO, 2006). Nessa escola historiográfica, três gerações – ou três momentos – foram vivenciadas de forma a desempenharem seu papel no desenvolvimento metodológico e na abertura de espaços para a colaboração de outros campos de conhecimento.

Robin (1977, p. 61) afirma que os historiadores “mantiveram sempre certa relação com a língua e a linguagem, que foi por muito tempo a da transparência.” Apesar da introdução de estudos linguísticos nesse processo de renovação da história, os historiadores ainda se prendiam na questão lexical da palavra, na qual a mesma continha um sentido em si, fora das relações que a envolvem.

Com o Estruturalismo uma formalização na língua dará aos historiadores a falsa noção de apreensão total do sentido das palavras pelas técnicas que supostamente os forneceria a possibilidade de interpretação da fonte e uma legitimidade/cientificidade ao seu trabalho, o que Robin (1977) afirma ser um retorno ao positivismo que por anos foi enfrentado.

Num processo de superação dessa formalização, o Pós-Estruturalismo cresce sob os caminhos da subjetividade. Harlan (2014) afirma que “O pós-estruturalismo apareceu no final dos anos 60 como uma tentativa de substituir o sistema linguístico de Saussure, firme, estável e fechado, por uma concepção de linguagem instável, aberta e proteica” (p. 14), o que irá gerar uma discussão acerca da própria narrativa histórica, já que esta é composta por palavras que abrangem múltiplos sentidos.

Porém, não é de forma simples que haverá a introdução desse processo interdisciplinar entre esses dois campos disciplinares. A resistência de ambos se dá pelas limitações da compreensão de seus papéis de atuação, tal como uma condição instável de análise interpretativa da Linguística ou de uma análise muito prática dada a factualidade da História (SILVA, 2004).

Vasconcelos (2014) afirma que:

No século XX, quando a História finalmente parecia haver alcançado o *status* de ciência autônoma, com objetos muito bem definidos e com procedimentos metodológicos próprios, a idéia de que ela pudesse, de alguma maneira, comparar-se à literatura soava – e para muitos ainda soa – como absurda. Afinal, a História havia percorrido um árduo caminho até ser reconhecida como uma ciência de fato; portanto, um caráter literário que poucos historiadores estavam – e estão – dispostos a aceitar sem relutância (VASCONCELOS, 2014, p. 104).

Esse novo percurso pautado na instabilidade das palavras e dos sentidos, na historicidade que os cerca, provoca uma crise nos estudos históricos, já que o passado em sua plenitude se torna inalcançável, porém, também permite novas possibilidades de compreensão dos acontecimentos e de uma amplitude de suas perspectivas. E é nesse processo que entra a Linguística, pois ela “permite substituir o dado no texto por uma lógica do texto.” (ROBIN, 1977, p. 19) Ela permite que o debate sobre o fato histórico se amplie para o entendimento de que este em si não existe de forma pura, pois ele é um componente, uma das inúmeras facetas possíveis de ser apreendida durante a análise, ele é um discurso historicamente determinado e legitimado pelos pares, implicado pelas regras das instituições a que pertence, pelo seu lugar social (CERTEAU, 2002).

Dificuldades encontradas na utilização das prerrogativas do discurso podem ser identificadas na “dupla crise de representação e legitimação”, como afirmaria Nogueira (2001). A primeira se refere à problemática entre objetividade e subjetividade, de forma que a própria visão do investigador seria questionada enquanto uma perspectiva particular. A segunda crise se encontra na falta da possibilidade de confirmação de análise, já que a realidade é inacessível. Porém, tomando as devidas precauções e fazendo uso consciente das categorias e instrumentos de análise, torna possível essa abordagem teórico-metodológica junto ao seu vasto campo de diálogo interdisciplinar, “[...] pois em AD, teoria e metodologia caminham juntas, lado a lado, uma dando suporte a outra, não podendo separá-las.” (SILVA, ARAÚJO, 2017).

Voltemos então à década de 1960, quando a Análise do Discurso Francesa (AD) entra em cena nesse espaço sócio-histórico, a partir dos trabalhos de Michel Pêcheux, ou mais especificamente, de sua publicação *Análise automática do discurso*, de 1969. A AD traz como questões centrais uma materialização ideológica na linguagem e o sujeito como categoria

central das análises. Suas reflexões advêm de um contraponto com o Estruturalismo de Saussure, cuja concepção da língua não é apreendida em sua relação com o mundo, mantendo-se na estrutura interna de um sistema fechado em si mesmo (MUSSALIM, 2011). Ou seja, não se considerava as condições históricas e sociais e nem o sujeito e suas subjetividades. Logo,

[...] uma Linguística saussureana, uma Linguística da língua, não seria suficiente; só uma teoria do discurso, concebido como lugar teórico para o qual convergem componentes linguísticos e socioideológicos, poderia acolher esse projeto. É nesse contexto que nasce o projeto da AD. (MUSSALIM, 2011, p. 105).

Combatendo esse formalismo linguístico, a AD compreendeu nessas últimas décadas três fases que demonstram o comprometimento da disciplina com uma análise que esteja além de uma mera interpretação de textos. Essa primeira fase já citada, marcada pelo próprio Pêcheux (1969), trabalha em uma relação estreita com a ideologia – apresentando referências a Althusser – identificando na linguagem um lugar privilegiado, o meio pelo o qual a ideologia se materializaria. Por consequência, a imagem do sujeito nessa fase se constitui enquanto um produto dessas determinações ideológicas, ele se encontra assujeitado, sem que tenha consciência disso, ele é conduzido dentro de uma formação social, discursa a partir do meio que está inserido, não sendo a fonte de suas próprias palavras.

Seguindo para a segunda fase da AD, emergimos outro nome que foi essencial para os estudos do discurso – ainda que não pertencesse à Linguística – trazendo novas possibilidades de reflexão. Apesar de filósofo, Foucault nunca se permitiu a comodidade de se manter em apenas um espaço de discussão, o que o tornou tão reconhecido em sua intelectualidade. “Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo”, já afirmava em seu livro *A arqueologia do saber* (2014a, p. 21).

Trabalhando inicialmente o sentido do enunciado, Foucault (2014a) o desprende de qualquer forma que o limite ou o configure em um determinado modelo linguístico. O enunciado está além da frase, da proposição, do speech act³, sendo unidade elementar do discurso, da sua formação. Mas, além do que uma definição do enunciado, busco aqui utilizar esse conceito como uma forma elucidativa de que a análise será feita em enunciados pelo seu

³ Ato de fala: Não foca na intenção e nem na eficácia. Produz-se através da enunciação, normalmente compostos por mais de um enunciado.

sentido mais simples e puro: aquilo que enuncia, quando se enuncia, por quem e para quem se enuncia. As palavras discursadas indicam não apenas sentidos diretos, mas concepções que abrangem contextos e realidades de conhecimentos teóricos e práticos. A operação em si, “[...] o que se produziu pelo próprio fato de ter sido enunciado – e precisamente esse enunciado (e nenhum outro) em circunstâncias bem determinadas” (FOUCAULT, 2014a, p. 100). Logo, apresenta os sujeitos, suas ideologias e seu poder diante do espaço que atua. O enunciado:

[...] é uma função de existência que pertence, exclusivamente, aos signos, e a partir do qual se pode decidir, em seguida, pela análise ou pela intuição, se eles ‘fazem sentido’ ou não, segundo que regra se sucedem ou se justapõem, de que são signos, e que a espécie de ato se encontra realizado por sua formulação (oral ou escrita); é que ele não é em si mesmo uma unidade, mas sim uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço. (p. 105)

O conjunto desses enunciados se enquadra no que se denomina formação discursiva, conceito caro à segunda fase da AD. Em discussões sobre este conceito, encontram-se os dois já citados teóricos dos discursos: Foucault e Pêcheux. Este último privilegia o embate político ideológico do discurso, enquanto Foucault sinaliza para um debate da história das ciências trazendo para o cenário questões discursivas do próprio cotidiano (SARGENTINI; BARBOSA, 2004).

A formação discursiva compreende as condições de existência do discurso, um constructo formado pela formação ideológica, posição social, conjuntura socio-histórica, que então determinará as regras de formação do discurso e seu sentido. Um determinado objeto pode possuir significados diferentes de acordo com a formação discursiva que ele apreende. “[...] o objeto que é colocado como seu correlato pelos enunciados médicos dos séculos XVII ou XVIII não é idêntico ao objeto que se delinea através das sentenças jurídicas ou das medidas policiais [...]”, como exemplifica Foucault (2014a, p. 39). Dentro de determinadas formações, um saber é construído e mantido pela legitimidade que lhe é abarcado pelos interditos e pelos seus pares. Um objeto para ser historicizado precisa ser analisado dentro desse contexto, como diria Certeau (2002), transformando a matéria-prima em produto, transferindo de uma região de cultura para outra, identificando os seus sentidos.

No seguinte momento, o sujeito da segunda fase não é mais percebido pelo assujeitamento, mas pela dispersão, indicando tudo aquilo que o atravessa e tudo aquilo que ele representa. Foucault explica que o “discurso não é o desdobramento da majestática manifestação de um sujeito que pensa, que sabe e que fala, mas pelo contrário, uma totalidade, na qual a dispersão do sujeito, e sua descontinuidade consigo mesmo pode ser determinada.” (2014a, p. 55). Ainda assim, porém, o sujeito não se encontra livre, ele sofre as determinações da formação discursiva a qual está submetido em um determinado tempo histórico.

Na terceira fase, entende-se que o discurso opera sobre outros discursos, é construído dentro dessa própria relação, assim se obtém a noção de interdiscurso, que seria então responsável por estruturar as formações discursivas. Dessa forma, o sujeito apresentado aqui é o heterogêneo, descentrado, dividido entre o consciente e o inconsciente, compreensão influenciada pela psicanálise de Lacan. Indica que o discurso é sempre atravessado pelo discurso do Outro, pela cadeia de significantes formada pelas palavras dos outros sujeitos que o constituem – família, amigos, entre outros.

Orlandi (2003) lembra que o sujeito também é fundado dentro de processos de esquecimentos ideológicos, ou seja, acredita estar desenvolvendo um novo discurso, quando na realidade suas palavras apenas fazem sentido por já serem pré-existentes, pela relação interdiscursiva, no qual o discurso é gerido a partir de outros, por meio da memória discursiva. Segundo Pêcheux:

A memória seria aquilo que, face a um texto que surge como acontecimento a ler, vem restabelecer os “implícitos” (quer dizer, mais tecnicamente, os pré-construídos, elementos citados e relatados, discursos-transversos, etc.) de que sua leitura necessita: a condição do legível em relação ao próprio legível (PÊCHEUX, 1999, p.52).

Diferente de uma memória individual, ela se dá numa esfera coletiva e social, funcionando dentro numa lógica oposta em que repete os implícitos, mas também se reinventa face a um acontecimento (FRANÇA, 2016).

Ainda que os estudos da AD tenham sido divididos dessa forma, nosso trabalho aqui não ficará restrito a escolha de uma fase, pois entendemos que nenhuma delas anula a outra. Ao longo da análise, utilizaremos algumas categorias que foram postas em diferentes

momentos, mas que o seu significado e a sua relação com a fonte é o que as tornam importantes e indispensáveis.

Retomando as contribuições de Foucault, o mesmo apresenta o discurso a partir de uma série de procedimentos internos e externos que regram suas possibilidades de existência e seu alcance em determinados meios. Destacamos aqui os procedimentos externos de controle e delimitação do discurso, ou seja, procedimentos de exclusão, divididos em interdição, separação e vontade de verdade (FOUCAULT, 2014b).

A interdição – os interditos – determina aquilo que pode ou não ser dito, retratado como um tabu do objeto, assim como as circunstâncias permitidas para que se diga, representado pelo ritual da circunstância, e também determina aqueles que o podem dizer, direito privilegiado ou exclusivo do sujeito. A separação pensa na oposição razão/loucura selecionando os discursos racionais e irracionais, de forma a exercer censura. E por último, a vontade de verdade, que legitima os discursos, que se dá como uma pressão, um poder de coerção, pela oposição do verdadeiro e falso que permite excluir outros discursos.

Essa ordem do discurso (FOUCAULT, 2014b) logo demonstra a ausência de uma liberdade do sujeito que é regido por essas regras, os ditos e os não ditos que delimitam as suas possibilidades. Consequentemente, os discursos são responsáveis por construir os objetos, seus sentidos, as compreensões de uma época, de uma cultura, pelas relações de saber e poder que ocorrem, e não pela individualidade do sujeito.

Sendo sempre revisitada, a Análise do Discurso compõe outra vertente que vem sendo muito debatida na atualidade, a Análise Crítica do Discurso (ACD), que procura se centrar nos discursos de temática discriminatória sobre as minorias. Trabalha o discurso na perspectiva do poder que é exercido pelas relações, dialogando com as prerrogativas de poder indicadas por Foucault (MELO, 2012). Van Dijk, um dos precursores dessa linha, afirma que:

A Análise Crítica do Discurso (ACD) é um tipo de investigação analítica discursiva que estuda principalmente o modo como o abuso de poder, a dominação e a desigualdade são representados, reproduzidos e combatidos por textos orais e escritos no contexto social e político (DIJK, 2008, p. 113).

Outro importante estudioso, Fairclough (2001), postulou a noção tridimensional do discurso constituída pela dimensão do texto, da prática discursiva e da prática social.

O texto corresponde à análise linguística em que são compreendidos o vocabulário – palavras individuais –, a gramática – palavras combinadas em frases –, a coesão – ligação entre as frases – e a estrutura textual – propriedades organizacionais do texto. A prática discursiva é formada pelos processos de produção, distribuição e consumo do texto, e sua análise é feita a partir das categorias de força dos enunciados – tipos de atos de fala empreendidos –, coerência – produção de sentido realizada pelas conexões – e intertextualidade – relações entre o texto e outros textos e entre ordens do discurso. Na dimensão da prática social, a análise está relacionada à ideologia e a hegemonia, o pertencimento do discurso, sua orientação – econômica, política, cultural –, seus sentidos e sua relação com o poder, de forma a reproduzi-lo ou desafiá-lo (MAGALHÃES, 2001).

Também utilizaremos em nossa análise as estratégias de construção simbólica de operação da ideologia determinadas por Thompson (1998), pelos modos gerais da legitimação, dissimulação, unificação, fragmentação e reificação. Dentro destes, analisaremos suas estratégias típicas, tais como: falácias argumentativas – apelo à legalidade; universalização – interesses específicos são apresentados como interesses gerais; eufemização – valorização positiva de instituições, ações ou relações; diferenciação – ênfase em características que desunem e impedem a constituição de desafio efetivo; expurgo – construção simbólica de um inimigo; naturalização – criação social e histórica tratada como acontecimento natural.

Importante refletir o papel do Historiador no meio desse processo de análise, pois, segundo Albuquerque:

Cabe ao historiador ir ao passado e interrogar as evidências que este deixou com as perguntas adequadas, munido dos conceitos e métodos apropriados, para este passado oculto revelar-se em sua lógica subjacente, agora por ele percebida, embora, muitas vezes, ignorada por seus próprios agentes. (2007, p. 24)

Dessa forma, nesse processo interrogatório, tornar então possível perceber as relações, os conflitos, o poder, as práticas discursivas e não discursivas, tudo aquilo que permeia a fonte de pesquisa. Fazendo o uso do aporte teórico da AD, e de suas ferramentas, compreendendo o objeto, seus sujeitos, as lógicas interpeladas no discurso, para assim se conectar aos múltiplos sentidos do documento. Compreendemos que “Dentro da história, não temos acesso aos acontecimentos por si mesmos, graças a barreiras como a do tempo, mas sim

ao se disse (e ainda se diz) sobre eles.” (TASSO, 2004, p. 5). Com muito cuidado esse trabalho é realizado tendo em conta a sensibilidade dessa relação com o passado, que se transforma a cada momento que se emerge.

O diálogo teórico apenas entre os pares resulta muitas vezes em limitações nas análises e aprofundamento da história, que acaba por se fechar sem perceber os caminhos alternativos a serem explorados. É a partir disso que nos propusemos a realizar essa pesquisa através do encontro e apoio do campo da História e da Linguística, para que nosso olhar se torne elucidativo, de forma a não considerar a fonte tal como verdade absoluta, mas perceber aquilo que atravessa o discurso. Como afirmou Cardoso e Vainfas (1997, p. 378), “A história é sempre texto, ou mais amplamente, discurso, seja ele escrito, iconográfico, gestual etc., de forma que apenas a partir da decifração dos discursos que exprimem ou contêm a história poderá o historiador realizar seu ofício”.

Lembrando que essa decifração não se trata de uma decodificação de mensagens, Orlandi (2003, p. 21) aponta que:

Na realidade, a língua não é só um código entre outros, não há essa separação entre emissor e receptor, nem tampouco eles atuam numa sequência em que primeiro um fala e depois o outro decodifica etc. Eles estão realizando ao mesmo tempo o processo de significação e não estão separados de forma estanque [...] Desse modo, diremos que não se trata de transmissão de informação apenas, pois, no funcionamento da linguagem, que põe em relação sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história, temos um complexo processo de constituição desses sujeitos e produção de sentidos e não meramente transmissão de informação. São processos de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação, de construção de realidade etc.

É recorrendo aos meandros do discurso que compreendemos as possibilidades, e com elas, percebemos a nossa constituição histórica. Dentro de uma ontologia crítica e histórica do sujeito, tal como fez Foucault, faz refletir o que somos nós, humanos, pelas particularidades que nos foram submetidas historicamente, ao invés de outras (NOTO, 2009).

Neste capítulo, a importância dada aos estudos sobre o discurso está diretamente ligada à fonte primária de nossa pesquisa. A análise do I Congresso Médico de Pernambuco não pode ser feita sem antes determinar os meios utilizados para tal. Apresentamos a seguir essa fonte central de nosso trabalho, o evento que regeu as ideias médicas do início do século XX.

1.2. O I Congresso Médico de Pernambuco

O congresso é a reunião de forças cerebraes que se juntam, como sucede com as gotas daguas: dispersas evaporam-se; juntas, acumuladas, formas torrentes, as vezes tão impetuosas que levam deante de si todos os obstaculos⁴.

Fonte direta de nossa pesquisa, os anais do 1º Congresso Médico de Pernambuco nos apresentam um momento de destaque da classe médica e as principais temáticas de saúde do início do século XX. Antes de entrarmos numa análise mais aprofundada sobre os discursos proferidos, é importante entender o processo que levou à realização do evento e todos os detalhes que envolvem a sua dinâmica⁵.

A primeira proposta do congresso foi apresentada numa sessão da Sociedade de Medicina de Pernambuco no dia 1º de outubro de 1907, pelos Drs. Octavio de Freitas, Arnobio Marques, Joaquim Loureiro, Vicente Gomes e Augusto Chacon. Com total aceitação, o Dr. Leopoldo de Araujo – Presidente da Sociedade – nomeou a comissão executiva do Congresso que foi composta pelos médicos responsáveis pela proposta e pelo Dr. Costa Ribeiro.

⁴ SAMPAIO, Barreto. **Sessão inaugural**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Annais do Primeiro Congresso Médico de Pernambuco.1909. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, p. XXXV.

⁵ Todas as informações apresentadas nesse tópico foram retiradas dos próprios anais do Congresso.



Figura 1: Comissão executiva do Congresso⁶.

Fonte: Anais do I Congresso Médico de Pernambuco, 1909.

Além da presença da classe médica – central no Congresso – e profissionais de outras áreas de saúde, tais como Farmacêuticos e Odontólogos, também foram convidados a participar classes de Engenheiros e Juristas, com o propósito de levantar uma troca de ideias e demonstrar o completo comprometimento com as questões de saúde da cidade.

A seguinte circular acompanhada do regulamento do Congresso foi enviada pelo secretário Geral do Congresso – Dr. Octavio de Freitas – aos intelectuais tanto do Estado quanto do Brasil:

Congresso Pernambucano de Medicina
Recife, 16 de Novembro de 1907.

Exm. Sr. – Devendo realizar-se na primeira quinzena do mez de Dezembro de 1908, nesta cidade, o Congresso Pernambucano de Medicina, cujo fins e intuitos se acham concretisados no Regulamento que a esta acompanha, venho convidar a V. Exc. para tomar parte do mesmo

⁶ Presidente: Dr. Joaquim Loureiro; Vice-Presidente: Dr. Arnobio Marques; Secretário Geral: Dr. Octavio de Freitas; Tesoureiro: Dr. Costa Ribeiro; Secretários Adjuntos: Dr. Augusto Chacon e Dr. Vicente Gomes.

Congresso, discutindo e propondo as questões da especialidade que melhor convier á V. Exc.

A adesão de V. Exc. não implica necessariamente a apresentação de memórias ou outros quaesquer trabalhos scientificos, os quaes serão porém, muito bem recebidos, pois que são elles a alma dos congressos.

Para manifestar a vossa adesão, bastará V. Exc. enviar-me o cartão anexo, depois de preenchidos os respectivos dizeres.⁷

Com o regulamento, foram estabelecidas as sessões dos trabalhos a serem apresentados e seus respectivos presidentes.

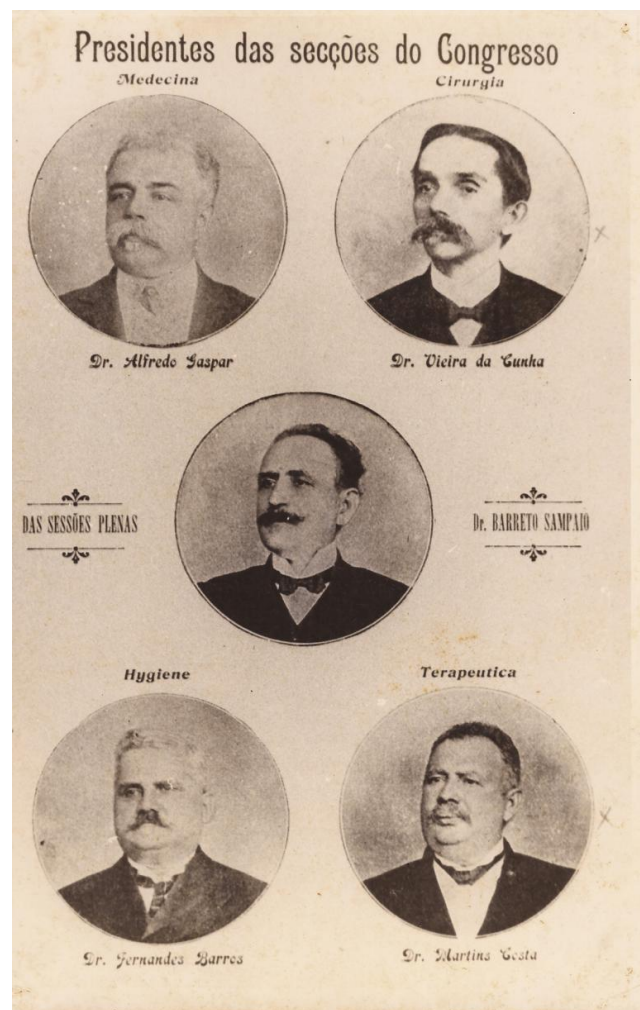


Figura 2: Presidentes das sessões do Congresso⁸

Fonte: Anais do I Congresso Médico de Pernambuco, 1909.

⁷ Anais do Primeiro Congresso Médico de Pernambuco.1909. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, p. XVI.

⁸ Medicina: Dr. Alfredo Gaspar; Cirurgia: Dr. Vieira Cunha; Sessões Plenas: Dr. Barreto Sampaio; Higiene: Dr. Fernandes Barros; Terapêutica: Dr. Martins Costa.

As sessões foram divididas em: Sessões plenas; sessão de medicina geral, cirurgia geral e especialidades odontológicas, obstétricas e ginecológicas; sessão de higiene, medicina pública, antropologia criminal e engenharia sanitária; sessão de ciências acessórias, terapêuticas e farmacologia. Focaremos nossas análises nas sessões de higiene e medicina.

Apesar do desejo de realizar o Congresso em dezembro de 1908, por duas vezes o evento foi adiado por “circunstâncias diversas”, das quais não foram especificadas. Após novas reuniões da comissão executiva no mês de março de 1909, decidiram por fim estabelecer a data de início do evento para 25 de abril, que se estenderia por uma semana, até o dia 02 de maio. O Dr. Octavio de Freitas logo envia uma nova carta-circular para os participantes informando as novidades e alertando o prazo aos retardatários.

Recife, 16 de março de 1909. Exm. sr. dr. – Devendo instalar-se definitivamente no dia 25 de Abril (domingo) o Congresso medico pernambucano, ja é tempo de V. exc. enviar os trabalhos com que pretende ilustrar as sessões do nosso futuro certamen scientifico [...]⁹

Nesta mesma carta, o Secretario informa que o local da sessão solene de abertura será no Teatro Santa Isabel, que foi cedido pelo Governador do Estado Herculano Bandeira. Afirma também que a comissão executiva planeja realizar um banquete e um piquenique para a família dos congressistas. Por último alerta para o pagamento da cota da subscrição, no valor de trinta mil réis (30\$000).

⁹ Anais do Primeiro Congresso Médico de Pernambuco. 1909. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, p. XXI.



Figura 3: Teatro Santa Isabel, 1909.

Fonte: APEJE - Fundo da Secretaria de Agricultura, Indústria e Comércio.

Sobre a sessão inaugural há o seguinte relato:

A' hora aprazada para o acto, 1 da tarde, já o recinto do edificio se achava repleto, tocando no saguão duas bandas de musica e no interior do theatro a da escola de Aprendizizes de marinheiros, atenciosamente enviada pelo comandante daquelle estabelecimento. O salão do theatro estava encantador, entrelaçando-se graciosamente pelas faixas dos camarotes, cordões de rosas brancas e vermelhas e na ultima ordem em disposição symetrica, pavilhões de quase todas as nacionalidades¹⁰.

Referente à divulgação pela imprensa, os jornais Diario de Pernambuco – responsável pela organização dos anais do Congresso – e O Jornal Pequeno noticiaram todos os acontecimentos do evento, desde os trâmites para sua consolidação até o encerramento do Congresso.

Realiza-se amanhã, a 1 hora da tarde, no Theatro S. Isabel a inauguração solenne deste certamen scientifico promovido pela classe medica deste Estado, eficazmente coadjuvada pelas classes de engenheiros, dentistas, pharmaceuticos, juristas, etc. Vem sem duvida alguma tal fato marcar um dia glorioso nos fastos de nossa vida social, pois a reunião de tantos elementos progressistas numa assembleia scientifica, como esta que pela primeira vez

¹⁰ Anais do Primeiro Congresso Médico de Pernambuco. 1909. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, p. XXXIII

se reúne em tal caracter nesta cidade e quiçá em todo o norte do nosso paiz, isso nos faz prever.¹¹

Durante o evento também foi realizada a exposição de produtos farmacêuticos e químicos, quadros, livros, fotografias, na sede da Sociedade de Medicina¹², aberto ao público durante todo o Congresso.

Além disso, visitas foram feitas a diversas instituições de saúde de forma a perceber seu funcionamento e as pesquisas em desenvolvimento. Ao longo da semana os congressistas visitaram o Hospital D. Pedro II, o Dispensário Octavio de Freitas, o Instituto Vacinogênico, o Dispensário Sabino Pinho e o Hospício de Alienados. Através do transporte de bondes, os participantes do I Congresso de Médico Pernambucano foram levados para as visitas programadas.



Figura 4: O bondinho da Empresa Ferro-carril

Fonte: APEJE - Fundo da Secretaria de Agricultura, Indústria e Comércio.

Porém, o foco central do evento e da pesquisa que desenvolvemos se dispõe nos discursos pronunciados ao longo da semana. Estes estariam divididos em cinco sessões já apresentadas anteriormente com seus respectivos presidentes. Encontram-se no total de 44¹³

¹¹ Congresso Medico Pernambucano. **Jornal Pequeno**, 24 de abril de 1909. Ano XI, num. 91. Pg. 1.

¹² Rua do Hospício, n. 3, Boa Vista, Recife – Anais do Primeiro Congresso Médico de Pernambuco.1909. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, p. XXIV.

¹³ Em anexo, estão descritos todos os discursos e os autores correspondentes.

discursos, proferidos por 34 profissionais, ocorrendo no Liceu de Artes e Ofício, localizado ao lado do Teatro Santa Isabel. Os trabalhos percorrem as diferentes áreas, incluindo discursos bastante técnicos tais como “Tratamento das hérnias”, do Dr. Lins Petit, “Considerações sobre os ferimentos do coração”, do Dr. Frederico Curio, “Myase Intestinal”, do Dr. João Amorim, entre tantos outros complexos discursos. Porém, desse total, nos propomos a analisar 13 discursos que foram escolhidos pela temática abordada sobre higiene da cidade e da população, de maneira a serem identificadas durante a análise as marcas de discriminação e poder desses profissionais.

No discurso de abertura, o Presidente da Sociedade de Medicina, Dr. Joaquim Loureiro, deu início ao congresso entregando a presidência das sessões ao Dr. Barreto Sampaio. Este, agradece a presença do Governador do Estado de Pernambuco, Herculano Bandeira e seu apoio na promoção do evento; enaltece a classe médica pela iniciativa, pois afirma que essas reuniões científicas tem o poder de tornar as ideias universais, e também pelo papel de responsabilidade que eles vêm tomando sobre as questões sociais do Estado, o que demonstra uma autoridade que lhes cabe pela nova face da profissão.

É importante observar que durante o congresso, uma fatalidade os levou ao adiamento de algumas sessões. O falecimento dos filhos do Dr. Octavio de Freitas, Octavio e Miguel, no dia 26 e 27 de abril – respectivamente – vítimas da febre amarela, causou grande comoção de seus pares no evento, e a ausência do Dr. Octavio de Freitas nos dias seguintes do congresso. Algumas sessões foram adiadas nos dias 27 e 28 de abril, porém, para manter a data de encerramento do evento alguns discursos não foram apresentados no Congresso, apenas publicados em seus anais. A programação para o divertimento dos congressistas e seus familiares – um piquenique na Fábrica de Camaragibe – também foi cancelada. Sobre a tragédia, o jornal Pequeno fez o acompanhamento.

Com os olhos cheios de pranto e a alma cheia de lato, viram morrer os seus Octavinho e Miguelsinho o illustrado dr. Octavio de Freitas e sua exma. esposa. O fatal desenlace occorreu na residencia do dr. Bandeira Filho, para onde se mudara a familia do dr. Octavio de Freitas em busca de melhoras aos pequenos. Ainda hontem á noite, perto de 30 facultativos guardavam a cabeceira das creanças, e ás 11 e 50 da noite cerrou para sempre, Octavinho, os pequenino olhos que eram a alehria e o encanto dos seus desvellados paes. A sciencia medica foi impotente diante a marcha da febre typhus icteoride que o arrebatou. Todos os recursos, todos os meios foram postos em pratica, infelizmente debalde. O mesmo mal acaba de levar ás 11 e 47 do dia de hoje, o Miguel, o outro pedaço do coração de dr. Octavio. É inavaliavel o seu desconsolo. Trazemos no espirito todo o reflexo de tristeza

que se desenrola na residencia do illustrado medico, repleta de pessôas gradas e collegas. Octavinho contava 6 e Miguelsinho 7 annos de idade. Em pequeno esquife, entre rosas, se destaca o rosto de Miguelsinho que será levado ao cemiterio Santo Amaro ás (3) horas da tarde. Associados á dor que fere a alma do dr. Octavio de Freitas, sua exma. esposa e família, deixamos aqui firmada a eloquente expressão dos nossos sentimentos¹⁴.



Figuras 6: Publicação no Jornal Pequeno sobre o falecimento dos filhos do Dr. Octavio de Freitas.

Fonte: Jornal Pequeno, 28 de abr. 1909¹⁵



Figura 7: Congressistas prestando homenagem no sepultamento dos filhos de Octávio de Freitas no Cemitério de Santo Amaro.

¹⁴ Octavio e Miguelsinho. **Jornal Pequeno**, Recife, 27 de abr. 1909, ano 11, n. 93, p. 1.

¹⁵ **Jornal Pequeno**, Recife, 28 de abr. 1909, ano 11, n. 94, p. 1.

Fonte: Fundo da Secretaria de Agricultura, Indústria e Comércio.

Para celebrar o encerramento do Congresso, um banquete foi oferecido no Clube Internacional, no dia 6 de maio, com decoração luxuosa e um cardápio francês ostentoso. Sobre o esse momento há o relato:

O salão escolhido para a festa apresentava uma ornamentação de aspecto deslumbrador: grinaldas de rosas brancas e rubras entrelaçavam-se, pendentes do forro, donde se desprendiam presos por uns ramos artísticos de madresilva, bizarros balõesinhos japonezes e corbelhas de crysantemos e orchidéas. Sobre a mesa disposta em forma de I, ricos centros de crystal, fulgurando à luz forte, que jorrava de tres candelabros e jarros de modelo Renascença, distribuídos symetricamente e repletos de flores viçosas e encantadoras¹⁶.

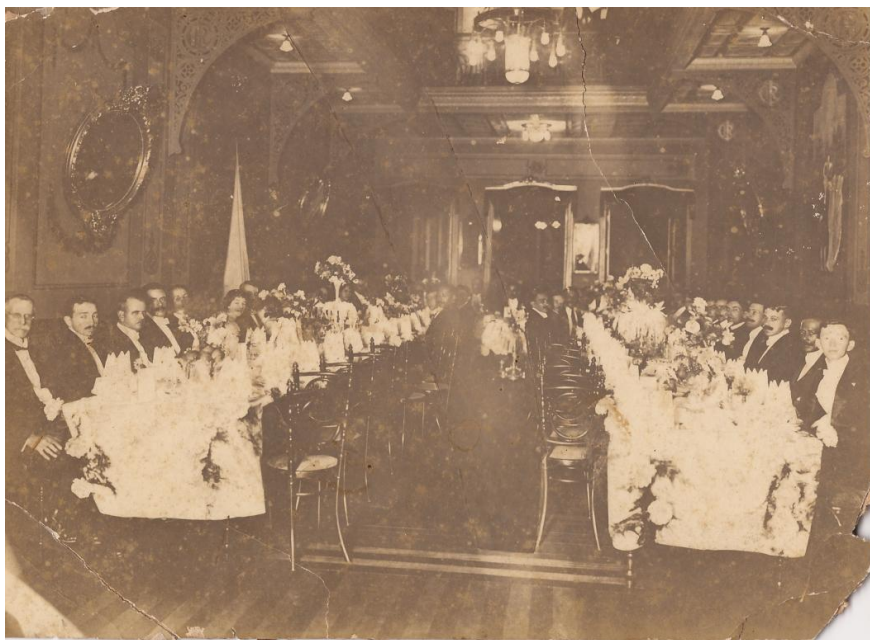


Figura 8: Banquete de encerramento

Fonte: APEJE - Fundo da Secretaria de Agricultura, Indústria e Comércio.

Para que teoria e prática se interliguem produzindo sentido, seguimos no próximo tópico discorrendo sobre o discurso, porém, especificando o seu enunciador, o sujeito. Categoria central da AD já introduzida neste capítulo, o sujeito a que iremos nos referir é o profissional médico, personagem responsável pela produção dos discursos nesse evento aqui analisado.

¹⁶ Annais do Primeiro Congresso Médico de Pernambuco. 1909. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, p. CXLVI.

1.3. O sujeito médico e o seu discurso

*Curar algumas vezes, aliviar muitas vezes, consolar sempre*¹⁷.

O principal sujeito do nosso trabalho é a figura médica a ser compreendida dentro de sua realidade, dinâmica, de tal forma que seja personagem tão influente na história da sociedade. Trabalharemos neste tópico questões como o papel profissional do médico, sua posição social, seu poder, seu prestígio, sua liberdade, identificando-o em sua atuação para então alcançar o nosso maior propósito: o seu discurso.

Compreender os discursos, para Bourdieu, significa por um lado vê-los como inseridos em um campo e, por outro, como produtos de agentes em luta pela imposição de suas visões de mundo como as únicas verdadeiras. Assim, os enunciados devem ser sempre remetidos ao contexto em que surgiram, um espaço objetivamente definido pelas posições dos agentes, determinadas pelas posses desiguais de capital (econômico, simbólico ou político, dependendo do campo em questão). (SIMIONI, 1999, p. 114)

Primeiro há de ser lembrado que a classe social desses sujeitos faz parte do que se classifica enquanto elite, por ocuparem cargos de destaque no governo ou em instituições que interferem diretamente na governança da sociedade, ou seja, aqueles que têm maior acesso aos valores simbólicos e também ao controle social (PEREIRA-NETO, 2001). Diferentes elites se compõem na sociedade, tal como a elite política, a elite econômica, a elite intelectual, ou, como no caso aqui específico, a elite médica. Esta é constituída pela intersecção de dois espaços socio-históricos: a elite e a classe médica, que, ao se convergirem, demonstram maiores possibilidades de alcance social.

O sujeito a que nos referimos é um elemento fundamental da formação da ciência, principalmente no período referente à virada do século XIX-XX. Ele adquire um novo perfil profissional e se coloca com um novo posicionamento diante da sociedade. Em sua crítica, Gould (1999) faz pensar em como a ciência não é objetiva, inata às questões particulares de cada meio. Afirma que a ciência, “uma vez que deve ser executada por seres humanos, é uma

¹⁷ COUTINHO, Lisbôa. **Do problema higienico do Recife**. Anais do Primeiro Congresso Médico de Pernambuco. 1909. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, p. LX.

atividade de cunho social” (p. 5), ou seja, não sendo exclusivamente científica, ela aborda outras questões sociais que remetem ao período histórico, e tampouco está inerte à cultura do sujeito que a produz. A medicina, por sua vez, produziu, em anos de estudos e avanços, diversos conhecimentos científicos, mas também permitiu a interferência de questões sociais e culturais dentro de sua prática, muitas vezes variando suas abordagens de acordo com as premissas de um grupo – igreja, Estado, etc.

A visão da geração médica do início do século XX se identificava enquanto pioneira de um cientificismo que foi submerso durante muito tempo pela herança colonial portuguesa. O processo de especialização do saber modificou a forma de perceber o conhecimento e aqueles que o detinham. Como analisa Dominichi de Sá (2006), desse período emanam ebulições em vários setores, pelas modificações políticas e sociais, que envolve o desejo de cada vez mais se aprofundar nos conhecimentos. E para isso, a tradicional imagem do saber enciclopédico, do sujeito letrado que tudo conhece e tudo debate, não mais é suficiente para abarcar tais expectativas do novo cenário, surgindo, desse modo, uma grande variedade de especializações.

A especialização segmentava o mercado de serviços médicos, expandindo o limite de “tolerância” do ambiente à entrada de novos profissionais. Os nossos treze “oculistas” não disputavam a mesma clientela com os vinte e um “especialistas de crianças”, nem estes com os onze especialistas em “moléstias do útero” [...]. (COELHO, 1999, p. 86-87)

O surgimento das especialidades, e do denso papel do cientista, traria então uma nova responsabilidade para esses profissionais que estaria diretamente relacionada com o advento do progresso no país.

O médico já não é mais apenas um produtor individual de serviço, o clínico, cujo propósito curar o doente de sua enfermidade, no leito de sua cama. Sua integração nas questões sociais eleva sua autoridade diante de um campo muito mais vasto de atuação.

A medicina não deve mais ser apenas o *corpus* de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não *doente* e uma definição do *homem modelo*. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. (FOUCAULT, 2018, p. 37)

Importante lembrar a concorrência que se fazia presente com as práticas de cura alternativas, e, desse modo, a possibilidade de alcançar novos espaços e novos patamares de prestígio parecia o caminho a seguir, por muitos dos médicos. Como afirma o Dr. Lisboa Coutinho na abertura do Congresso:

Agora denuncia-se franca e resolutamente a louvável pretensão de toda uma classe, cujo nobilíssimo escopo se traduz no propósito de conquistar o renome que lhe é devido, o lugar preeminente que lhe cabe no círculo científico brasileiro[...]¹⁸

A **eufemização** (THOMPSON, 1998) - estratégia de controle ideológico que apresenta uma valoração positiva das instituições, ações ou relações -, de suas palavras demonstra um enaltecimento da própria classe profissional que proclama o seu direito de estar em uma melhor posição, de destaque no campo científico, que, segundo o autor, é uma posição que já é de pertencimento, já cabe à profissão.

Ah! colegas meus, agora que ostentamos dentro da arena científica o altivo reconhecimento da nossa pujança¹⁹, capaz de elevados cometimentos, na hora actual em que deante do mundo culto, vimos empenhar o solenne compromisso da decisiva e desinteressada cooperação ao estudo dos grandiosos problemas de cuja solução depende o bem estar da humanidade e o progresso do nosso amado paiz, digno das primeiras bancadas no amphiteatro das mais prosperas nações; temos sobre nós volvidos todos os olhares e sem delles fugir, erguida a frente, caminemos por deante!²⁰ .

Nesse momento o médico destaca sua posição dentro da “arena” científica – campo de disputa por poder simbólico – agora devidamente reconhecido e assumindo o papel de destaque.

¹⁸ COUTINHO, Lisbôa. **Do problema hygienico do Recife**. Annais do Primeiro Congresso Médico de Pernambuco.1909. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, p. XLII.

¹⁹ Força, vigor, poderio.

²⁰ COUTINHO, Lisbôa. Op. Cit. P. p. XLV-XLVI.

Lembremos que a relação que esse profissional mantinha com seus pacientes se dá pela dependência. A dependência de seus conhecimentos, de sua competência, de seu poder (PEREIRA-NETO, 2001). Podemos então refletir essa questão no contexto descrito anteriormente, com a abrangência de suas funções e responsabilidades, essa relação íntima, de confiança, passa a funcionar diante de um quadro maior. Substituindo o indivíduo – o paciente – pelo Estado, a relação de dependência também está presente. O médico então se dedica a “curar” as cidades, a reestabelecer uma ordem neste corpo social²¹. A própria profissão, o peso que ela carrega é capaz de criar uma credibilidade em que só ela seria capaz de tomar frente dos problemas e resolvê-los. Uma crença na capacidade de resolução que se apresenta independente do resultado final, positivo ou negativo (PEREIRA-NETO, 1995).

Gondra (2004) reflete, a partir de uma análise de Laplantine (1991), que a transformação do conceito de medicina compreende todo o funcionamento de uma sociedade, e que é nesse processo de autonomia científica que a profissão age fundamentada pelas operações: ordenar, prescrever, certificar, prometer e ameaçar. Sob essas operações a medicina se legitima pelo poder que então passa a exercer.

É ela que ordena (a “disposição médica”), prescreve (a “prescrição médica”), certifica (a “certidão médica”), é solicitada pelos tribunais nos casos em que a própria Justiça se acredita incompetente (a “avaliação médica”), promete (a esperança suscitada, como vamos ver é imensa, uma vez que induz muitos a acreditarem que todas as doenças poderão ser vencidas). É ela também que ameaça, provocando a angústia de todos que se dão conta de que não obedecem aos comportamentos-padrão que garantem a saúde e a longevidade [...] (LAPLANTINE, 1991, p. 237 apud GONDRA, 2004, p. 43)

Dentro disso, o poder médico intervém não de uma sobreposição dos que dominam e os que lhe são submetidos, mas de forma que perpassa pelas relações cotidianas, agindo pelos vários níveis sociais, na crença do poder do outro de curar. São os micropoderes agindo nos mais diversos espaços que perpetuam a lógica do conhecimento científico. Foucault (2017) em todo esse pensamento afirma que o poder então não se possui, ele se exerce, de forma que não se encontra em apenas um lugar específico – tal como instalado nos aparelhos do Estado – mas no movimento, na ação, disperso numa rede de mecanismos que o define enquanto prática e não objeto.

²¹ Corpo social este que se dá pela materialidade do poder sobre os indivíduos e não por um consenso, como afirma Foucault (2017).

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso [...] muito mais que uma instância negativa que tem por função reprimir. (FOUCAULT, 2017, p. 45)

Dessa forma, o poder médico exercido não se configura num âmbito exclusivo da repressão ou da violência, mas no fato de que ele produz, tal como realidades, verdades, que ecoam na dinâmica da sociedade.

Diante dessa capacidade de produção regida pelos poderes circulantes, o sujeito médico compreende alguém que se enquadra numa posição de saber e discernimento que lhe confere uma autoridade de onipresença, ou seja, ora médico, ora Deus – o que ambos dizem se torna lei. Essa noção é exposta na fala do Dr. Barreto Sampaio junto ao desejo de se tornarem vozes decisivas na dinâmica da sociedade:

[...] dentro em pouco tempo os medicos serão chamados a decidir como arbitros supremos, todas as questões sociaes²².

A partir do auto reconhecimento desses sujeitos enquanto modificadores sociais, podemos refletir sobre a verdade que é impressa por eles, explanando esse conceito tal como apresentado por Foucault (2017), ao postular que a verdade se compreende dentro de um processo de relações de poder, ou seja, um efeito de disputas em que, em algum momento, uma ideia se cristalizou e foi colocada como uma verdade.

O Dr. Lisbôa Coutinho também infere continuamente a importância dessa formação discursiva e de seus objetivos perante a saúde pública, o que reforça a ideia de superioridade, como profissionais capazes de resolver os problemas da população.

É bem de ver que isoladamente as nossas palavras caindo uma por uma como gotas d'agua, de espaço a espaço espargidas sobre o terreno que cobre a sementeira bôa, não permitiriam que ella germinasse logo, florisse e mais tarde proporcionasse a colheita de sazonados frutos; mas conjuntos os nossos esforços, unificada a nossa vontade, alicerçados os nossos conselhos no unico proposito de

²² SAMPAIO, Barreto. **Sessão inaugural**. Anais do Primeiro Congresso Médico de Pernambuco. 1909. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, p. XXXVI.

combater, paladinos da sciencia, para o bem estar do povo[...]²³.

Esse uso constante do pronome “nosso” reflete a elevação dos desejos, dos conselhos, do propósito, do saber médico perante a sociedade, caracterizado enquanto paladinos da ciência, ou seja, heróis, protetores dos fracos, que seguem o caminho da verdade, da ordem. Esse processo se dá pela estratégia de **universalização** (THOMPSON, 1998), no qual os interesses específicos da classe são colocados como interesses gerais do povo.

Sobre o nosso peito foi colocada a cruz vermelha, symbolo da fé, a mesma cruz que outrora mandaram estampar no artemão das caravelas, arrojadas zarpando da velha Europa em demanda de novos mundos [...]²⁴.

Fazendo uso da intertextualidade, ele reverencia a profissão em comparação às missões sob o apoio da fé cristã, como num ato de bravura e de dignidade.

Ah! colegas meus, agora que ostentamos dentro da arena scientifica o altivo reconhecimento da nossa pujança, capaz de elevados cometimentos, na hora actual em que deante do mundo culto, vimos empenhar o solenne compromisso da decisiva e desinteressada cooperação ao estudo dos grandiosos problemas de cuja solução depende o bem estar da humanidade e o progresso do nosso amado paiz, digno das primeiras bancadas no amphiteatro das mais prosperas nações; temos sobre nós volvidos todos os olhares e sem delles fugir, erguida a frente, caminhemos por deante!²⁵

Muito do que concerne o discurso está nas condições de produção²⁶ que cerca a disciplina da qual faz parte. Ela é um princípio de controle que norteia em seu jogo de regras aquilo que se torna verdadeiro em seu campo. O que faz então um discurso se projetar e produzir tanta ação, a ponto de produzir novos discursos, novas materialidades, não é o conteúdo do discurso, mas sim a forma. Aquilo que foi dito, em determinado momento,

²³ COUTINHO, Lisbôa. Op. Cit. p. XLVIII-XLIX.

²⁴ COUTINHO, Lisbôa. Op. Cit. p. LX.

²⁵ COUTINHO, Lisbôa. OP. Cit. p. XVI-XLVI.

²⁶ Demonstradas no capítulo II.

cerceado pelas possibilidades da disciplina, aquilo que Foucault (2014b) chamaria de *acontecimento*, em contrapartida ao que se estabelece enquanto fato.

É dentro dessa dinâmica que o sujeito também é construído. O sujeito médico existe enquanto autoridade científica pela própria interação do discurso. Seu perfil profissional é produzido pelo discurso e seus interditos. Pela interação vão sendo construídos mutuamente o sentido e o sujeito, dentro da própria ação do discurso.

No I Congresso Médico de Pernambuco, outros sujeitos de profissões adjacentes atuam dinamicamente, construindo um panorama geral das principais ideias debatidas no período. Engenheiros e bacharéis em Direito tiveram seu papel na propagação do higienismo através de alguns discursos feitos em conformidade com os discursos médicos.

Diante da atuação nas cidades, os engenheiros aparentavam ter uma atuação mais técnica, com soluções mais demonstráveis. Já os advogados mantinham uma preocupação com as interferências permitidas pela lei nas sociabilidades dos indivíduos. Veremos seus pontos de vista ao longo da análise dos discursos no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II: O HIGIENISMO NA HISTÓRIA DA SAÚDE DO BRASIL (XIX-XX)

Aplicando à medicina um espírito que gostaríamos de chamar “sem preconceitos”, pareceu-nos que, apesar de tantos esforços louváveis para introduzir métodos de racionalização científica, o essencial dessa ciência ainda era a clínica e a terapêutica, isto é, uma técnica de instauração e de restauração do normal, que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento²⁷.

Para adentrar nos principais temas a serem tratados neste capítulo, referentes a um período de recente republicanismo, faz-se necessário debater o processo construtivo desse cenário, ou seja, retomar períodos anteriores ao que iremos tratar. Remeteremos ao processo de transição governamental do Império para a República, trazendo à tona questões que provocaram mudanças específicas na história da saúde no Brasil.

Até a chegada da Corte, em 1808, a medicina era constituída em grande parte por cirurgiões práticos que possuíam a licença cedida pela Fisicatura – órgão de regulação e fiscalização da prática médica –, após exame teórico e prático, e principalmente por aqueles que a praticavam de forma ilegal, tal como o curandeirismo. A presença de médicos oficializados pelo ensino superior era rara, já que os cursos estavam localizados na Europa, o que dificultava a ida dos brasileiros para formalizar os estudos, e também a vinda de profissionais ao Brasil, pelo transtorno do deslocamento e falta de subsídios (MACHADO, 1978).

A questão dos cuidados hospitalares, desde a Colônia, se manteve sob a relação do governo com a Irmandade da Misericórdia. As Santas Casas de Misericórdia eram instituições privadas voltadas para a caridade e que abarcavam diversas funções, tais como asilo, hospício, orfanato, enfermaria, entre outras.

Entre os grupos sociais mais frequentemente auxiliados pelas Misericórdias estavam: crianças abandonadas, leprosos, presos, escravos, soldados e marinheiros doentes, donzelas órfãs, mães solteiras, viúvas e nobres empobrecidos. Para prestar seus serviços assistenciais, as Misericórdias contavam com recursos privados por meio das ações voluntárias (legados, escolas, doações) motivadas pelo sentimento de caridade ou filantropia, mas também – e cada vez mais ao longo do século XIX – com recursos públicos (SANGLARD; FERREIRA, 2018, p. 153).

²⁷ CANGUILHEM Georges. **O normal e o patológico**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018.

Os pacientes viviam em péssimas condições de higiene, com uma assistência falha, sendo alvo de maus tratos, o que só ocasionava a piora das doenças e até a morte. Os doentes mentais, quando não estavam nessas casas de assistência, perambulavam pelas ruas, ou eram encarcerados nas prisões como vagabundos. A situação psiquiátrica só muda quando é inaugurado o Hospício D. Pedro II, em 1852 (COSTA, 1976).

Com a chegada da Corte no Rio de Janeiro, as mudanças foram crescentes devido ao grande contingente de pessoas trazido pelo D. João VI, principalmente no que concerne aos cuidados com a saúde. É nesse momento que a medicina começa a percorrer novos caminhos, com a construção de duas escolas cirúrgicas, situadas na Bahia e no Rio de Janeiro, ainda no mesmo ano. Segundo Viotti da Costa (1999), a intenção era criar estímulos na vida urbana e uma nova elite no país.

Em 1813 e 1815, as Escolas Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia, respectivamente, passaram a ser designadas pelo nome de Academias Médico- Cirúrgicas, seus currículos sofreram sensíveis modificações, com o acréscimo de várias cadeiras; entre elas, uma de introdução à Higiene. Após a independência, em 1826, as Academias Médico- Cirúrgicas adquiriram poder para conferir certificados de médicos e de cirurgiões, libertando-se assim da tutela da Fisicatura (SANTOS, 2009, p. 78).

É criada em 1829 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, com o propósito de debater questões de saúde pública e o exercício da Medicina (SCHWARCZ, 1993). A partir dela as escolas cirúrgicas ganham o estatuto de “Faculdade”, responsáveis por então formar oficialmente os “doutores” do país.

Em 1835, a Sociedade passa ser denominada Academia Imperial de Medicina, o que demonstra maior reconhecimento de seu trabalho e também maior necessidade do mesmo, devido à instalação de frequentes epidemias – sendo modificado o nome mais uma vez, em 1899, para Academia Nacional de Medicina. Posteriormente, em 1850 é criada a Junta Central de Higiene Pública, unificando os serviços sanitários, sendo responsável pela salubridade das cidades e conseqüente fiscalização.

Em 1851, foi publicado o Regulamento da Junta Central de Higiene Pública pelo qual eram criadas Comissões de Higiene Pública nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul e Provedores de Saúde Pública nas demais províncias. Tanto as comissões quanto os

provedores eram subordinados à Junta, que funcionava na Corte, que se tornou o centro de todo o serviço sanitário do Império [...] (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1978, p. 99-100).

Com a reforma dos serviços sanitários do Império, em 1885, houve a divisão entre os serviços terrestres e marítimos sob a responsabilidade de suas repartições: a Inspetoria Geral de Higiene e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos. Acima delas ainda foi instituído um Conselho de Superior de Saúde Pública, que tinha o objetivo de propor soluções acerca das questões de higiene e salubridade (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1978).

O que se pode compreender nesse processo de criação de órgãos e instituições voltadas para uma preocupação com a saúde e a higiene pública é que há uma modificação não apenas na introdução de mecanismos médicos mais formais – referentes ao profissionalismo e a práticas de cura –, mas também nas formas de enxergar o espaço público e suas inferências nesse meio dinâmico.

Madel Luz (1982) enfatiza que, na metade do século XIX, a influência das instituições de saúde ainda era mínima perante o Estado. Funcionavam muito mais como consultores, tendo o Estado a função de abarcar ou não as recomendações – o que poucas vezes acontecia.

2.1. A higiene urbana no Brasil

Logo, adentramos o período republicano, no qual Sevcenko (1998, p. 8) afirma: “De fato, nunca, nenhum período anterior, tantas pessoas foram envolvidas de modo tão completo e tão rápido num processo dramático de transformação de seus hábitos cotidianos, suas convicções, seus modos de percepção e até seus reflexos instintivos”.

Com os ânimos embriagados pelas promessas de um futuro mais próspero para o Brasil, as elites – Militares, Cafeicultores, Políticos, somados aos Cientistas, Médicos, Engenheiros, Arquitetos, Administradores, entre outros – indicavam o caminho em busca do progresso que estava traçado na industrialização e modernização do país.

Dentre as mudanças mais incisivas nesse período, José Murilo de Carvalho (1987) destaca as alterações quantitativas:

A primeira delas foi de natureza demográfica. Alterou-se a população da capital em termos de número de habitantes, de composição étnica, de estrutura ocupacional. A abolição lançou o restante da mão-de-obra escrava no mercado de trabalho livre e engrossou o contingente de subempregados e desempregados (p. 16).

As cidades agora se encontravam lotadas pelo contingente de escravos libertos, forros, brancos pobres, e, somado a isso, haveria uma massa de imigrantes – trabalhadores livres – vindos, principalmente, da Europa para substituir a mão de obra escrava.

É certo que a população estrangeira foi contratada, originalmente, para engrossar o trabalho na lavoura rural; no entanto, com a crise da agricultura, boa parte desse contingente deslocou-se para as cidades, atraído não só pelas novas oportunidades, como pelas especializações profissionais que traziam de seus países de origem (SCHWARCZ, 2012, p. 43).

A necessidade de abrigo nas cidades resultava em habitações diversas, que se tumultuavam para prover a sobrevivência desses cidadãos. Ruas populosas eram tomadas por habitações superlotadas²⁸.

Como o objetivo não é fazer uma análise de marcos e criações governamentais, nem trabalhar as estatísticas da saúde pública no período, concentremos nos sentidos. Estes que foram modificados na saúde ao longo do século XIX e que designaram muito do que se tornou o saber e prática médica do século XX.

Nessa desordem que tanto ameaçava os planos da elite moderna, as classes desfavorecidas, excluídas do planejamento social, ganharam a imagem de “classe perigosa”, classe viciosa – que se tornaram sinônimos para a palavra “pobre” (CHALHOUB, 1996). Massa de cidadãos que não possuíam por muitas vezes trabalhos fixos, e por isso não seriam bons trabalhadores, viveriam na ociosidade e nos vícios, e dessa forma só ocasionariam problemas. Tinha-se a noção de que a violência havia aumentado e seria devido à liberdade dada a essa população, e “não por acaso, a concepção predominante era que a mistura de novas culturas, valores e costumes trazia o desequilíbrio, o desamparo e o descontrole” (SCHWARCZ, 2012, p. 36).

Essa classe subalternizada também estaria associada à proliferação de doenças, devidos aos miasmas – matéria orgânica em decomposição –, que poderia estar presente na

²⁸ Cortiços, Estalagens.

insalubridade, nos tumultos, em solos úmidos, nos excrementos, na água suja, entre tantos outros fatores, não necessariamente bem definidos, que eram comuns em suas moradias e se disseminavam pelo ar. Essa teoria miasmática visaria a limpeza, desinfecção, desodorização desses lugares, e também abriria espaços para uma ventilação que controlasse o fluxo de ar.

Na Capital Federal, no cenário que somava uma crise habitacional, epidemias intensas e demais problemas de saúde pública (PATTO, 1999), o Presidente Rodrigues Alves – indicado ao cargo em 1902 – desenvolveu em seu plano de governo o propósito de remodelação e saneamento da cidade. De início a proposta era realizar a reforma do Porto, porta de entrada e saída do país, que deveria apresentar a imagem de sua modernidade. Essa obra ficou a cargo do governo federal, sob a instrução do Engenheiro Lauro Muller. Em seguida, no âmbito da urbanidade, o Presidente nomeou o Engenheiro Francisco Pereira Passos para o cargo de Prefeito do Rio de Janeiro (1903-1906). Pereira Passos já havia sido membro da Comissão de Melhoramento da cidade do Rio de Janeiro, entre 1874 e 1876, e, como sempre se dedicou às problemáticas urbanas, vivenciou influências do engenheiro francês Georges-Eugène Haussmann.

Hausmann empreendeu famosa reforma em Paris (1853-1870), que se tornou símbolo de civilização e modernidade capitalista. Em seus projetos urbanísticos abriu avenidas, construiu parques, estações, reformulou o saneamento – canalizando a água e o esgoto –, demoliu casas antigas, e, por consequência, destituiu a população pobre das áreas centrais. Tudo sob o viés político e sanitário, em nome da beleza e da modernidade (BENCHIMOL, 1992).

Processo semelhante se fez no Rio de Janeiro, através da modificação da estrutura viária da cidade, o “bota-abaixo”²⁹ de moradias insalubres, como também na própria reformulação dos hábitos sociais, tais como:

[...] proíbe que se cuspa na rua e nos bondes, proíbe a vadiagem de caninos, proíbe que se façam fogueiras nas ruas da cidade, que se soltem balões, proíbe a venda ambulante de loterias, a exposição de carnes à venda nas ruas, proíbe o trânsito de vacas leiteiras na cidade e proíbe andar descalço e sem camisa (AZEVEDO, 2015, p. 82).

²⁹ Legislação implementada em 1903, que proibia a construção de cortiços e estalagens insalubres, e ditava regras para as novas edificações.

A segregação social foi-se impondo através de diversas medidas do projeto urbanístico. Não apenas pelas demolições, resultando nos despejos da população pobre, como também pela elevação dos valores dos aluguéis, do aumento dos impostos, a restrição dos meios de trabalho – tal como a proibição dos ambulantes –, ou meios de subsistência através de plantio ou criação de animais. Essas questões estavam diretamente ligadas às famílias mais necessitadas, que não tinham condições de se reestruturar nas habitações dos subúrbios. O próprio alargamento das ruas e avenidas, realizado de modo a extinguir os becos e vielas que eram tomados pela massa “perigosa”, foi uma medida que continha intenções que iam além da preocupação sanitária (SEVCENKO, 2010).

Os cuidados com a saúde pública ficaram a cargo do médico Oswaldo Cruz, que seguiu o viés mais pertinentemente bacteriológico, sendo responsável por investir contra os vetores das grandes epidemias do período, tal como por meio da obrigatoriedade das vacinas – que resultou nos protestos populares da Revolta da Vacina de 1904 (BENCHIMOL, 1992). Sevcenko (2010) afirma que a opressão gerada pelos planos de remodelação da capital se faz completa com a atuação do médico, que recebe liberdade total para, junto à polícia sanitária, fiscalizar, invadir, aplicar vacinas, multar, intimar e até demolir imóveis considerados insalubres, utilizando-se de uma autoridade truculenta para realizar as devidas medidas.

Essa relação entre os problemas de higiene pública e a noção de que existe um caminho de aperfeiçoamento da civilização aponta, segundo Chalhoub (1996), para a concepção de Higiene enquanto uma ideologia, ou seja, o combate às questões sociais e políticas, sob um viés cientificista, que seria justificado em prol da evolução e bem-estar do país.

[...] no caso brasileiro, a campanha higienista esteve sobretudo a serviço de dois projetos da classe dominante: superar a humilhação frente ao “atraso” do país em relação aos “países civilizados”, pela realização do sonho provinciano de assemelhar-se à Europa, e salvar a nacionalidade pela regeneração do povo (PATTO, 1999, p. 179).

Perante esse discurso de regeneração, os novos intelectuais brasileiros – bacharéis – buscavam justificar o comportamento do povo, suas práticas cotidianas, através das teorias

racistas e deterministas da Europa³⁰, buscando meios de modificar essa cultura (COSTA, 1999).

Sobre as doenças, ainda no final do século XIX, os estudos bacteriológicos começaram a levantar novas teorias acerca das doenças e sua transmissão, identificando as criaturas microscópicas específicas como agente causador de moléstias. Porém, Rosen (1994) demonstra que o processo de aceitação desses estudos se deu de forma gradual, a partir das comprovações obtidas nos experimentos dos cientistas consagrados do período, e suas contestações. A cultura do miasma – que afeta o ar e o ambiente – se manteve por muito tempo disseminado, principalmente no que diz respeito às questões sanitárias (MASTROMAURO, 2011).

Essa emergente preocupação com o processo preventivo das doenças denota a nova concepção da medicina, que não se mantém mais apenas nos debates da cura. Essa medicina moderna estaria preocupada com os meios possíveis de impedir o alastramento das doenças e estaria centrada na higienização do país. Conseqüentemente, essa atuação não se dá pelos cuidados pessoais, individuais do paciente, na consulta médica, pela clínica, pois a dinâmica da higiene se dá no coletivo e nas transformações que podem ser feitas pelo cuidado em massa. Logo, “O homem não é apenas organismo vivo, ele integra um organismo social” (MACHADO, 1978, p. 281), e com isso a medicina ganha um caráter abrangente, que se organiza para manter a saúde e a “civilidade” da sociedade.

Foucault (2017) apresenta esse deslocamento da medicina ainda no século XVIII na Alemanha, na França e na Inglaterra, que começa a atuar em vários espaços da sociedade. Denominada de Medicina social, torna-se um instrumento de influência estatal, que passa a deliberar sobre a disposição das cidades, no público e no privado, interferindo, inclusive, na vida e valores dos indivíduos, indicando as regras do bem viver.

Rosen (1979) aponta a trajetória da medicina social – ou higiene social como foi inicialmente denominada – na Europa e suas modificações do século XVIII, ao longo das décadas em vários países e por diversos intelectuais da medicina. Ele afirma que, “Historicamente, o conceito de medicina social apareceu como resposta aos problemas de doença criados pela industrialização” (p. 138) e apresenta dois principais aspectos, o descritivo e o normativo.

³⁰ Tema que será abordado no próximo capítulo.

Como ciência descritiva ela investiga as condições sociais e médicas de grupos específicos e estabelece as relações causais que existem entre estas condições; como ciência normativa, estabelece padrões para os vários grupos que estão sendo estudados e indica medidas que podem ser tomadas para atenuar as condições existentes e alcançar os padrões que foram determinados (ROSEN, 1979, p. 138).

O termo “social” estaria diretamente ligado às causas e consequências das doenças neste âmbito, relacionado à violência, ao suicídio, ao desemprego, ao vício, “no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos” (LAURELL, 1983 p. 137).

Machado (1978) aponta o momento de nascimento dessa medicina social no Brasil, constituindo-se no início do século XIX:

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que não só tem vigorado até o presente, como tem-se intensificado cada vez mais a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo de reflexão e da prática médicas, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício do poder do Estado (p. 155).

Como indica, a medicina se torna indispensável para o exercício do poder do Estado, para que este possa fazer inferências na sociedade a partir de seus interesses, tendo a cientificidade ao seu lado para verificar suas decisões. Em troca, os médicos possuem maior voz e poder de atuação para trazer à tona novos métodos, e seguir os novos caminhos da medicina moderna.

O médico torna-se cientista social integrando à sua lógica a estatística, a geografia, a demografia, a topografia, a história; torna-se planejador urbano: as grandes transformações da cidade estiveram a partir de então ligadas à questão de saúde; torna-se, enfim, analista de instituições; transforma o hospital – antes órgão de assistência aos pobres – em “máquina de curar”; cria o hospício como enclausuramento disciplinar do louco tornado doente mental; inaugura o espaço da clínica, condenando formas alternativas de cura; oferece um modelo de transformação à prisão e de formação à escola (MACHADO, 1978, p. 155-156).

É o que o autor chama de uma “medicalização da sociedade”, em que a medicina está em todo lugar, intervindo, gerando uma nova tecnologia de poder, uma nova forma de assistência, mas também de controle, sem limites.

Essa nova tecnologia de poder abarca um novo funcionamento, que difere do tradicional regido pela lei, que se dá pelo bloqueio, pela repressão. Ela se compreende no âmbito da norma, que, segundo Jurandir Costa (1979, p. 50):

[...] embora possa incluir em sua tática o momento repressivo, visa prioritariamente a prevenir o virtual, produzindo fatos novos. A **regulação**³¹ é o mecanismo de controle que estimula, incentiva, diversifica, extrai, majora ou exalta comportamentos e sentimentos até então inexistentes ou imperceptíveis.

O Estado, em associação com a medicina, passa a acompanhar a vida de seus cidadãos, desde suas moradias, instruções, atividades, até seus costumes, hábitos, moralidades. A família é o foco central que deve ser cuidado para assinalar as competências do país.

Rago (1985) demonstra a vida miserável dessa população pobre – enfatiza o proletariado, trabalhador das fábricas – e o quanto ela era vista enquanto ameaça os demais.

Na habitação popular, os indivíduos se amontoam assim como o lixo; os fluxos não circulam, os miasmas pútridos estagnam. A aglomeração de gente, de cheiros fétidos, de detritos e de animais domésticos congestionam o cortiço e o bairro operário, impedindo a livre circulação do ar e da água, a penetração salutar dos raios solares, elementos fundamentais para garantir a saúde do organismo. (p. 165).

Ela indica que a estratégia dos higienistas se dava pela separação dos corpos, em lugares específicos, ou seja, pela segregação, e pela determinação de uma disciplina moral que os moradores deveriam seguir.

Sigamos então para a análise do nosso recorte geográfico centrado na cidade do Recife, apontando as percepções acerca dos planejamentos urbanos propostos na nossa fonte, o I Congresso Médico de Pernambuco.

³¹ Grifo nosso.

2.2. Retratos da higiene no Recife

“Não há espaços sem as práticas que lhe conferem sentido” (ARRAIS, 2004, p. 15). Iniciemos a discussão sobre as transformações ocorridas na cidade do Recife com essa citação. Com essa simples afirmativa, é possível compreender o vasto panorama que corresponde a formação de uma cidade. Um espaço que necessita das práticas intermitentes no seu cotidiano, de todos aqueles que a representam, para lhe aferir significados, sentidos. Uma realidade construída por aquilo que se faz dela, dentro de um processo histórico movido por sujeitos que estruturam e são estruturados por ela. Dessa forma, buscamos compreender os meios de formação dessa cidade e de seus sujeitos, no campo do imaginário e do espaço físico.

O quadro da cidade do Recife nesse período de transição (século XIX-XX) apresenta fatores congruentes com os apresentados no cenário brasileiro geral – exposto no início desse segundo capítulo. Aumento populacional, aumento de moradias populares, somado às condições naturais hostis da cidade e suas frequentes epidemias, promovendo altos índices de mortalidade. Inferia-se, inclusive, que o próprio ar recifense possuía elementos nocivos à saúde. Um cenário que não parecia muito promissor para a sua população.

Essa população migrante decorrente da seca e do desenvolvimento industrial da cidade passa a ocupar regiões alagadas, construindo habitações em manguezais. Devido às más condições ocasionadas pela falta de acesso à água tratada, a um serviço de remoção de lixo e esgoto canalizado, vítimas da carência alimentar, trabalho e moradia precários – muitos nem conseguiam o trabalho, já que não havia emprego para todos nas indústrias –, essa população se torna alvo das diversas enfermidades (MIRANDA, 2003). Somada a uma população já carente da cidade, moradores de mocambos, pardieiros, a situação só se torna mais agravante.

No século XIX os interesses nas modificações da estrutura urbana da cidade já se apresentavam pela criação da Repartição de Obras Públicas (ROP), quando se desenvolveram estudos acerca da salubridade, abastecimento de água, moradias, entre outras abordagens referentes a uma reforma no cenário da cidade, inspirados nos modelos franceses, sob as ordens do Presidente da província, Francisco Rego Barros (DA SILVA, 2011).

Ainda buscando melhorar esse quadro, é fundada a Sociedade de Medicina de Pernambuco, em 1841, que propunha alavancar a Medicina enquanto ciência e também dar

espaço e prestígio maior à classe médica. Anos depois, foi criado o Conselho Geral de Salubridade Pública (1845), pelo qual os médicos podiam fazer a vigilância e tomar medidas para cuidar da higiene dos espaços. O Conselho foi posteriormente substituído pela Comissão de Higiene Pública (1855) e sucedida pela Inspetoria de Higiene Pública (1872).

Estética, higiene e controle são temas centrais na formação do Recife ideal, que buscava na capital a beleza representativa da Europa, a higiene prescritiva de uma saúde pública exemplar, e o controle, o meio coercitivo que foi muitas vezes utilizado para atingir esses padrões (ARRAES, 2011). Para isso não houve distinções entre o público e o privado, pois ambos deveriam ser retrato do modelo higiênico, adentrando sobre o debate das doenças epidêmicas e endêmicas, como também discutindo a (i)moralidade dos sujeitos. Ressalte-se que essas determinações estariam, sobretudo, voltadas para a população pobre marginalizada.

O centro do Recife, no final do século XIX e início do XX, foi o “abrigo” dessa população que se amontoava em casebres e cortiços, dividindo espaços minúsculos com várias famílias, o que para as elites representava o risco eminente de doenças contagiosas, frutos dos “maus hábitos” (NEVES, 2018, p. 51).

A noção de “classe perigosa”, já citada anteriormente, torna-se perceptível no Recife devido aos olhares da elite, que adicionavam mais elementos para inferiorizar e afastar essa população. As teorias higienistas, que ganhavam corpo nesse período, foram extremamente importantes, provendo argumentos científicos que permitissem medidas de exclusão social, tais como iremos apresentar a partir dos discursos do congresso.

Foi a partir da preocupação com a higiene social e do interesse da elite dirigente que vai se desenvolvendo um novo modelo de urbanização, tendo sido em grande parte imposto, transformando a vida de parte da população.

No processo de análise desses discursos, afirmamos, pelas palavras de Orlandi (2001, p. 9), que este trabalho se dá “na necessidade de interpretação que não é mera decodificação na transparência da linguagem, mas trabalho que ata língua, sujeitos e mundo”.

No discurso de abertura do Congresso, o Dr. Lisbôa Coutinho faz pronunciamento acalorado à profissão médica e ao evento, pelo desejo de novos debates científicos. Ele apresenta como tema central do seu discurso os problemas de higiene constantes na cidade do Recife.

A cidade do Recife que habitamos, tão pulchra pelo dispositivo das suas terras, pelo serpejante deslizar dos rios que lhe valem o cognome de Veneza Americana; guarda avançada da America do Sul, primeira faixa de Colombo, banhada pela luz do sol como o deverá ser também pelo clarão da civilização europeia, vi hoje infelizmente conspurcado o seu brilhante renome pela pecha deprimente de urbis insalubérrima [...]

Vãos e improfícuos se têm em geral mostrado na correção dos efeitos, todos quantos planos sabiamente delineados, vão e improfícuos diante dos impecilios que a ignorancia passivamente antepõe, muito mais quanto semelhante empreendimento tem por campo de acção uma cidade mal drenada, mal calçada e muito mal construída³².

Ele demonstra grande enaltecimento da cidade com diversas metáforas, como a Veneza Americana, que deveria ser espelho da civilização europeia, mas que estaria encoberta pela insalubridade. Diante disso, muitos dos participantes do congresso dialogaram as possibilidades de mudança no cenário da cidade, propondo soluções que evocassem uma cidade mais limpa e moderna. Sobre esse novo modelo, Arrais (2004) afirma:

[...] os médicos procuraram impor a adoção dos princípios de salubridade na arquitetura da cidade, prescrevendo as condições que deveriam ser observadas nas edificações, estabelecendo princípios de localização, fixando relações de dimensão e proporção dos prédios (ARRAIS, 2004, p. 370).

Dr. Lisbôa Coutinho cita em vários momentos o problema das moradias insalubres ocupadas pela população pobre e expõe suas ideias para que essa realidade não mais se mantivesse.

A velha casaria de bairros antigos a indicar expurgo das labaredas e os imundos mucambos, vergonhosa reminiscencia das epocas pre-historicas, na frase de um humorista, construidos com os mesmo materiaes de que então podiam dispor os nossos remotos antepassados,

³² COUTINHO, Lisbôa. **Do problema higienico do Recife**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. XLVI.

madeira bruta, barro e palmas de coqueiros, não devem por mais tempo continuar de pé³³.

As estruturas das moradias populares representavam um atraso para a cidade, um empecilho para o desenvolvimento desejado. Para esse apontamento, o médico faz uso de palavras ofensivas para adjetivar essas habitações, ou seja, um vocabulário específico de depreciação, como se apresenta em uma das dimensões do discurso teorizadas por Fairclough (2001), a dimensão textual. Fazendo referência também ao período pré-histórico, ele faz um contraponto com o constante ideal de modernidade discutido no evento. O médico logo afirma a pretensão de derrubar essas moradias, sem debater o destino dos moradores.

O Dr. Octávio de Freitas, médico bastante reconhecido pela sua atuação em Pernambuco, na época Presidente da Sociedade de Medicina de Pernambuco, da Liga Pernambucana contra a Tuberculose, entre tantos outros feitos de sua carreira, relata em cinco pontos os problemas higiênicos da cidade. Em primeiro lugar, as péssimas condições do solo, quase no nível do mar, provocando grande umidade; em segundo, o serviço de remoção ineficiente do esgoto das habitações; em terceiro, a situação das habitações operárias, mocambos e cortiços, que ele descreve de forma detalhada:

[...] os *cortiços* e os *mucambos*, ambos um amontoado de heresias sanitarias, mesmo aos mais cominhos principios de hygiene. Os *mucambos* são edificados em logares humidos, aterrados quase sempre com lixo e cercados de pantanos alagadiços, invadindo as aguas das grandes marés o interior de muitos delles. Seu material de construcção é composto de latas velhas ou pedaços de caixões para as paredes e capim, palha ou folhas de zinco para a coberta. O chão não tem revestimento algum e a divisão interna, quando existe, é a seguinte:—uma sala de frente, uma alcova sem ar e sem luz, onde dormem amontoadas tres e mais pessoas, uma sala de jantar e ao mesmo tempo cosinha e, num pequeno pateo posterior, uma fossa fixa constituida por um barril enterrado no solo. Isto nos mucambos que a possuem, porque em muitos, os despejos são feitos na maré que passa perto ou encostada á habitação. Nos *cortiços* o aspecto é menos desolador:—são pequenas habitações em numero de cinco a vinte, comprehendendo o que se chama um *quadro*, compostas de uma sala e um ou dois quartinhos para cada familia de cinco ou mais

³³ Ibid., p. XLVIII

pessoa, tendo a mesma torneira de agua potavel e o mesmo aparelho sanitario todos os habitantes de um quadro. Estas pequenas casinhas fazem seguimento umas ás outras, dão todas para um pateo commum e teem unicamente uma sahida para a rua:—uma porta que dá para o pateo commum³⁴.

Em quarto lugar, ele se refere à construção dessas casas de aluguel, na qual seus edificadores não levavam em consideração a ventilação e aeração dos aposentos; e em quinto lugar, menciona as vias públicas, mais especificamente, as ruas estreitas e mal orientadas do Bairro do Recife e do Santo Antônio.

O engenheiro Olympio Chermont cita em um de seus discursos uma fala do Secretário Geral do Estado, o Dr. Elpidio de Abreu Lima Figueiredo, encontrada em seu Relatório de Janeiro de 1908, na qual faz críticas ríspidas às moradias populares, deixando perceptível uma preocupação que corresponde às suas formações discursivas correspondentes à elite dirigente.

Constituem infelizmente um dos maiores defeitos desta cidade as habitações da população proletaria. Os mucambos e cortiços são uma ameaça constante á saúde publica. Sem conforto e sem a minima observancia dos preceitos hygienicos, a pobre gente que os habita, concorre com avultadissimo contingente para o augmento da mortalidade e as suas condições de vida constituem um perigo serio para a parte da população mais favorecida da fortuna³⁵.

Ele designa tais habitações como defeito da cidade, ou seja, falhas que devem ser consertadas. Mas é interessante observar principalmente a responsabilidade atribuída a essas moradias de serem uma ameaça à saúde pública. Claramente, estas não seguiam os preceitos higiênicos mínimos necessários para uma boa vivência, porém, há um silêncio em tais palavras – silêncio que significa em si mesmo (ORLANDI, 2007) – acerca das condições socioeconômicas que provocaram a formação desse cenário. Segundo ele, essas habitações não apenas seriam um mal para a saúde pública, mas ele também expõe a preocupação de que tal perigo atinja a população mais favorecida de fortuna, ou seja, a elite.

³⁴ FREITAS, Octavio de. **Importancia do registro sanitario das habitações com instrumento de defeza hygienica nas collectividades**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. 54.

³⁵ CHERMONT, Olympio. **Casas para proletarios**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. 602.

Nesse discurso do engenheiro Olympio Chermont, referente às casas para proletários, ele apresenta essa modalidade como habitações que estariam sendo postas em pauta em diversos países. Ele faz a defesa da construção dessas habitações para o auxílio da população trabalhadora de fábricas e indústrias, de modo a se organizarem as moradas e estruturas seguindo preceitos saudáveis e mantendo os trabalhadores junto às suas famílias. Cita como exemplo a vila operária de Camaragibe, que teve seu início de construção em 1891 pela Companhia Industrial Pernambucana. Apresenta os diferentes formatos possíveis de casas para famílias ou trabalhadores solteiros, e toda a estrutura composta de escolas, padarias, consultórios, entres outros serviços de bem comum. O alto índice de mortalidade desses operários pela falta de preceitos higiênicos em seus alojamentos é o grande fator para que essas vilas sejam construídas.

Porém, é importante observar que essas casas não pertenciam aos trabalhadores, e sua morada estava condicionada à empregabilidade, o que enalteceria o sentimento de subordinação à fábrica, (SANTOS 2017). Sendo assim, muito do intuito dessa formação de vilas seria para manter uma ordem, uma disciplina, que, segundo Foucault (2017, p. 180), seria “uma nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças ao sistema de poder suscetível de controlá-los”.

Outra temática abordada pelo engenheiro Chermont foi a higiene nos cemitérios. Ele apresenta um estudo trazendo informações históricas de diversas culturas e determinando as medidas corretas a serem tomadas da morte ao sepultamento. A igreja católica por muito tempo dominou essa área, promovendo enterros, inclusive, dentro das igrejas, segregando aqueles considerados impuros – judeus, ateus, não batizados, ladrões, blasfemos, excomungados, entre outros – aos enterros nos campos e estradas. Como afirma Reis (1991, p. 171): “Ser enterrado na igreja era também uma forma de não romper totalmente com o mundo dos vivos, inclusive para que estes, em suas orações, não esquecessem os que haviam partido”.

Só apenas no final do século XIX, os cemitérios são secularizados, como afirma o engenheiro Chermont. Muitas das antigas práticas de sepultamento foram consideradas pela classe médica como nocivas à saúde pública, pela emanação de maus ares e perpetuação de doenças, o que levantou a discussão dos procedimentos higiênicos necessários para esses espaços. Ele apresenta então os procedimentos realizados por alguns países diante da morte e

também os procedimentos adotados no Brasil no momento vigente. Das medidas recomendadas pelos higienistas, destacam-se:

Os cemitérios, comquanto não colinas, devem ser colocados em lugares altos e num ponto oposto áquelle por onde sopram os ventos predominantes, a fim de que estes não tragam para a cidade as emanações³⁶.

Dissemos ser preciso escolher para os cemiterios um terreno elevado, secco e permeável³⁷.

(As covas) devem ter 80 centímetros de largura, sobre 2 metros de comprimento, com um intervalo de 30 a 40 centímetros pelos lados, de 30 a 50 centímetros na cabeça e nos pés e uma profundidade de 1m50 a 2 metros³⁸.

[...] as plantações metodicas e discretas dos cemiterios têm reaes vantagens [...] aspirando as emanações putridas, eram próprios a purificar o ar³⁹.

Além dessas medidas, ele defende a construção de depósitos mortuários para o recolhimento dos corpos entre o período de falecimento e sepultamento. Essa separação entre mortos e vivos evitaria a propagação de enfermidades contagiosas e também daria tempo para garantir que a vítima tinha realmente falecido – para isso, cordões com sinos seriam amarrados nas mãos e pés. Também defende a construção de necrotérios, locais de recolhimento para corpos encontrados nas ruas ou nos mares, rios e praias, cuja identidade ainda não teria sido reconhecida.

Percebemos, ainda, que diante dos reais problemas que a cidade sofria na época, há um discurso de cidade suja e imoral e um discurso de cidade ideal, civilizada e moderna, sendo ambos os discursos construídos designando os sentidos do urbano. Esses discursos logo silenciam o real da cidade e transformam o discurso em senso comum (ORLANDI, 2001).

Mediante os princípios de salubridade, alguns espaços se tornaram alvo de tais ações higiênicas no começo do século XX. Citemos aqui três intervenções feitas em Recife: A reforma do Porto, a reforma do Bairro do Recife e o plano de saneamento da cidade.

³⁶ CHERMONT, Olympio. **Estudo sobre cemiterios**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. 531.

³⁷ Ibid., p. 544.

³⁸ Ibid., p. 538.

³⁹ Ibid., p. 542-543.

A reforma do Porto iniciou-se em 1909, estendendo-se até meados da década de 20, visando o melhoramento de sua estrutura devido à baixa profundidade, que impedia o ancoramento de navios maiores, com maquinário ultrapassado e um sistema precário de escoamento de mercadorias, que estariam relacionadas à ideia de melhoria econômica para o Estado (DUARTE, 2018). Era a porta de entrada de visitantes e negociantes do Estado, e era preciso demonstrar que ali era um espaço que abraçava a modernidade.

Sobre a questão sanitária, ainda em 1868, o governo da província havia contratado a Recife Draynage Company, que ficou responsável pelo tratamento de esgoto sanitário da cidade, recolhendo o material fétido das casas através de aparelhos instalados nas residências. Porém, o serviço logo demonstrou sua ineficiência, piorando os odores nos espaços privados e públicos (ARRAIS, 2004).

Em pouco tempo, os problemas com o sistema de saneamento da Drainage, por diversos fatores, começaram aparecer: o material usado para confecção das latrinas era de péssima qualidade e, em muitos casos, inadequados; o crescimento da população; a má conservação dos canos; a insuficiência de água para o bom funcionamento do sistema; e a falta de informação da população que, em muitos casos, obstruía os canos com objetos mais variados, a exemplo de panos, ossos e outros resíduos de cozinha. Aliado a esses fatores, em muitos casos, a companhia não demonstrava zelo suficiente para manutenção do sistema de saneamento da cidade. Como consequência, as caixas das latrinas passaram a estourar tornando-se foco de ratos e insetos peçonhentos, a canalização estourava com frequência contagiando o subsolo e atingindo veios d'água. As arquiteturas fechadas dos sobrados, já tão criticadas pelos higienistas da época, tornavam-se ainda mais impregnadas de mau odor (MIRANDA, 2012, p. 166).

No Congresso, a companhia é citada também pelo Dr. Lisbôa Coutinho, pelo Dr. Octavio de Freitas e pelo engenheiro Torres Contrim em seus discursos, demonstrando a insatisfação da classe diante do serviço prestado pela Companhia.

Durante longo tempo entregue a uma companhia estrangeira, unicamente interessada na fruição dos proventos, o serviço de remoção do sewage⁴⁰, irregularmente operada, foi pouco a pouco por censurável indiferença dos seus gestores, infensos aos gastos de conservação, quanto mais aos de melhorias, transformando o sub-solo em foco de nocivas emanções

⁴⁰ Esgoto.

que pelas fauces hiantes ao longos dos rios e pela boca das sargetas, contamina dia e noite o ar que inspiramos [...] ⁴¹

[...] devo referirme ao pessimo estado do nosso serviço de remoção da immundicies das habitações ⁴².

[...] a poluição do rio e a contaminação do sub-solo da cidade pelo não funcionamento e imprestabilidade mesmo, de grande parte da actual rêde de esgotto ⁴³.

Creio nada mais precisar acrescentar sobre a necessidade urgente e imprescindivel de se cuidar da nova rede de esgotos para substituir a actual, completamente imprestável, condemnada em absoluto, constituindo uma seria ameaça à saude publica ⁴⁴.

Esse systema que foi aqui adotado pela Companhia Recife Drainage, está completamente abandonado [...] ⁴⁵.

A experiencia aqui feita pela Companhia Recife Drainage de resultados desastrados, como aliás era esperar, deve ao menos servir de ensinamento ⁴⁶.

Em seu extenso discurso, o engenheiro Torres Contrim cita também algumas medidas que foram apresentadas em relatório ao Governo para o melhoramento da insalubridade nas moradias populares. Entre as medidas estão a definição da altura dos pavimentos das casas, dimensões de portas e janelas, nível da soleira, proibição de alcovas sem ar e iluminação, visitas domiciliares pelas autoridades sanitárias e multas por negligência e aluguel do espaço sem vistoria do Inspetor de higiene ⁴⁷.

Com a criação da Comissão de Saneamento, cuja direção ficou a cargo do Engenheiro Saturnino de Brito, novos planejamentos foram feitos para reformular o saneamento da cidade e o Bairro do Recife.

O Bairro do Recife, área central da cidade onde estava localizado o Porto, era formado por múltiplas edificações, coladas umas nas outras, abrangendo grande contingente

⁴¹ COUTINHO, Lisbôa. Op. Cit., p. XLVI.

⁴² FREITAS, Octavio de. Op Cit., p. 53.

⁴³ FREITAS, Octavio de. Op Cit., p.54.

⁴⁴ CONTRIM, Torres. Qual o **systema de esgotos mais conveniente á cidade do Recife?**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. 644.

⁴⁵ Ibid., p. 647.

⁴⁶ Ibid., p. 666.

⁴⁷ Ibid., p. 674-677.

populacional, somado às ruas estreitas, que impediam a livre circulação do ar. Com essas características que foram determinadas enquanto perigo à saúde pública, medidas como o alargamento das ruas, abertura de avenidas, derrubada de casebres e mocambos, ou construções consideradas atrasadas, foram tomadas sem levar em consideração os moradores que ali (sobre) viviam (MIRANDA, 2003).

Essas mudanças percorreram os anos seguintes, construindo uma nova representação do Recife, um novo sentimento principalmente para os que se beneficiaram dela.

Aos poucos, começava a aparecer diante dos olhos de parte dos moradores uma cidade que crescia, cujos espaços mudavam de fisionomia, enfim, um Recife que, para eles, aderiria ao progresso. As epidemias, a insalubridade, a falta de infra-estrutura, as ruas estreitas e os becos, os animais pelas ruas continuavam a existir, mas as sensações e elaborações resultantes das transformações empreendidas nas primeiras décadas do século XX, como a reforma do Porto e do Bairro do Recife, a implantação do plano de esgotamento sanitário do Engenheiro Saturnino de Brito, e algumas outras melhorias na infra-estrutura e embelezamento realizadas na cidade faziam com que boa parte dos seus habitantes procurasse representar o Recife como uma cidade moderna, progressista e civilizada (COUCEIRO, 2005, p. 79-80).

Porém, devem ser considerados também os efeitos negativos para os moradores da região, resultando em famílias desabrigadas, sem fonte de renda e com problemas de saúde devido à proliferação de doenças durante as obras (DUARTE, 2018).

Ainda que o projeto higienista visasse à melhoria da saúde pública e dos espaços gerais da cidade, as possibilidades interventivas abertas nesse processo de maior influência social e governamental dos médicos e engenheiros permitiram que sua interferência também alcançasse os espaços privados dos indivíduos. Além das questões habitacionais e sanitárias, o cotidiano, os costumes e as relações sociais se tornaram também pontos de atenção da classe médica. A imundície seria abordada e enfrentada em seu sentido duplo, considerando as atividades e relações que aconteciam dentro desses espaços habitados pela população menos favorecida, um meio que, segundo os higienistas, estaria repleto de atos nefastos, promiscuidade, vícios e doenças. Temas como degeneração, loucura e crime entram no campo de discussão dos participantes do Congresso. Sobre isso daremos continuidade no próximo capítulo.

CAPÍTULO III: CORPOS À MARGEM

3.1. Estudos sobre degeneração e eugenia

O povo diz: tal pai, tal filho, a ciência moderna também⁴⁸.

Além das preocupações higiênicas com as estruturas das cidades, dos problemas urbanos atestados principalmente pelas moradias irregulares, havia outra preocupação vigente que perpassava as particularidades dos sujeitos. As discussões acerca das populações e de seus descendentes eram recorrentes no campo da psiquiatria, seguindo o mesmo caminho da higiene pública, debatiam-se estratégias de foco preventivo para que as doenças mentais não fossem transmitidas para as gerações futuras.

Segundo Caponi (2012), essa perspectiva apareceu em contrapartida à psiquiatria clássica dos estudos de Pinel (1745-1826) e Esquirol (1772-1840), que buscava compreender as manifestações da alienação mental, concentrando-se nos traços particulares do indivíduo, no jeito, no olhar, sem considerar como determinante os traços físicos pela questão da transmissibilidade destes pela hereditariedade. De certa forma, as contribuições da psiquiatria clássica foram extremamente relevantes para transformar o olhar sobre o corpo, que anteriormente era percebido apenas pelos seus órgãos e tecidos.

O termo “degeneração” começa a surgir ainda nos estudos do fisiologista Cabanis (1757-1808) ao defender que a degeneração dos órgãos causaria então a degeneração da mente. Junto a isso também propôs o termo de “regeneração”, que seriam meios de melhorar as condições físicas e morais, discurso semelhante aos dos médicos higienistas. Cabanis indicava que ao detectar a desordem nos órgãos seria possível, através de intervenções médicas, prevenir as degenerações.

Porém, é com o psiquiatra francês Benedict-Augustin Morel (1809-1873) que os estudos degeneracionistas ganham impulso. Morel publica o *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces*

⁴⁸ Lima Barreto. **Cemitério dos vivos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1956, p. 35.

*variétés maldives*⁴⁹ (1857), no qual pretendia substituir a classificação sintomática por uma classificação etiológica das enfermidades mentais, buscando a origem das desordens para que enfim se fizesse uma profilaxia adequada. Dessa forma, Morel define a degeneração humana como um desvio doentio que perpassa pelas gerações tornando cada vez mais presente. O Tratado explica que:

As degenerescências não podem, portanto, ser mais que o resultado de uma influência mórbida, seja de ordem física, seja de ordem moral, e, como todos os estados doentios, têm suas características especiais e suas características gerais. Uma das características mais essenciais das degenerescências é a da transmissão hereditária, mas em condições bem diferentemente graves do que as que regulamentam as leis comuns da hereditariedade. (MOREL, 2008, p. 499)

Essas condições de transmissibilidades diferentes, citadas pelo autor, implicam que a degeneração é progressiva, e que seu limite se dá no ápice da desordem, constituindo uma consequente esterilidade. Assim, Serpa (2010, p. 450-451) afirma que “a degenerescência não pode criar uma raça ou uma espécie de seres degenerados, que dominariam a Terra [...] a degenerescência só pode ser ‘na’ espécie humana, sempre limitada, mas não menos assustadora”. Para Morel, não haveria como o indivíduo retornar ao estado normal de saúde, pois é um processo apenas de degradação, o que, portanto, se tornaria essencial a busca de meios para impedir o estágio inicial.

Morel aponta seis tipos de degeneração, causados tanto por fatores internos quanto externos: 1) Degeneração por intoxicação: clima, solo, miasma, epidemia, álcool; 2) Degeneração causada pelo meio social: atividades industriais, miséria, profissão insalubre; 3) Degeneração resultante de uma afecção mórbida anterior ou de um temperamento malsão: epiléticos, histéricas, maníacos, melancólicos; 4) Degeneração derivada da imoralidade: relação entre o físico e o moral, um ocasiona males ao outro; 5) Degeneração proveniente de doenças congênitas ou provenientes da infância: Defeitos no sistema nervoso, deficiências, etc; 6) Degeneração relacionada às influências hereditárias: transmitida geneticamente através das gerações familiares (CAPONI, 2012). Independente da causalidade dessa degeneração – entre esses seis tipos – o ponto central que perpassa todos eles é a dimensão hereditária, seja enquanto causa ou consequência, afetando tanto os caracteres físicos quanto os morais.

⁴⁹ Tratado das degenerescências físicas, intelectuais e morais da espécie humana e das causas que produzem essas variedades doentias.

Sobre o tratamento moral dessas afecções, Pereira (2008) postula:

Uma das preocupações centrais de Benedict-Augustin Morel era a concepção terapêutica a ser deduzida dos pressupostos da teoria da degenerescência, em particular as ações sanitárias e higienistas a serem implementadas pela autoridade pública com o objetivo de impedir a propagação das tendências degeneradas entre a população. Em diversos países do mundo, programas de saúde coletiva foram desenvolvidos e implementados em torno de noções como “manutenção da pureza da raça” e “estímulo e manutenção dos bons costumes”. (p. 494)

Ou seja, uma profilaxia, condutas e regras higiênicas para que a degeneração não tivesse a chance de ser ter o seu processo iniciado.

Após os estudos de Morel, anos depois, seu discípulo Magnan (1835-1916) retoma suas teorias. Da mesma forma que Morel, refletindo inicialmente o alcoolismo e seus efeitos, Magnan identifica o processo de degeneração – principalmente no que concerne o foco da hereditariedade – e a emergência de meios para que se compreendesse seu desenvolvimento. Porém, ele difere de Morel na perspectiva que o indivíduo em sua origem é captado em sua perfectibilidade, e sofre anomalias que vai degenerando a sua espécie. Segundo Magnan, o processo se dá do mais perfeito para um menos perfeito, um empecilho no meio do processo evolutivo. A perfeição é apenas o fim natural desejado pelo homem durante seu caminho, o objetivo humano (SERPA, 2010).

Kraepelin (1856-1926), pai da psiquiatria moderna, também dá continuidade à teoria de Morel a partir de análises da Psiquiatria Comparada, na qual a partir de estudos estatísticos entre regiões identificava a manifestação das patologias em suas diferentes formas. Foi a partir do seu trabalho que no início do século XX as condutas desviantes foram então inseridas no quadro nosológico, sendo reconhecido internacionalmente. Sua análise estava diretamente ligada aos fatores sociais resultantes de uma sociedade urbana industrial, que seriam determinantes para a evocação da doença, porém, não como causa direta, mas como o meio que irromperia uma condição preexistente (CAPONI, 2012).

Diferente de Morel, Kraepelin não atesta a esterilidade no fim do processo degenerativo, afirmando que não há indícios suficientes que verifiquem essa consequência. Ele também diverge de Morel sobre as medidas higiênicas a serem tomadas para evitar esse processo, defendendo uma prevenção mais radicalizada que demonstra já sinais da influência

dos estudos eugênicos. Antes de debatermos sobre essa fusão teórica entre o que vem sendo explicado – a degenerescência – e a eugenia, tracemos algumas palavras sobre esta última.

Importante destacar para compreensão da análise que a eugenia não pode ser posta como um estudo homogêneo, de definição única. Há vertentes na eugenia que diferem em alguns pontos de base científica e, principalmente, em modos de ação, como poderemos ver adiante.

A eugenia – do grego, significando bem nascido – foi um movimento originado dos estudos do inglês Francis Galton (1822-1911) sobre as demandas da hereditariedade. Seus estudos foram influenciados pelo livro “A origem das espécies” (1865), de seu primo Charles Darwin (1809-1882), a partir da concepção da Teoria da evolução por seleção natural, dos animais, no qual indicava a sobrevivências dos mais aptos. Em 1869, Galton publica o livro “Hereditary Genius” e debate a transmissão de caracteres favoráveis pela hereditariedade humana, negando o meio ambiente como fator determinante. Neste ponto, Galton nega os estudos de Jean-Baptiste de Lamarck, fundador da Teoria dos caracteres adquiridos, na qual as influências externas poderiam alterar o plasma germinativo, demonstrando a capacidade de adaptação ao meio (STEPAN, 2005).

É com a publicação do livro “Inquires into Human Faculty and its development” (1883) que ele utiliza o termo “eugenia” pela primeira vez, defendendo a abordagem de que a herança genética seria responsável pela proliferação de doenças mentais e perfis criminosos. Suas ideias ganharam ainda mais atenção com a redescoberta dos estudos de Mendel (1822-1884), após a virada do século, e o conseqüente avanço dessa ciência genética. Com isso, Galton defenderia o desenvolvimento de uma “boa geração”, na qual iria conter os melhores caracteres, os elementos biológicos e sociais mais desejáveis. Essa seleção humana possibilitaria o melhoramento da espécie e o seu enquadramento na mais perfeita ordem civilizatória.

Como destacamos, a eugenia apresentou diferentes marcas de acordo com o meio em que estava sendo ditada. Porém, suas premissas podem se dividir em dois tipos mais gerais que tiveram papéis importantes dentro das ciências e no meio social, por todo o mundo. Utilizamos as palavras de Diwan (2015) para apresentar essas duas vertentes. A eugenia positiva, clássica, originária de Galton:

Tinha por objetivo principal criar o “haras humano”, povoando o planeta de gente sã, estimulando casamentos entre os “bem dotados biologicamente” e desenvolvendo programas educacionais para a reprodução consciente de casais saudáveis, desencorajando casais com caracteres supostamente “inferiores” de procriar. (p. 50)

Em contrapartida, a eugenia negativa possuía um caráter mais radical promovendo maior segregação dos indesejados, e maior seleção dos que poderiam gerar novas vidas.

A eugenia negativa postulou que a inferioridade é hereditária e a única maneira de “livrar” a espécie da degeneração seria através da esterilização eugênica (consentida ou não); da segregação eugênica (por exemplo, confinamento em sanatórios); das licenças para realização de casamento e das leis de imigração restritiva. Por definição, a eugenia negativa prevê também métodos como a eutanásia, o infanticídio e o aborto. (p. 50)

Reiterando os princípios degeneracionistas, o que se pode postular em relação à eugenia é que as semelhanças entre essas duas teorias são inegáveis. O ponto central entre as duas é o debate da hereditariedade e sua interferência direta na formação biológica e moral do ser humano. Segundo Caponi (2012), a teoria da degeneração criou a possibilidade da eugenia emergir – na primeira metade do século XX –, enquanto estratégia para se corrigir a degradação desses seres humanos. Porém, enquanto os degeneracionistas defendiam o controle matrimonial, os eugenistas foram muito além com as propostas de esterilização.

Na América Latina podemos ver marcas dessas teorias principalmente por três fatores delimitados por Stepan (2005). Primeiro devido a um patriotismo mais atuante e a busca pela identidade nacional, segundo pelo subdesenvolvimento marcado pelas mudanças da virada do século XX, e terceiro pelo estado da ciência em ascensão, patrocinada pela elite moderna.

Nesses estudos da herança mórbida a marginalização é social, ou seja, atravessa classes e raças. Porém, é perceptível que em muitos casos as teorias foram manifestadas em prol de uma ideologia dominante ou interesses hegemônicos – como o exemplo do nazismo. No Brasil, esses conceitos contribuíram para um debate racial, sobre miscigenação, imigração e políticas de branqueamento. O médico Raimundo Nina Rodrigues foi um perpetuador dessa temática afirmando a inferioridade de negros e mestiços quanto a uma raça superior branca, desenvolvendo análises sobre a criminologia dessa população marginal. Chega inclusive a citar a análise degeneracionista de Morel (MAIA; ZAMORA, 2018). Porém:

A degeneração, ainda que jamais distante da cor no Brasil, era mais do que ela. Era uma psiquiatria do caráter, uma ciência da identidade e uma psicologia social. Assim como na Europa, tornou-se um argumento que o declínio nacional deveria ser compreendido através da metáfora de uma doença hereditária progressiva em um corpo, que a nação era um homem doente. (BORGES, 2005, p. 44)

Sobre a chegada da eugenia no Brasil, principalmente nas três primeiras décadas do século XX, Costa (1976) afirma que ela apareceu como uma solução para os problemas enfrentados. Segundo ele, “em nome da igualdade entre homens, ratificava as desigualdades” (p. 36), e que a culpa da instabilidade do país era amenizada das elites dirigentes e imposta à população, devido ao clima tropical e a constituição étnica do povo.

Diwan (2015) afirma que o Brasil caminhou por todas as correntes da eugenia, do branqueamento pela miscigenação até a esterilização, reserva um capítulo de seu livro para um dos maiores representantes do movimento no país, o médico Renato Kehl (1889-1974). Ele inicia suas publicações acerca da temática no ano de 1917, discorrendo sobre a vertente clássica até a mais radical. Ele queria erradicar tudo que fosse “feio”, seja fisicamente ou moralmente, tudo que fosse desviante, promovendo a purificação da raça, tornando as pessoas não só exemplos de saúde como também de beleza.

Os médicos higienistas no Recife também foram influenciados pelas teorias degeneracionistas, passando a constatar os perigos de uma geração futura que possuísse os genes mórbidos dos viciados, loucos, criminosos, entre outros indivíduos marcados pela discriminação. No congresso, alguns discursos levantaram essas teorias e apresentaram um pouco do pensamento científico da época.

O casamento foi um ponto sensível dos discursos, pois a partir dele nascem as gerações, o futuro da nação. Então, questiona-se seu objetivo, sua função e o papel do amor no meio disso tudo. A este sentimento, Dr. Arthur Orlando faz veemente crítica:

<p>A biologia está a reclamar uma imediata reforma nos códigos civis, na parte relativa ao casamento, não permitindo-se que a família seja atacada em sua integridade pelo egoísmo do amor, ou coisa pior, pelo atractivo do dinheiro. A physiologia protesta contra as uniões entre pessoas que soffrem de molestias ou vicios de organização, physicos ou moraes, que se transmitem hereditariamente, e condemna a pratica desses crimes monstruosos, que se solennizam com flores e harmonias, como que para se esquecerem na embriaguez da festa as</p>

dores e sofrimentos, que deste modo vão infligir-se á especie humana⁵⁰.

O autor não se limita em suas críticas. O seu vocabulário forte – e em parte poético – aparenta ter um objetivo de impactar e fazer refletir a celebração de casamentos que teriam apenas como princípio o amor. Ele quer impedir que a formação familiar seja “atacada” pelo “egoísmo” do amor, resultando em “crimes monstruosos”. Ele definiu de forma radical um inimigo simbólico que seria responsável pelas degenerações em casais incompatíveis, inimigo tamanho que seria capaz de gerar sofrimento e dor na espécie humana. E assim complementa:

O casamento é uma instituição destinada a regular não o amor – o que seria um contrasenso, porque elle é tão perdidamente inconstante quanto diabolicamente bello – mas a família, que comprehende tres ordens de relações – patrimoniaes, affectivas e sociaes⁵¹.

Para que não haja riscos na formalização do matrimônio, ele defende que um exame médico seja solicitado antes da cerimônia, legitimando-se pelo mesmo preceito da confissão no casamento religioso.

Além do consentimento das partes se faz imprescindivel o attestado medico.
Lembremo-nos de que para o casamento religioso o padre exige o bilhete de confissão; e porque para o casamento civil o juiz não ha de exigir o attestado medico?⁵²

O Dr. Oscar Coutinho também retrata sua preocupação com o tema:

O assombro causado pela terrificante decadência das raças, tem revolucionado espíritos cultos que nobremente se empenham em oppôr obices⁵³ a essa assustadora degenerescencia.

⁵⁰ ORLANDO, Arthur. **Eros sob o ponto de vista do Direito Sanitário ou da Hygiene Juridica**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. 117.

⁵¹ Ibid., p. 118.

⁵² Ibid., p. 119.

⁵³ Empecilhos.

Proclamam todos que muito depende o aperfeiçoamento da espécie, da regulamentação, do casamento dos indivíduos portadores de molestias transmissíveis⁵⁴.

O autor enaltece pela **eufemização** (THOMPSON, 1998) sua classe profissional, enquanto “espíritos cultos”, que de forma nobre buscam impedir que a degeneração se alastre pelo casamento de indivíduos não qualificados para a reprodução. Vê-se que o objetivo é o aperfeiçoamento da espécie.

O objecto principal do casamento é, ou deve ser, o nascimento do filho, que continuará a família e a raça. Si tudo no casamento está subordinado ao nascimento do filho, requer-se que este se dê em condições de vitalidade, de saúde perfeita, e assim sendo, a ciência intervem muito justamente⁵⁵.

Neste trecho destacam-se dois pontos importantes. Inicialmente, uma ciência médica detentora do poder de intervir, de decidir, ainda que numa relação que seria totalmente intimista entre um casal. Segundo, ele diz intervir de forma justa, ou seja, compreende que esta ação é benéfica, e que a medicina age para um bem maior, apresentando um interesse específico como um interesse geral, por meio da **universalização** (THOMPSON, 1998), outra estratégia típica de construção simbólica da ideologia, que se opera discursivamente. Esse discurso faz crer que seu argumento não é dotado de nenhum tipo de discriminação, apenas de uma preocupação lógica, racional, em prol da família. Para ele, o real egoísmo seria manter relações pelo interesse pessoal, contrário ao interesse da sociedade, devendo ser colocadas em primeiro plano as necessidades de toda uma geração.

Dr. Oscar Coutinho explica que essa regulação já preocupa também outros países, como a Alemanha, a Espanha, os Estados Unidos – este último que já possui leis proibitivas e penaliza infratores. Em seguida ele atesta, como meio de prevenção:

Assim, pois, como medida altamente prophylactica, deve a medicina proclamar bem alto, fazer saber a todos que

⁵⁴ COUTINHO, Oscar. **Tem a sociedade o direito de opor-se ao casamento de um indivíduo, portador de moléstia transmissível á esposa e á prole?**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. 139.

⁵⁵ COUTINHO, Oscar. Op. Cit., p. 140.

ninguem, syphilitico, canceroso, tuberculoso, portador de grande nevrose, em uma palavra nenhum homem affectado ou que tenha sido affectado de uma moléstia grave, transmissivel á mulher ou ao filho, póde contrahir casamento sem o consentimento previo do medico⁵⁶.

Negamos, em absoluto, a essa classe de individuos direito de concorrer á evoluçãõ da geraçãõ humana.
O perigo a que está exposta a sociedade com o casamento de individuos doente é tão grande e assombroso que reclama uma medida capaz de dar resultados proficuos e immediatos, e este desideratum só pode ser realizado com a obrigatoriedade do exame medico dos candidatos ao casamento⁵⁷.

De forma imponente ele nega não somente uma ação, mas um direito: o de fazer parte das gerações futuras. À medida que propõe a negação desse direito, ele determina a obrigatoriedade de um exame médico antes do casamento, utilizando uma **falácia argumentativa** (THOMPSON, 1998) estratégia típica que se promove pela legitimidade das relações de dominação da ciência.

De tudo quanto temos ditos até aqui, um facto se impõe, uma verdade se evidencia, um pensamento predomina o exame medico obrigatorio dos candidatos ao casamento:
- é uma necessidade inadiavel, que visa directamente á familia e á sociedade, concorrendo poderosamente para o engradecimento moral e intellectual da raça⁵⁸.

Nas palavras “facto” e “verdade” há a determinação de uma “**vontade de verdade**”, tal como explicitou Foucault (2014b), no procedimento externo do discurso, em que se designa o verdadeiro em um processo de exclusão dos demais discursos. Ao fazer essas afirmativas, a verdade que se “evidenciou” foi em si construída por seus argumentos.

Em seu discurso também defende meios de punir aqueles que mantivessem relações livres e tivessem filhos ilegítimos, mas não determina qual seria esta punição.

⁵⁶ COUTINHO, Oscar. Op. Cit., p. 142.

⁵⁷ COUTINHO, Oscar. Op. Cit., p. 142.

⁵⁸ COUTINHO, Oscar. Op. Cit., p. 144.

Uma tal lei, dizem elles, incitaria ás pessoas que se vissem privadas de contrair esse laço para a união livre, e dahi adviria a illegitimidade dos filhos. Destituído de todo fundamento se nos afigura esse modo de pensar, pois que, poderíamos appellar para uma disposição penal rigorosa, que viesse punir aos infractores da lei⁵⁹.

Por fim, debate sobre o sigilo profissional que seria quebrado pela alegação do exame médico, mas defende que a consciência do bem falaria mais alto que a ética profissional, e diz se sentir orgulhoso de estar acima disso, pois os sagrados interesses da família e da sociedade são mais importantes. Argumenta que não há sigilo em casos de exame médico para entrar no exército, para conseguir atestado de invalidez ou uma licença médica no trabalho, logo, também não deveria ser imposto nesse caso.

Este discurso do Dr. Oscar Coutinho teve grande repercussão entre seus pares. Alguns foram de encontro ao seu pensamento, indicando que a sociedade não poderia obrigar um indivíduo a ficar solteiro toda a vida, e que a instrução seria o melhor caminho, uma vez que a Lei do casamento civil, de 1890, já deixava facultado aos pais e tutores o pedido de exames médicos aos noivos. Porém, o Dr. Coutinho se mantém firme em sua proposta afirmando que esta Lei precisa ser reformada, pois muitos se casam sem nem a conhecer e depois solicitam anulações quando se comprovam as moléstias.

O Dr. Durval de Britto discursa sobre as incapacidades genitais⁶⁰, da impotência a ausência dos órgãos sexuais, e defende que elas não podem ser um empecilho ao casamento. Ele lembra que o casamento pode ter outras finalidades além da procriação, como na legitimação dos filhos naturais nascidos anteriormente, ou conceder à esposa algumas vantagens com a adoção do nome do marido, e, por fim, remete ao sentimento do amor.

Nota-se a partir de trechos tão eloquentes o interesse em se cuidar não apenas da higiene urbana – como visto no capítulo anterior –, mas de uma higiene dos corpos, das relações. Uma higiene que governaria os cidadãos para que estes apenas alcançassem os fins desejados para a espécie humana. Em contraposição, discutiremos a seguir os estudos acerca dos seres errantes, os transgressores da norma, os corpos e mentes desviantes.

⁵⁹ COUTINHO, Oscar. Op. Cit., p. 144.

⁶⁰ BRITTO, Durval de. **As incapacidades genitais no direito civil**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. 271-284.

3.2. Criminalidade: transgressão, doença ou involução

*Sabe, esse lugar me faz pensar... O que seria pior?
Viver como um monstro ou morrer como um bom homem?*⁶¹

Adentremos agora no último tópico de nossa pesquisa, porém não menos relevante e tampouco simples. Crime e loucura percorrem caminhos que muitas vezes se confundem na história, e foram focos de estudos e discussões de diversos cientistas e pesquisadores até os dias atuais. No período aqui discutido, vemos a preocupação com os perfis dos criminosos e as formas de encarceramento dos mesmos.

Ao longo dos anos foram traçados perfis que implicariam traços físicos e comportamentais que determinariam a estirpe do criminoso. Buscar características que definissem esse ser desviante seria fundamental na época, para se evitar, prevenir a criminalidade.

O envolvimento da ciência com esse campo também tem relação com a degeneração estudada por Morel – explanada no tópico anterior. Esta teoria permitiu ao crime uma abordagem psicopatológica que compreendesse o indivíduo além do seu mau comportamento, levando em consideração a origem de suas perturbações. A amoralidade dos degenerados provocaria surtos delirantes que resultariam em crime. Porém, a abordagem da psiquiatria de naturalizar o crime enquanto uma manifestação doentia, uma disfunção orgânica, resultaria na desqualificação do mesmo (CARRARA, 1998).

Em seguida, a antropologia criminal – posteriormente denominada de criminologia – surge propondo o crime-atributo, no qual o comportamento humano seria hereditariamente adquirido, seguindo um determinismo biológico. Esse campo não estaria centrado na história do criminoso, na sua educação, ou formação social, mas na sua condição biológica, e desenvolveria diversos métodos para sua comprovação. Um dos maiores nomes da Antropologia Criminal é a do Cesare Lombroso (1935-1909), cientista italiano importante por sistematizar os estudos criminológicos sob um olhar médico. Ele centraliza todo seu estudo na causalidade, na origem do fenômeno, deixando de lado a realidade que cerca o criminoso (DIAS, 2015).

⁶¹ **Ilha do medo.** Direção: Martin Scorsese. Massachusetts: Paramount Pictures, 2010 (139 min).

O homem delinquente – ou o criminoso nato – traria em si o atavismo, ou seja, reflexos de um problema evolutivo, sendo ele um ser selvagem, primitivo, desprovido de civilidade, sensibilidade moral e afetiva. Apesar do atavismo ser tanto físico quanto mental, Lombroso indicava que os estigmas físicos seriam decisivos para reconhecer um criminoso (GOULD, 1999).

Esses estigmas eram as mais diversas características encontradas no corpo humano e assemelhadas aos animais. O tamanho do crânio, o formato do rosto, do nariz, dos olhos, dos pés. Chegou a mensurar as sensibilidades, tátil, magnética, entre outras, ou em grande parte a própria ausência delas. A tatuagem seria um dos elementos que também caracterizariam o criminoso, pela insensibilidade à dor e pela selvageria que aquilo simbolizava. Até a linguagem seria marcada, seja pelo uso de gírias, seja por jargões (LOMBROSO, 2007). A preguiça, a vaidade, a impulsividade, a quantidade de adjetivações parecem infundáveis. A partir dessas concepções, Lombroso separaria o delinquente do louco, pois sua inferioridade estaria marcada em vários aspectos. O delinquente não seria apenas um doente, não poderia ficar restrito ao domínio da patologia, mas um ser que não evoluiu, enquanto a loucura seria apenas um de seus sintomas.

Segundo Alvarez (2002, p. 680),

Lombroso tinha grandes ambições com relação aos novos conhecimentos que estava elaborando. Embora para a posteridade a antropologia criminal seja lembrada apenas como uma doutrina penal, Lombroso pretendia criar uma ciência ampla, cujas aplicações no campo penal seriam apenas um desdobramento entre os muitos possíveis [...] Mais que uma inovação no campo das doutrinas penais, portanto, Lombroso pretendia criar uma ciência da natureza humana, capaz de dar conta das desigualdades entre os homens.

No que diz respeito à justiça penal, a antropologia criminal fazia suas críticas à determinação da pena do criminoso pela lógica do livre arbítrio e pela igualdade entre os homens. Os indivíduos não poderiam ser julgados segundo esses princípios, pois não seriam biologicamente iguais e, por consequência, não teriam o mesmo nível intelectual para se comportarem de maneira civilizada. Logo, a pena não seria suficiente para regenerá-lo. Claro que críticas a esse pensamento existiram, negando as raízes biológicas do crime e defendendo a origem social, pela educação, família, pelo meio, como afirmava a Sociologia Criminal. Porém, ambas as áreas tinham suas desavenças e concordâncias, sem negar a importância daqueles estudos (DANTAS, 2013).

No Brasil, essas ideias foram influenciando alguns juristas e médicos por volta do fim do século XIX. Como citado anteriormente, o médico brasileiro Nina Rodrigues foi um seguidor da teoria degeneracionista, e se envolveu nos estudos da medicina legal. Interessava-se pelo campo da criminologia, e buscava expandir o envolvimento da medicina, com subdivisões e participação em outras áreas (SCHWARCZ, 1993). Seguindo as influências da antropologia criminal, ele também fez severa crítica ao código penal de 1890, que seguia os preceitos de igualdade jurídica, pois haveria uma grande diversidade física, climática e étnica no país que iria de encontro a essa legislação penal (ALVAREZ, 2002).

Diante do grande aumento populacional e étnico no Brasil na virada do século (XIX-XX), a elite intelectual buscou meios de controlar essa massa popular, identificando-os por seus traços biológicos e comportamentais, para prevenir a reprodução de desordeiros pelo país. Algumas técnicas periciais foram adotadas no Brasil nesse período, também inspiradas pelo determinismo europeu, como a Antropometria de Bertillon e, posteriormente, a Datiloscopia de Vucetich.

Para Bertillon, cada homem adulto levava com ele uma espécie de código de identificação, inscrito na sua própria corporeidade. Essa técnica para determinar a identidade de uma pessoa começava com a tomada de uma série de medições corporais com precisão milimétrica (estatura, envergadura, altura do busto, comprimento e largura da cabeça, comprimento e largura da orelha direita, comprimento do pé, dedo médio e antebraço esquerdo), cujos resultados eram divididos em três categorias (por exemplo, comprimento pequeno, médio e grande). Esses dados se anotavam em fichas que eram classificadas de acordo com categorias distintas, seguindo uma ordem que ia reduzindo a quantidade de fichas até chegar a uma caixa que continha apenas uma dúzia. O sistema completava-se com os dados da observação morfológica e fisionômica; a anotação das “marcas particulares” (tatuagens, cicatrizes); e, finalmente, a “fotografia métrica” de frente e perfil, outra das técnicas de Bertillon que tiveram uma longa vida no mundo policial (GARCÍA FERRARI; GALEANO, 2016, p. 173).

Porém, com o tempo, foram sendo percebidos alguns obstáculos nesse sistema. A semelhança entre alguns indivíduos, a variabilidade anatômica do corpo humano, a falta de uniformização nas medidas, a idade que alterava as características corporais, tudo isso implicava em falhas. Vucetich, por sua vez, buscou fazer a identificação por meio da classificação das impressões digitais. Implantou pela primeira vez em 1891, na Província de La Plata, na Argentina. Apesar da descoberta, o sistema de Bertillon não ficou esquecido. Por muito tempo foi usado em paralelo ao de Vucetich (MIRANDA, 2011).

No Diário de Pernambuco, no final do século XIX, pode-se notar o interesse em publicações referentes à antropologia criminal e suas inferências acerca do perfil criminoso. No artigo “Antropologia Criminal: estudos recentes”⁶² há uma larga explicação sobre os vieses de estudo desse campo, sendo a causa do crime o meio social ou a anatomia do criminoso nato. Apresenta-se também o método antropométrico e sua eficiência em relação ao tempo de identificação do criminoso, em comparação aos simples registros fotográficos⁶³.

No mesmo jornal, em 1895, uma comissão nomeada pelo governador apresenta seu plano para a aplicação do sistema antropométrico ao serviço de identificação da polícia. Eles explicam o sucesso do método na França, e ele é utilizado. Apresentam por fim o orçamento para compor essa seção, contendo os gastos com a produção do material⁶⁴. Porém, em 1897, o governador Dr. Joaquim Corrêa de Araújo demonstra que apesar da importância do sistema para definição dos reincidentes, o gabinete antropométrico criado na Casa de detenção não chegou a funcionar devido a de recursos financeiros⁶⁵.

Em 1900, a reclamação sobre a necessidade de uma seção antropométrica continua, sendo clamada pelo chefe da polícia Dr. Leopoldo Marinho de Paula Lins em relatório ao governador. Sua justificativa se deve à reincidência de crimes, e para uma causalidade geográfica, hereditária e atávica. Propõe que se delimitem novas instituições penitenciárias destinadas aos tipos de criminosos.

*Na serie d'essas medidas surgem, como imprescindiveis, a instituição de penitenciarias destinadas aos setenciados pelos delictos graves, onde, pelo trabalho obrigatorio, a actividade criminosa se transforme em um elemento de progresso; a fundação de azylos para os mendigos, pois a miseria é incontestavelmente um dos mais poderosos factores na elevação da cifra dos attentados, principalmente à propriedade; a organização de colonias correcionaes agricolas e de colonias educadoras industriaes, visando não só a regeneração do homem predisposto ás diferentes modalidades de delinquencia; como traduzindo o nobre esforço no sentido de desviar do crime a infancia desprotegida e abandonada ás influencias multiplices do mond ambient; e, finalmente, a organização de sociedades de beneficencia e patrimônio << afim de auxiliar a acção do Estado na tarefa de promover a reabilitação do criminoso >>*⁶⁶.

⁶² Antropologia criminal: estudos recentes de criminologia. **Diário de Pernambuco**, 05 de agosto de 1892, ano LXVIII, n. 175, p. 2.

⁶³ A publicação é assinada pelo “Dr. Eug. Murray Aaron”. Como não conseguimos identificá-lo em outras publicações, compreendemos que sua identidade possa ser referente ao entomologista e escritor inglês, Eugene Murray-Aaron.

⁶⁴ Parte Oficial. **Diário de Pernambuco**, 10 de janeiro de 1895, ano LXXI, n. 8, p. 1.

⁶⁵ Parte Oficial. **Diário de Pernambuco**, 16 de março de 1897, ano LXXIII, n. 60, p. 1.

⁶⁶ Relatório. **Diário de Pernambuco**, 13 de março de 1900, ano LXXVI, n. 57, p. 2.

Em outro artigo⁶⁷ se pede a providência de um gabinete deste sistema, para que sua prática possa pôr fim as dúvidas referentes à mestiçagem e o quanto ela deve ser temida⁶⁸.

A datiloscopia com o tempo também começa a ser tema de discussão no Recife. Em matéria extensa no Diário de Pernambuco, o Dr. Fernando de Sá faz suas considerações quanto ao método e sua eficácia no Rio de Janeiro⁶⁹.

No Congresso Médico de Pernambuco, o Dr. José dos Anjos, delegado da polícia, faz extenso discurso sobre a datiloscopia. Primeiro, ele explica o método antropométrico e suas falhas; em seguida, ele explica o sistema de Vucetich, detalhadamente, afirmando que o mesmo “sobreexcede o systema de Bertillon em simplicidade, rapidez, comodidade, e sobretudo, na certeza dos resultados”⁷⁰. O autor lembra que o método já é utilizado no Brasil e que em breve seria adotado também em Pernambuco, com a criação de um gabinete de identificação. Como esperado, em 1910 é anunciada no jornal a inauguração do gabinete na Repartição central da polícia, sob a direção do Dr. José dos Anjos⁷¹.

Quanto à situação prisional no Recife, sabe-se que a necessidade de maior espaço para abrigar os detentos levou à construção da Casa de Detenção, que uniria a higiene, a disciplina e a modernização, estrutura exemplar para o país. Sua construção foi iniciada em 1850 e sua completa finalização se deu em 1867. Seguia o modelo moderno Panóptico de Bentham, no qual uma torre vigilante é colocada no centro, com as celas ao seu redor num grande círculo. Porém, a casa de Detenção seguiu uma versão radial, em formato de cruz. Segundo Foucault (2014c, p. 195), o efeito mais importante desse modelo panóptico era “[...] induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder”. Entretanto, os objetivos higiênicos e modernizantes propostos não foram bem executados. A superlotação se manteve, misturando-se na mesma cela os detentos de diferentes crimes. Consequentemente a higiene não era mantida:

Com condições de higiene tão precárias, uma série de doenças era contraída pela população carcerária. Trancados em celas escuras e sem iluminação interna, quando as portas de madeira eram fechadas durante determinadas

⁶⁷ Gabinete antropométrico. **Diário de Pernambuco**, 02 de março de 1901, ano LXXVII, n. 49, p. 1.

⁶⁸ Autoria desconhecida.

⁶⁹ Dactyloscopia. **Diário de Pernambuco**, 16 de dezembro de 1906, ano 82, n. 285, p. 1.

⁷⁰ ANJOS, José dos. **Sobre a Dactyloscopia**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, 1909, p. 384.

⁷¹ Gabinete de identificação e estatística. **Diário de Pernambuco**, 19 de julho de 1910, ano 86, n. 176, p. 1.

horas do dia, o calor tornava-se insuportável, a ponto de o médico recomendar deixá-las abertas, ainda que isso prejudicasse a segurança. À noite, quando se tinha de fechar as janelas, o incômodo vinha do mau cheiro exalado pelas latrinas das celas. O esgoto era despejado no rio através de um encanamento que, na maré baixa, ficava descoberto ao nível do corredor de entrada do presídio, espalhando o mau cheiro por todo o edifício. A água era insuficiente para as necessidades dos presos e só se tornava abundante no tempo das chuvas – quando, então, inundava o edifício. Os presos só tomavam banho uma vez por semana, em tanques de cimento difíceis de serem limpados devido a sua superfície rugosa, o que acarretava facilidade no contágio de doenças de pele (MAIA, 2009, p. 52).

No discurso do Dr. Joaquim Loureiro sobre a psicose dos detentos, no congresso de Pernambuco, ele relata a difícil situação da Casa de Detenção.

A sua colocação no centro da cidade, desabrigada de arborização, batida intensamente pelos raios solares, tendo pequenas janelas ou oculos por onde o ar penetra e renova-se insuficientemente, tornando o ambiente impróprio para a vida, concorre ao lado da aglomeração e das exalações mephiticas para tornar as suas condições higienicas ameaçadoras para a saúde e vida dos prezos [...].

As suas cellulas para 3 e 5 detentos cada uma, contem 6, 10 e 12, como verifiquei em visita recente, de modo que uns dormem em barras, outros no chão que é de cimento ou juntos nos mesmo leito, vivendo promiscuamente menores e adultos⁷².

A Casa de Detenção é destinada a servir de custódia para a maior parte dos detentos, que nesse local aguardavam sua sentença, o que, segundo o Dr. José Loureiro, poderia desencadear distúrbios mentais.

[...] sob impressão de um estado de incerteza, de anciedade e angustia, capaz de provocar pela demora a explosão da loucura, como tem acontecido muitas vezes⁷³.

(a prisão celular) é um supplicio, é o caminho da morte; longe de corrigir e regenerar o delinquente, o encolerisa, levando a revolta, ou o abate produzindo a loucura [...] A

⁷² LOUREIRO, José. **Considerações clínicas sobre a psicose dos detentos**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. 296.

⁷³ Ibid., p. 296.

observação tem mostrado que a prisão celular longa enfraquece o corpo, enerva o espirito, prejudica a saúde, levando frequente vezes o detento ao suicidio e á alienação mental⁷⁴.

Ele apresenta exemplos de diversos casos de detentos que posteriormente foram realocados para o Hospício de alienados, devido à psicose degenerativa, melancolia ou delírio de perseguição após reclusão na Casa de Detenção. Muitos apresentavam melhoras pouco tempo após a internação no hospício, e, ao retornarem à prisão, adoeciam novamente. O autor defende que se realizem exames médicos antes do encarceramento, para detectar indivíduos doentes ou que já possuem uma pré-disposição à loucura, e, assim, ficariam em celas separadas. Sugere a construção de um pavilhão para internamentos provisórios dentro do Hospício de alienados, sob o auxílio de uma cota destinada a todos os municípios de Pernambuco.

O Dr. Gouveia de Barros também traz em seu discurso a problemática na distinção entre o louco e criminoso, e defende seguramente que ambos são produtos da degeneração, e que, assim sendo, ambos precisam de um tratamento.

O crime é uma função da degenerescencia, como numa grande maioria o são a loucura e os estados psychopathicos, bem como as anomalias morphologicas e physiologicas, havendo todas recebido a denominação de estigmates de degenerescencia. É necessario, pois, que o criminoso encontre o conforto moral e material indispensaveis para o seu tratamento, sendo preciso que a penitenciaria mais se approxime do azylo de alienados, do que de uma casa para o cumprimento de penas e castigos sempre infructiferos. Deve ser a penitenciaria mais hospital, onde os doentes ou delinquentes seja collocados, não de acordo com a intensidade da pena, mas sim com a natureza do seu estado degenerativo, ou do grão de degeneração; nestas condições, devemos separar os imbecis dos idiotas, que por sua vez necessitam separação dos delinquentes nevropathas. Ainda entre estes, serão collocados em lugares especiaes, os epiléticos, os hystericos, etc⁷⁵.

⁷⁴ Ibid., p. 297.

⁷⁵ BARROS, Gouveia. **Necessidade da fundação de um Instituto medico-criminal em nossa casa de detenção. Prophylaxia e tratamento do criminoso.** Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. 151.

Ele afirma que essa divisão não só serviria como estudo comparativo para a antropologia e psicologia, como também para se evitar a psicose do detento, como explica o Dr. José Loureiro no discurso anterior. Solicita então que seja criado um Instituto médico criminal na Casa de Detenção.

Um Instituto medico criminal é ao mesmo tempo um laboratorio de estudo, uma officina de sciencia e uma clinica. Como centro de investigação elle compreende no seu estudo na Anthropologia, a Psychologia, a Sociologia, Estatistica, Systema penal e Regimen penitenciario, pondo em relevo as condições sociaes e individuaes da população criminal em Pernambuco. Terá no estudo da pathologia individual e social o mesmo método positivo que nos ensina *a causa, as manifestações e o tratamento*⁷⁶.

Ele também indica que uma profilaxia do crime deve ser feita desde a educação primária, para que aqueles que tenham alguma condição que predisponha ao crime ou à loucura possam ter uma educação direcionada para evitar problemas futuros.

O Dr. Alcides Codeceira, em seu discurso sobre a profilaxia da loucura, abre parênteses para falar sobre a psicose dos detentos. O médico afirma ser uma presença constante a de alienados nas prisões em todo o mundo, inclusive no Recife, em que 2/3 dos internos no Hospício da Tamarineira são criminosos advindos da Casa de Detenção.

A causa desse phenomeno é devida essencialmente ás predisposições individuaes dos detentos, mórmente as ligadas á tara hereditaria, a ellas juntando-se uns outros tantos elementos accessorios, puramente ocasionaes, como sejam: a alimentação deficiente, o isolamento celular, a masturbação, a perda da liberdade, a sedentariedade, notadamente, um grande numero de influencias moraes. O pezar, o remorso, o desejo da liberdade, a disciplina severa e o terror pelo castigo, são tantos outros factores psychicos que accidentalmente provocam no detento o aparecimento das manifestações delirantes⁷⁷.

⁷⁶ Ibid., p. 153.

⁷⁷ CODECEIRA, Alcides. **Da prophylaxia da loucura**. Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diario de Pernambuco, 1909, p. 334.

Para que essa situação não se permanecesse, ele propôs três medidas: estabelecer um médico psiquiatra nas casas de detenção; banir a prisão celular ou humanizar essa prisão celular para dar conta das necessidades físicas e intelectuais dos detentos; confiar a direção das penitenciárias a homens de valor científico que valorizem a higiene moral.

Seja o crime uma função da degenerescência ou ela um gatilho resultante das condições precárias da prisão, o que sempre se revela é uma determinação da anormalidade dentro da criminalidade, confundindo-se com a loucura.

O limite entre a normalidade e anormalidade, crime e loucura, no entanto, sempre foi matéria difícil de ser estabelecida, e fica no ar a sensação de que alguns dos casos de prisão por “suspeita de loucura” não passassem de repressão a comportamentos que não se enquadravam na moralidade vigente, mas que não podiam ser declarados formalmente como crimes nem tampouco ser aceitos como normais pelas autoridades policiais. O fato é que crime e loucura faziam parte de duas categorias de desvio da vontade reta que deveriam ser reconduzidas à normalidade, cada uma usando de técnicas bastante similares, no que diz respeito ao enclausuramento e ao condicionamento do indivíduo (MAIA, 2001, p. 210).

Por uma herança genética ou uma condição natural do indivíduo atávico, essas perspectivas evocaram no sistema criminal debates de periculosidade para a manutenção da ordem. Seguindo estudos muitas vezes repletos de noções estigmatizadas sobre raças inferiores, médicos e juristas buscaram classificar o normal, o patológico, o primitivo, que correspondem em grande parte a contextos históricos e posições sociais. Como afirma Foucault (2014c, p. 23):

[...] introduzindo solenemente as infrações no campo dos objetos suscetíveis de um conhecimento científico, dar aos mecanismos da punição legal um poder justificável não mais simplesmente sobre as infrações, mas sobre os indivíduos; não mais sobre o que eles fizeram, mas sobre aquilo que eles são, serão, ou possam ser [...] começaram a julgar coisa diferente além dos crimes: a “alma” dos criminosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que com um recorte pequeno e bastante específico, pudemos analisar nesta pesquisa de forma plural a ciência médica debatida no início do século XX, no que abrange o tema da higiene. Os discursos do I Congresso Médico de Pernambuco retratam através das próprias vozes dos participantes a visão de uma elite profissional sobre a cidade, sua estrutura, moradia, seu sanitarismo, e também, seus habitantes, doenças e costumes.

Propomos-nos a fazer essa pesquisa percorrendo caminhos que nos trouxeram outras formas de análise, e se mostraram de grande valia para o nosso trabalho. Na interdisciplinaridade com a Linguística, conceitos foram aprendidos e utilizados, realizando junto com a História um diálogo ritmado e próspero. Esperamos que essa abertura entre as disciplinas seja um viés contínuo para trabalhos cada vez mais ricos.

Com a análise dos discursos identificamos as seguintes concepções: A higiene é um forte elemento neste período na busca não só pela saúde em si, mas também pelo ideal que ela impera. Na formação de uma cidade limpa, moderna, e constituída de uma população bela, excluindo neste campo as moradias irregulares e os habitantes marginalizados. Percebemos, entre as diversas palavras, que as definições propostas pelos profissionais fazem parte de construções sociais determinadas muitas vezes pelo status dos que a proferem, pela visão de cima distanciada da realidade dos que vivem abaixo. Como por exemplo, no tratamento dos desiguais, traçando criminosos a partir do perfil daqueles que são criminalizados. Pela natureza de sua profissão, por mais que o olhar científico e distanciado seja a maior ética que o médico possa imprimir, o cunho social que ele, enquanto sujeito, carrega é inevitável em seu dia a dia.

Dentre as conclusões firmadas na sessão de encerramento, encontram-se: a necessidade de saneamento de Recife pela confecção de nova rede de esgoto; necessidade de transferir a Escola correcional da Casa de detenção, ampliando e transformando-a em colônia para menores delinquentes; estabelecer inspeção médica nas escolas, para observância de condições higiênicas, prática de exercícios e avaliar a capacidade mental dos alunos; reformar as condições higiênicas e o sistema penitenciário das casas de detenção, de modo a acabar com a prisão celular nas penas de longa duração ou dar a este regime uma forma mais humana; criar na Casa de detenção do Recife um Instituto médico criminal ou nomear um médico alienista para que faça uma profilaxia de psicose nos detentos; promover um anexo ao

Hospício de alienados para a observação de loucos e suspeitos, a fim de acabar com a prática de reclusão dos loucos na prisão. Entre outras considerações que fazem parte das demais temáticas abordadas no congresso, mas que não são abordadas nesta pesquisa.

Importante destacar que compreendemos os limites de nossa pesquisa pelo seu foco nos discursos e não na prática médica, logo, implicamos aquilo que permeava nas ideias desta classe profissional e era debatido em eventos como este. O enfoque nas opiniões formais – e também pessoais – dos médicos indica que estas linhas se confundem em vários momentos, formando verdades e domínios. Vemos a força das palavras e as suas possibilidades de inferência nas ações.

FONTES

Anais do I Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off Typ do Diário de Pernambuco, 1909.

Diário de Pernambuco: 1892, 1895, 1897, 1900, 1901, 1906, 1910.
Acervo digital da Biblioteca Nacional.

Jornal Pequeno: 1909.
Acervo digital da Biblioteca Nacional.

Iconografia do I Congresso Médico de Pernambuco: 1909.
Acervo do APEJE - Fundo da Secretaria de Agricultura, Indústria e Comércio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Durval M de. **História. A arte de inventar o passado.** Bauru, SP: Edusc, 2007.

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

ARRAES, Marcos Alexandre. Embates Discursivos. A modernidade no Recife na primeira metade do século XX. **Albuquerque: revista de História**, Campo Grande, MS, v. 3 n. 5 p. 115-134, 2011.

ARRAIS, Raimundo. **O pântano e o riacho.** A formação do espaço público no Recife do século XIX. São Paulo: Humanitas, 2004.

AZEVEDO, André Nunes. A Reforma Urbana do prefeito Pereira Passos e o ideal de uma civilização nos trópicos. **Intellèctus**. ano XIV, n. 2, p. 72-87, 2015.

BENCHIMOL, Jaime. **Pereira Passos. Um Haussman tropical.** A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esporte, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992.

BORGES, Dain. Inchado, feio, preguiçoso e inerte. A Degeneração no Pensamento Social Brasileiro, 1880-1940. Trad. Richard Miskolci. **Teoria & Pesquisa**, São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, p. 43-70, 2005.

CANGUILHEM Georges. **O normal e o patológico.** 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados.** Uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CARDOSO, VAINFAS. **Domínios da História**: ensaios de teoria e metodologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados**. O Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia de Letras, 1987.

CHALHOUB, Sidney. **A cidade febril**. Cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das letras, 1996.

COSTA, Emília Viotti da. **Da monarquia à república**. Momentos decisivos. 6 ed. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

COUCEIRO, Sylvia Costa. Espaço, cultura e história. Representações sobre a cidade no Brasil do início do século XX - O caso do Recife. **Caderno de Estudos Sociais**, Recife, vol. 21, n. 1-2, p. 77-90, jan/dez. 2005.

DANTAS, Laércio Albuquerque. **A Escola do Recife e os discursos sobre a criminalidade**: teorias científicas e projetos de sociedade no Recife das décadas de 1880-1890. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Pós-Graduação em História, 2013

DA SILVA, S. V. Quando o Recife sonhava em ser Paris: a mudança de hábitos das classes dominantes durante o século XIX. **Sæculum – Revista de História**, n. 25, 31 dez. 2011.

DIAS, Rebeca Fernandes. **Pensamento criminológico na primeira república**: o Brasil em defesa da sociedade. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Paraná, 2015.

DIJK, Teun A. van. **Discurso e Poder**. São Paulo: Contexto, 2008.

DIWAN, Pietra. **Raça Pura**. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2015.

DUARTE, Jônatas Lins. **Modernização do porto e do bairro do recife. Impactos causados pelas obras na população da freguesia (1909-1914)**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em História, Recife, 2018.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília, D.F.: Ed. Universidade de Brasília, 2001.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2014a.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014b.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014c.

FRANÇA, Thyago Madeira. Um olhar sobre o conceito de memória discursiva de Michel Pêcheux. **INTERLETRAS**, v. 4, n. 22, p. 1-10, out/2015 a Mar/ 2016.

GARCÍA FERRARI, Mercedes; GALEANO, Diego. Polícia, antropometria e datiloscopia: história transnacional dos sistemas de identificação, do rio da Prata ao Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, supl., dez. 2016, p.171-194.

GONDRA, José Gonçalves. **Artes de civilizar**: medicina, higiene e educação escolar na Corte Imperial. Rio de Janeiro : EdUERJ, 2004.

GOULD, Stephen Jay. **A Falsa Medida do Homem**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

HARLAN, David. **A história intelectual e o retorno da literatura**. In: RAGO, Margareth; GIMENES, Renato (Org.). Narrar o passado, repensar a história. 2 ed. Campinas, SP: UNICAMP/IFCH, 2014.

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Ed., 1983.

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. São Paulo: Ícone, 2007.

LUZ, Madel T. **Medicina e ordem política brasileira**. Políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

MACHADO, Roberto. **Danação da norma**. A medicina e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAGALHÃES, Célia Maria (org.). **Reflexões sobre a análise crítica do discurso**. Belo Horizonte: Faculdade de Letras, UFMG, 2001.

MAIA, Clarissa Nunes. A Casa de detenção do Recife: controle e conflitos (1855-1915). In: MAIA, Clarissa Nunes (org.). **História das prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco digital, vol. 2, 2009.

MAIA, Clarissa Nunes. **Policidados**. Controle e disciplina das classes populares na cidade do Recife, 1865-1915. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em História, Recife, 2001.

MAIA, Kenia Soares; ZAMORA, Maria Helena Navas. O Brasil e a Lógica Racial.

Do branqueamento à produção de subjetividade do racismo. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 30, n.2, p. 265-286, 2018.

MASTROMAURO, Giovana Carla. Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**, São Paulo, julho 2011.

MAZIÈRE, Francine. **A análise do discurso**. Histórias e práticas. São Paulo: Parábola Editorial, 2007.

MELO, Iran Ferreira de (org). **Introdução aos estudos críticos do discurso**: teoria e prática. Campinas, SP: Pontes Editores, 2012.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. A fatalidade biológica: a medição dos corpos, de lombroso aos biotipologistas. In: MAIA, Clarissa Nunes (org.). **História das prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco digital, vol. 2, 2009.

MIRANDA, C. A. C. Um urbanismo excludente: o caso da capital federal e do bairro do Recife no início do século XX. **CLIO. Série Arqueológica (UFPE)**, RECIFE, v. 20, 2003.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Quando a razão começa a julgar a loucura. A institucionalização do sistema manicomial em Pernambuco. **Cadernos de História UFPE**, ano VII, n. 7, p.37-84, 2010.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. O urbanismo higienista e a implantação da Companhia do Beberibe e da Drainage Company Limited na cidade do Recife. **Gestão Pública: Práticas e Desafios**, v. 3, n. 5, p. 144-169, 2012.

MOREL, Benedict Augustin. Tratado das degenerescências na espécie humana. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 497-501, set. 2008.

MUSSALIM, Fernanda. Análise do Discurso. In: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. (Orgs.). **Introdução à linguística**: domínios e fronteiras. v. 2, 1 ed, São Paulo: Cortez, 2001.

NEVES, Marcos Alessandro. Higienismo e ações de remodelamento urbano no Recife (1900-1929). **Cadernos do CEOM**, Chapecó (SC), v. 31, n. 48, p. 50-59, Jun. 2018.

NOGUEIRA, Conceição. A Análise do Discurso. In: ALMEIDA, L. S.; FERNANDES, E. M. (Eds). **Métodos e técnicas de avaliação**: novos contributos para a prática e investigação psicológicas. Braga-PT: Univ. do Minho/CEEP, 2001.

NOTO, Carolina de Souza. **A ontologia do sujeito em Michel Foucault**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ORLANDI, Eni. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 3 ed. Campinas, SP: Pontes, 2003.

ORLANDI, Eni. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 6 ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007.

ORLANDI, Eni (org.). **Cidade atravessada**: os sentidos públicos no espaço urbano. Campinas, SP: Pontes, 2001.

PATTO, Maria Helena Souza. Estado, ciência e política na primeira república. A desqualificação dos pobres. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, 1999, p. 167-198.

PÊCHEUX, M. O papel da memória. In: ACHARD, P. et al. **O papel da memória**. Tradução de José Horta Nunes. Campina, SP: Pontes, 1999.

PEREIRA-NETO, A. F. A profissão médica em questão (1922): Dimensão Histórico e Sociológica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (4): 600-615, Oct/Dec, 1995.

PEREIRA-NETO, A. F. **Ser médico no Brasil**. O presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PEREIRA, Mário Eduardo da Costa. Morel e a questão da degenerescência. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 490-496, set. 2008.

PICANÇO, Denise Cristina de Lima. **Discurso, Linguística e História**. Tese (Doutorado) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

RAGO, Luzia Margareth. **Do cabaré ao lar**. A utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

REIS, João José. **A morte é uma festa**: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. São Paulo: Companhia de Letras, 1991.

ROBIN, Régine. **História e linguística**. São Paulo: Cultrix, 1977.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SÁ, Dominichi Miranda de. **A ciência como profissão**. Médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

SANGLARD, G; FERREIRA, L. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Luiz A; PIMENTA, Tânia S; HOCHMAN, Gilberto (org.). **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

SANTOS, Manuela Arruda dos. **Recife: entre a sujeira e a falta de (com)postura 1831-1845**. Dissertação (Mestrado em História Social da Cultura Regional) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Departamento de Letras e Ciências Humanas, 2009.

SANTOS, Marcos Alesandro Neves dos. **Vilas operárias: centros de ordem e exclusão na vila operária de Camaragibe – PE (1900-1929)**. Dissertação de mestrado. UFPB. 2017.

SARGENTINI, Vanice; BARBOSA, Pedro Navarro (org). **M. Foucault e os domínios da linguagem: discurso, poder, subjetividade**. São Carlos: Claraluz Editora, 2004.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil. São Paulo: Companhia de Letras, 1993.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. População e Sociedade. In: SCHWARCZ, Lilia Moritz (org.). **A abertura para o mundo: 1889-1930**. História do Brasil Nação 1808-2010, vol 3. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

SERPA JR., Octavio Domont de. O degenerado. **História, Ciências, Saúde –Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p.447-73, dez. 2010.

SEVCENKO, Nicolau. Introdução: O prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso. In: NOVAIS, Fernando (org.). **História da vida privada no Brasil República: da Belle Époque a Era do Rádio**. v. 3. São Paulo: Cia. das Letras, 1998.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina**. mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

SILVA, Araujo. A metodologia de pesquisa em análise do discurso. **Grau Zero — Revista de Crítica Cultural**, v. 5, n. 1, 2017.

SILVA, Giselda Brito. História e Linguística: algumas reflexões em torno das propostas que aproximam a História da Análise do Discurso. **SAECULLUM- Revista de História**, João Pessoa, ago./dez. 2004.

SINGER, Paul Israel; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. **Prevenir e curar**. O controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

STEPAN, Nancy. **A hora da eugenia**. Raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

TASSO, D. R. Revisitando o papel da história na análise do discurso. **Anais do 6º Encontro Celsul - Círculo de Estudos Linguísticos do Sul**, Florianópolis, SC, 2004.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna: Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

VASCONCELOS, José Antônio. **História e o Pós-estruturalismo**. In: RAGO, Margareth; GIMENES, Renato (Org.). Narrar o passado, repensar a história. 2 ed. Campinas, SP: UNICAMP/IFCH, 2014.

APÊNDICE*

PARTICIPANTES DO CONGRESSO	
<p>Dr. Fernando Lisbôa Coutinho “Do problema hygienico do Recife (inaugural)”</p>	<p>Natural de Manaus (AM) – 1864 Residente em Pernambuco Formação em Ciências Médicas pela Faculdade da Bahia (1887) Comissário de higiene pública Médico do Hospício de alienados Fundador e Orador da Liga contra Tuberculose</p>
<p>Dr. Augusto Coelho Leite “Medicina velha e medicina moderna” (discurso do banquete)</p>	<p>Natural de Recife (PE) – 1861 Formação em Medicina pela Faculdade do RJ (1884) Substituto e Chefe da clínica da Santa Casa, a principio na Casa dos expostos e Recolhimento de Santa Tereza e posteriormente no Asilo da mendicidade.</p>
<p>Dr. Octavio de Freitas “Valor curativo da tuberculina T. J. Observações pessoas” “A luta anti-tuberculosa em Pernambuco” “Importancia do registro sanitario das habitações como instrumento de defeza hygienica nas collectividades”</p>	<p>Natural de Teresina (PI) – 1871 Residente em Recife (PE) Formação em Medicina pela Faculdade do RJ (1892) Presidente da Liga Pernambucana contra a Tuberculose e da Sociedade de Medicina de Pernambuco Diretor do Instituto Pasteur e do Instituto Vacinogênico de Pernambuco Chefe de clínica médica do Hospital D. Pedro II Redator chefe e proprietário do Jornal de Medicina de Pernambuco</p>
<p>Dr. Arthur Orlando da Silva “O trabalho como phenomeno economico e physiologico” “Hygiene escolar” “Eros sob o ponto de vista do Direito Sanitario ou da Hygiene Juridica” “Restauração das cadeiras de hygiene publica nas Faculdades de Direito e criação nos Estados de uma Escola de Hygiene e Engenharia Sanitaria”</p>	<p>Natural de Recife (PE) – 1858 Residente em Recife (PE) Formação em Direito pela Faculdade de Direito do Recife (1881) Redator chefe do Diario de Pernambuco Deputado federal em várias legislaturas</p>
<p>Dr. Oscar Coutinho “Tem a sociedade o direito de oppôr-se ao casamento de um individuo, portador de uma moléstia transmissível á esposa e á prole?”</p>	<p>Nascido em 1879 Residente em Recife (PE) Doutor em Medicina (1903) Adjunto da clínica de partos do Hospital D. Pedro II</p>

<p>Dr. Gouveia de Barros “Necessidade da fundação de um Instituto Medico-criminal em nossa Casa de Detenção”</p>	<p>Nascido em 1881 Formação em Medicina pela Faculdade do RJ (1905) Ex-médico do asilo de alienados Vice-presidente do Instituto de Assistência e Proteção à Infância</p>
<p>Dr. Fernando de Sá “O conjunto dos caracteres anatomo-physiologicos, quando constitue um desvio do typo normal, alliado á expressão da physionomia, traduz anomalias psychicas”</p>	<p>Nascido em 1870 Formação em Direito pela Faculdade de Direito do Recife (1890) Diretor Geral da Secretaria do Senado de Pernambuco</p>
<p>Dr. Durval de Britto “As incapacidade genitais no direito civil”</p>	<p>Nascido em 1882 Formação em Direito pela Faculdade do Recife (1907) Colaborador dos jornais de Pernambuco</p>
<p>Dr. Joaquim Loureiro “Considerações clinicas sobre a psychose dos detentos em Pernambuco” “Necessidade de uma escola de enfermeiros no Recife”</p>	<p>Residente em Recife (PE) Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia - XX Médico do Asilo de alienados Por várias vezes foi Presidente da Sociedade de Medicina de Pernambuco</p>
<p>Dr. Alcides Codeceira “Da prophylaxia da loucura”</p>	<p>Residente em Recife (PE) Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1903) Médico do Hospício de Alienados Membro da Sociedade de Medicina de Pernambuco</p>
<p>Dr. Lins e Silva “Alcoolismo e trabalho”</p>	<p>Natural de Recife (PE) – 1882 Residente em Recife (PE) Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1906) Médico da Santa Casa de Misericórdia Médico junto à Comissão fiscal e administrativa das obras do Porto do Recife.</p>
<p>Dr. José dos Anjos “Sobre a Dactyloscopia”</p>	<p>Natural de Recife (PE) – 1884 Residente em Recife (PE) Formação em Direito pela Faculdade do Recife (1905) Delegado de Polícia da Capital</p>
<p>Dr. Sabino Pinho “A homeopathia em evidencia pela verdade de suas leis e pelas opiniões de competentissimos alopathas”</p>	<p>Nascido em 1877 Residente em Recife (PE) Formação em Farmácia (1898) e Medicina (1903) pela Faculdade da Bahia Fundador do Instituto de Proteção à Infância Desvalida e do Recanto Homeopático de Pernambuco</p>

<p>Dr. Olympio Leite Chermont “Estudos sobre Cemiterios” “Casas para Proletarios”</p>	<p>Natural de Belém (PA) – 1869 Formação em Engenharia pela Escola Nacional Superior de Minas, de Paris (1895) Chefe de Comissão fiscal das vias férreas arrendadas à Great Western, sede em Recife Sócio efetivo do Instituto Histórico, Arqueológico e Geográfico Pernambucano</p>
<p>Dr. Samuel Hardmann Cavalcanti de Albuquerque “Lazareto de Tamandaré”</p>	<p>Natural de Itambé (PE) – 1873 Formação em Medicina pela Faculdade do RJ (1898) Tenente honorário do Exército (por serviços prestados à República) Clínico em Minas Gerais e em Barreiros Médico do Lazareto de Tamandaré</p>
<p>Dr. Torres Cotrim “Qual o systema de esgoto mais conveniente à cidade do Recife?”</p>	<p>Nascido em 1856 Formação pela Escola Politécnica do Rio (1876) 1º Engenheiro chefe de Comissão Fiscal e Administrativa das obras do Porto do Recife</p>
<p>Dr. Ascanio Peixoto “Bio-mecanismo da seroshydrolyse centripeta ma hyperserose aparente das cavidades normaes. Biogenia neo-epithelial”</p>	<p>Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1898) Médico legista da polícia Cirurgião substituto no Hospital Dom Pedro II</p>
<p>Dr. Cosme de Sá Pereira “Considerações sobre os termos <i>febre e calor febril</i>”</p>	<p>Nascido em 1817 Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1845) Secretário do Conselho Geral de Salubridade em 1849 Presidente da Junta Central de Higiene em 1856</p>
<p>Dr. Soares de Avellar “Ligeiras notas sobre a aphasia”</p>	<p>Nascido em 1881 Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1905) Comissário de Higiene Médico adjunto do Hospital Dom Pedro II</p>
<p>Dr. Egas Moniz “um novo sinal da syphilis hereditaria: o signal de Joukowsky” “Do permanganato de potassio como hemostático local”</p>	<p>Sem descrição nos anais Não indícios de que estava presente no congresso. Médico de origem portuguesa, especializado na neurologia.</p>
<p>Dr. Leopoldo de Araujo “Do nariz respiratório”</p>	<p>Nascido em 1860 Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1882) Presidente da Sociedade de medicina em 1907 Vice-presidente do Congresso.</p>

<p>Dr. João Marques “Causas dos aneurismas da aorta no Recife”</p>	<p>Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1894) Major cirurgião do Regimento Policial Médico efetivo do Hospital Pedro II Auxiliar do Instituto Pasteur</p>
<p>Dr. Bandeira Filho “Do diagnostico em obstetricia”</p>	<p>Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1905) Comissário de Higiene Médico do Dispensário Octavio de Freitas Médico do Hospital Pedro II</p>
<p>Dr. Arnobio Marques “Porque reincidentem as hernias inguineas?”</p>	<p>Nascido em 1866 Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1887) Professor no Ginásio Pernambucano Cirurgião dos hospitais Português e Pedro II Membro da Academia Nacional de Medicina do RJ Membro da Societé de Urologie de Paris</p>
<p>Dr. Raul Azedo “Os aneurismas da aorta e seu tratamento pela voltaisação”</p>	<p>Nascido em 1869 Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1890) Interno da 1ª cadeira de clínica médica nos anos de 1887 a 1890 Assistente efetivo (professor auxiliar) da mesma cadeira nos anos de 1890 a 1894 Um dos fundadores do curso de Agronomia anexo a Escola de Engenharia do Recife Clínico em Recife</p>
<p>Dr. Barreto Sampaio “Tatuagem” “Dedução científica aplicada a um objecto de arte” Breve discurso na sessão inaugural</p>	<p>Natural de Barbalha-CE (1851) Formação em Medicina pela Faculdade do RJ (1872) Deputado Provincial No Ceará em 1876 Residiu no Recife Membro da Sociedade de Medicina de Pernambuco Membro da Societé Francaise de Ophitalmologie</p>
<p>Dr. João Amorim “Myiase intestinal”</p>	<p>Nascido em 1879 Formação em Medicina pela Faculdade do RJ (1905) Médico adjunto do Hospital Pedro II</p>
<p>Dr. José de Barros Filho “Breves considerações sobre a voltaisação positiva cutanea”</p>	<p>Nascido em 1884 Formação em Medicina pela Faculdade do RJ (1906) Médico adjunto do Asilo de Mendicidade Médico do Estabelecimento Hidro-eletroterápico do Dr. Silva Ferreira</p>

<p>Dr. Vieira Cunha “Laparo-hysterectomias e ovariectomias em Pernambuco”</p>	<p>Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1883) Médico vacinador da prefeitura do Recife Comissário de higiene Chefe da clínica cirúrgica e ginecológica no Hospital Pedro II Médico efetivo da Casa de Detenção</p>
<p>Dr. Frederico Curio “Considerações sobre os ferimentos do coração”</p>	<p>Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1898) Foi um dos fundadores da Liga contra a tuberculose Substituto da clínica cirúrgica no Hospital Pedro II Médico legista do Estado Superintendente da higiene municipal de Olinda Membro da Sociedade de Medicina de Pernambuco</p>
<p>Dr. Lins Petit “Uma nova modificação do trocater de Graefe” “Tratamentos das hernias. Critica ao emprego das fundas”</p>	<p>Formação em Medicina pela Faculdade do RJ (1904) Comissário de higiene Ex-médico do Colégio de Santa Theresa e do Hospital Pedro II</p>
<p>Dr. Luiz Loureiro “Considerações sobre a surmenagem da infancia na epoca escolar”</p>	<p>Nascido em 1883 Formação em Medicina pela Faculdade da Bahia (1906) Médico do Asilo de Alienados.</p>
<p>Dr. Vicente Gomes “Um caso raro de ascite” “Valor dos raios X e das correntes de alta frequência nas ulcerações da pelle”</p>	<p>Natural de Pernambuco Formação pela Academia de Medicina da Bahia (1903) Membro da Sociedade de Medicina Médico auxiliar do serviço de eletro-terápico do Hospital Pedro II Professor de Física e Química do Liceu de artes e ofícios Médico da Companhia de Bombeiros</p>

* Informações retiradas dos Anais do I Congresso Médico de Pernambuco (1909).